Bogotá D.C., 22 de septiembre de 2025

Honorable Senador
MIGUEL ÁNGEL PINTO HERNÁNDEZ
Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República
E. S. D.

Asunto: Radicación informe de ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia se dictan otras disposiciones"*

Respetado presidente:

En nuestra calidad de Congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas por la constitución y la ley, respetuosamente nos permitimos radicar el informe de ponencia para primer debate Proyecto de Ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva continuar trámite legislativo respectivo.

De forma cordial,

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República
Coordinadora Ponente

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Ponente

ANA PAOLA AGUDELO GARCIA
Senadora de la República
Ponente

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN
GLOSARIO

1. **ANTECEDENTES**
2. **MESAS TÉCNICAS CON ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD**.
3. **OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY**.
4. **LA CRISIS EXPLÍCITA.**
5. **ESTADO ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD.**
6. **BENEFICIOS DE LA LEY 100**.
7. **AVANCES Y LOGROS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO**.
8. **TALENTO HUMANO EN SALUD.**
9. **TAXONOMÍA Y ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LOS SISTEMAS SALUD.**
10. **LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO.**
11. **MARCO JURÍDICO**.
12. **PLIEGO DE MODIFICACIONES**.
13. **IMPACTO FISCAL.**
14. **CONFLICTO DE INTERÉS.**
15. **PROPOSICIÓN.**
16. **TEXTO PROPUESTO.**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*"

INTRODUCCIÓN

Como lo expresa el Banco Mundial en su revisión del sistema de salud de nuestro país, "*Colombia ofrece un ejemplo notable de un progreso rápido hacia la cobertura universal en salud que merece mayor reconocimiento internacional. Ha alcanzado protección financiera contra costos excesivos en salud para casi todos los ciudadanos, como también un paquete de beneficios igualitario para aquellos dentro y fuera del empleo formal*". En este sentido, se han alcanzado dos de los principales logros trazados con la formulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a saber: la cobertura en salud universal para todos los habitantes del país y la protección financiera contra los eventos en salud.

Al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se le reconocen virtudes que se han venido desarrollando a lo largo de tres décadas, logros que una reforma debería preservar, así como también problemas apremiantes que requieren medidas de fondo para superarlos.

El alcance de tales objetivos hace parte de un contexto reformista del país, sus instituciones y el propio Estado, que se refleja principalmente en la Constitución Política de 1991 (y su proceso previo para su convocatoria) y las reformas que la acompañaron y se derivaron de ella, incluso, la literatura en ciencias políticas ha descrito a Colombia como un "país reformador". Tales reformas han hecho que el "país incrementó en 9 puntos del PIB el gasto del gobierno central durante los noventa y pasó de tener un Estado pequeño en América Latina a uno grande en el mundo" y, aunque la estructura del sistema de salud implica agentes privados, aproximadamente el 85% de su gasto total es gubernamental, por lo que gran parte del aumento del gasto del Estado esté destinado a este sector.

De manera muy significativa, la expansión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como expresión del alcance social del Estado colombiano, ha sido acelerada en las últimas tres décadas y con una visión profundamente redistributiva y de equidad, pues "las relaciones entre el incremento de la cobertura del seguro de salud y la distribución del ingreso, especialmente la pobreza, se expresan en aspectos relativamente bien documentados. La afiliación al SGSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado.

Ahora bien, como ocurre con muchos sistemas de salud a nivel global, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) enfrenta desafíos críticos en materia de sostenibilidad fiscal, calidad y eficiencia, que generan vulneraciones inaceptables del derecho fundamental a la salud. Esta exposición de motivos evalúa el desempeño del SGSSS, identificando sus limitaciones más apremiantes, tales

como la desfinanciación, las barreras de acceso a servicios especializados, y las condiciones precarias del talento humano en salud. Con base en este análisis, se propone un proyecto de ley con soluciones técnicamente fundamentadas, diseñado como una base flexible que requiere ajustes significativos mediante un proceso de diálogo técnico y concertación con pacientes, profesionales de la salud, gremios, académicos, entre otros. Este enfoque busca construir un modelo equitativo, eficiente y sostenible, adaptable a las particularidades regionales y fortalecido por la evidencia, para garantizar que las mejoras al sistema respondan efectivamente a las necesidades de los colombianos.

GLOSARIO

- **Atributos de la Calidad en la Atención en Salud[1]:**
  - **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
  - **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
  - **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
  - **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren
  - **Satisfacción del Usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.
  - **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención

- **ADRES:** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES - es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. La ADRES fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles[2].
- **Afiliación:** Es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios del Sistema de Salud y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud[3].
- **Alto costo:** Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.[4]

[1] https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/atributos-de-la-calidad-en-la-atenci%C3%93n-en-salud.aspx
[2] https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/acerca-de-adres
[3] https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/
[4] https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/

- **Atención primaria en salud (APS):** Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación[5].
- **Auditoría en salud[6]:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- **Aseguramiento en Salud:** El modelo de aseguramiento mixto en salud se ha consolidado como un componente clave del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Su propósito principal es asegurar que toda la población tenga acceso equitativo, oportuno y eficaz a los servicios de salud y a los medicamentos contemplados en el Plan de Beneficios en Salud, sin importar su condición o características personales. Esta estrategia promueve una atención en salud integral, que va desde la promoción y prevención de enfermedades hasta su tratamiento y posterior rehabilitación. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tanto del régimen contributivo como del subsidiado, son las **encargadas** de llevar a cabo las tareas relacionadas con el aseguramiento.
- **Base única de afiliados (BDUA)[7]:** Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Regímenes especiales).
- **Calidad de la atención en salud[8]:** Es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal.
- **Cobertura sanitaria universal[9]:** Es que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten en el momento y el lugar adecuados y sin sufrir dificultades económicas por ello.
- **Contribuciones parafiscales[10]:** Son los gravámenes establecidos con carácter obligatorio por la Ley, que afectan a un determinado y único grupo social y económico y se utilizan para beneficio del propio sector. Para el caso de las contribuciones parafiscales de la protección social, debe entenderse aquellas

---

[5] Declaración de Alma Ata (Art. VI) https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/atencion-primaria-salud-historico-conceptos-enfonques-ops.pdf

[6] https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-parael-mejoramiento-dela-calidad.aspx#:~:text=%E2%80%8BEs%20el%20mecanismo%20sistem%C3%A1tico,salud%20que%20reciben%20los%20usuarios.

[7] https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/

[8] https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

[9] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)#:~:text=Sinopsis,sufrir%20dificultades%20econ%C3%B3micas%20por%20ello.

[10] Ley 179/94, artículo 12. Ley 225/95, artículo 2

destinadas a la financiación del funcionamiento y las prestaciones derivadas de la protección social, ya sea que estén a cargo de los empleadores, de los trabajadores o de ambos. Estas incluyen las contribuciones de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación, SENA e ICBF. Los recursos parafiscales no entran a engrosar las arcas del presupuesto nacional, se incorporarán al presupuesto solamente para registrar la estimación de su cuantía y en capítulo separado de las rentas fiscales y su recaudo será efectuado por los órganos encargados de su administración.

- El régimen subsidiado es el mecanismo del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS mediante el cual la población pobre y vulnerable del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio parcial o total que ofrece el Estado.
- **Empresa Social del Estado[11]:** Categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico definido.
- **Enfermedades raras:** enfermedades raras son aquéllas que se presentan con escasa frecuencia en la población general y afectan a un número reducido de personas en una población determinada o sea son de baja prevalencia o de menos de 5 personas por cada 10.000 hbs (0,5 por cada 1000 o 0,05 por cada 100)
- **Entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB)[12]:** Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud, es la encargada de la gestión del riesgo en salud del sistema, organizar y garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud, afiliaciones, captación de aportes de los afiliados, organización prestación de servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales y laborales
- **Exclusiones:** Son las tecnologías en salud que no pueden financiarse con recursos públicos.
- **Financiamiento[13]:** Proceso de viabilizar y mantener en marcha un proyecto, negocio o emprendimiento específico, mediante la asignación de recursos capitales (dinero o crédito) para el mismo. Dicho más fácilmente, financiar es asignar recursos capitales a una iniciativa determinada.

[11] https://repositoriocdim.esap.edu.co/bitstream/handle/123456789/10142/3831-7.pdf?sequence=7
[12] https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/
[13] https://concepto.de/financiamiento/#ixzz8U6AdFe6O

- **Fuentes de financiación del Sistema de Salud Colombiano:** se financia con recursos del Sistema General de Participaciones, del Presupuesto General de la Nación y los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Gastos de bolsillo:** son los pagos directos que tiene que hacer los hogares en bienes y servicios del sector salud como medicamentos (no incluidos en el PBS), hospitalizaciones o procedimientos ambulatorios, entre otros[14].
- **Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)[15]:** Son todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

  La UPC es un "invento colombiano" que materializa la solidaridad y la igualdad ante el sistema de salud, cualquier persona, indistinto su nivel de ingreso, será asegurada por el mismo valor de UPC.

- **Plan de beneficios en Salud (PBS)[16]:** Es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho. Se trata de los medicamentos, servicios y tecnologías en salud a los que puede acceder cualquier persona afiliada al sistema, antes llamado POS. El PBS es el mismo para los usuarios del régimen contributivo o del régimen subsidiado. Esta situación es así desde el año 2011, anteriormente existían diferencias en los servicios de salud a los que podían acceder los colombianos. Se define mediante resolución anualmente.
- **Planilla integrada de liquidación de aportes (PILA)[17]:** Es una ventanilla virtual que permite el pago integrado de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales en la cual los aportantes reportan la información para cada uno de los subsistemas en los que el cotizante está obligado a aportar.
- **Portabilidad[18]:** Es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.
- **Presupuestos Máximos**: Con este dinero se financian las tecnologías en salud no incluidas en el PBS. Esto incluye medicamentos para enfermedades huérfanas, servicios sociales complementarios (como pañales para bebés), complementos nutricionales y medicamentos nuevos, entre otros.

---

[14] https://consultorsalud.com/gastos-del-bolsillo-en-salud-en-colombia/
[15] https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/
[16] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf
[17] https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/paginas/regimen-contributivo.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20contributivo%20es%20un,por%20el%20afiliado%20o%20en
[18] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf

- **Protección social[19]:** Es el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo.
- **Protección Financiera:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia ha sido valorado positivamente por sus logros en cuanto a cobertura universal, acceso a servicios y protección financiera[20]. En el ámbito de la salud, se entiende por gasto de bolsillo el dinero que una familia debe desembolsar directamente al momento de utilizar un servicio, cuando este no está cubierto por un seguro o por un tercero que asuma el pago. Este tipo de gasto representa una carga significativa para los hogares, ya que la atención en salud es un bien esencial y, por lo general, sus costos no están contemplados dentro del presupuesto de muchas familias que apenas logran satisfacer sus necesidades básicas.
- **Redes integradas en salud[21]:** Son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del modelo integral.
- **Reforma[22]:** Aquello que se propone, proyecta o ejecuta como innovación o mejora en algo.
- **Régimen contributivo[23]:** El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.
- **Régimen subsidiado[24]:** Un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad
- **Seguridad social:** La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado,

---

19 https://www.sena.edu.co/es-co/ciudadano/Lists/glosario_sena/DispForm.aspx?ID=12&ContentTypeId=0x0100D3A8BC444C104E43840BB7D7E24AAA81

20 OECD. OECD reviews of health systems: Colombia 2016. Organization for Economic Co-operation y
Development (OECD), 2015. DOI: 10.1787/19901410.

21 https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/

22 https://dle.rae.es/reforma

23 https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/paginas/regimen-contributivo.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20contributivo%20es%20un,por%20el%20afiliado%20o%20en

24 https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/regimen-subsidiado.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20subsidiado%20es%20el,subsidio%20que%20ofrece%20el%20Estado.

en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. (…). Art 48 Constitución de 1991[25].

- **SISBEN[26]:** Es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan.
- **Sistema de salud:** El sistema de salud de una nación ha sido definido por la OMS como "todas aquellas actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud.
- **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)[27]:** Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los(as) colombianos(as), de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y desarrollan.
- **Solidaridad[28]:** Adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros.
- **Subsidio a la demanda:** Financiar la afiliación de las personas de bajos recursos a la seguridad social.
- **Subsidio a la oferta[29]:** El subcomponente de Subsidio a la Oferta se define como una asignación de recursos para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.
- **UPC:** Unidad de Pago por Capitación, es el valor por el que cada colombiano está asegurado y por el que se paga a la EPS aseguradora. Es distinta para la población rural y urbana, también por edades, se calcula por un valor anual y el ADRES lo gira mensualmente a las aseguradoras. La UPC cubre las tecnologías en Salud incluidas en el PBS.
- **Viabilidad[30]:** Que tiene probabilidades de llevarse a cabo o de concretarse gracias a sus circunstancias o características.

1. ANTECEDENTES

El 1 de agosto de 2024 fue radicado el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el*

[25] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/cartilla-abc-sistema-proteccion-social-2006-pars.pdf
[26] https://www.sisben.gov.co/Paginas/que-es-sisben.html
[27] https://bogota.gov.co/servicios/guia-de-tramites-y-servicios/informacion-sobre-afiliacion-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud
[28] https://dle.rae.es/solidaridad
[29] https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=84147
[30] https://definicion.de/viabilidad/#google_vigente

derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", como autores de la iniciativa por los Representantes a la Cámara Julia Miranda Londoño, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, Catherine Juvinao Clavijo, Carolina Giraldo Botero, Daniel Carvalho Mejía, Cristian Danilo Avendaño Fino, Alejandro García Ríos, Juan Sebastián Gómez Gonzáles, Luvi Katherine Miranda Peña, publicado en la Gaceta 1455 del 17 de septiembre de 2024, y radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 7 de octubre de 2024.

El Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", fue radicado el día 13 de septiembre de 2024 por el Gobierno Nacional en cabeza del Ministro de Salud y Protección Social, Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez. El proyecto fue publicado en la Gaceta 1456 del 17 de septiembre de 2024, y radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 20 de septiembre de 2024.

El 25 de septiembre de 2024 fueron designados como ponentes del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, los Representantes:

- María Eugenia Lopera Monsalve- Coordinador Ponente.
- Alfredo Mondragón Garzón - Coordinador Ponente.
- Camilo Esteban Ávila Morales - Coordinador Ponente.
- Jorge Alexander Quevedo Herrera - Coordinador Ponente.
- Andrés Eduardo Forero Molina - Ponente.
- Jairo Humberto Cristo Correa - Ponente.
- Juan Camilo Londoño Barrera - Ponente.
- Karen Juliana López Salazar - Ponente.
- Germán José Gómez López - Ponente.

El 15 de octubre del 2024, mediante Resolución No. 004 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se acumuló el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", al Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".

El día 29 de octubre de 2024 se radicó ponencia positiva firmada por los Representantes María Eugenia Lopera Monsalve, Camilo Esteban Avila Morales, Jorge Alexander Quevedo Herrera, Alfredo Mondragon Garzon y Juan Camilo Londoño Barrera, German José Gómez López y Karen Juliana López Salazar, ponencia publicada en Gaceta 1821 de 2024. De igual manera se radicó ponencia negativa por parte de los ponentes Andres Eduardo Forero y Jairo Humberto Cristo, la cual fue publicada en Gaceta 1846 de 2024.

El día martes 5 de noviembre del año 2024, se sometió a consideración los impedimentos de los miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes y se sustentó la ponencia negativa por los Representantes Andres

Eduardo Forero y Jairo Humberto Cristo, la cual fue negada por parte de la Comisión.

En la sesiones de la Comisión Séptima de Cámara de Representantes llevadas a cabo los días 12, 13 y 18 de noviembre del año 2024, fue sustentado por parte de los coordinadores el Informe de Ponencia, y se aprobó el Proyecto de Ley en primer debate, en consecuencia y mediante oficio CSCP 3.7 7 1005-24 del 18 de noviembre de 2024, fueron designados como ponentes para segundo debate los siguientes representantes:

- María Eugenia Lopera - Coordinador Ponente.
- Jorge Alexander Quevedo - Coordinador Ponente.
- Camilo Esteban Avila - Coordinador Ponente.
- Alfredo Mondragon Garzón - Coordinador Ponente.,
- Andrés Eduardo Forero Molina - Ponente.
- Jairo Humberto Cristo Correa - Ponente.
- Juan Camilo Londoño - Ponente.
- Karen Juliana López - Ponente.
- German José Gómez - Ponente.

Así pues, el día 25 de noviembre de 2024, fue radicada la ponencia para segundo debate, publicada en la gaceta 2032 de 2024, en las sesiones Plenarias Ordinarias y Extraordinarias de los días 17 y 18 de diciembre de 2024; 13 de febrero y 04, 05 y 06 de marzo de 2025, fue aprobado en Segundo Debate, con modificaciones, el texto Definitivo del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*"

En su tránsito en la Comisión Séptima del Senado de la República, la mesa directiva mediante oficio CSP-CS- 0358-2025, del 02 de abril del 2025 (Resolución No. 003 del 02 de abril de 2025) designó como ponentes y coordinadores ponentes a los Senadores:

- Martha Peralta Epieyu - Coordinadora Ponente.
- Norma Hurtado Sánchez - Coordinadora Ponente
- Esperanza Andrade Serrano - Coordinadora Ponente.
- Ferney Silva Idrobo - Ponente.
- Wilson Arias Castillo - Ponente.
- Fabian Díaz Plata - Ponente.
- Miguel Ángel Pinto Hernández - Ponente.
- Lorena Ríos Cuellar - Ponente.
- Ana Paola Agudelo García - Ponente.
- Alirio Barrera Rodríguez - Ponente.
- Berenice Bedoya Pérez - Ponente.
- Omar De Jesús Restrepo Correa - Ponente.

En el marco del trámite legislativo del Proyecto de Ley No. 410 de 2025 Senado, 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara,

“Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, se han radicado un total de ocho solicitudes de prórroga para la presentación del informe de ponencia para tercer debate. La primera prórroga fue radicada el 25 de abril de 2025; la segunda, el 9 de mayo de 2025; la tercera, el 10 de junio de 2025; la cuarta, el 3 de julio de 2025; la quinta, el 18 de julio de 2025; la sexta, el 11 de agosto de 2025; la séptima, el 29 de agosto de 2025; y la octava, el 17 de septiembre de 2025.

Es pertinente indicar que la Comisión Séptima Constitucional Permanente siempre dio respuesta a las solicitudes de prórroga presentadas para la rendición del informe de ponencia, garantizando así el cumplimiento del procedimiento legislativo establecido.

2. MESAS TÉCNICAS CON ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD.

En desarrollo de este proceso deliberativo, se adelantaron las siguientes mesas técnicas y espacios de discusión:

- Mesa 1: Pacientes – 21 de abril de 2025.
- Mesa 2: Gobernanza – 28 de abril de 2025.
- Mesa 3: Auditorías y Sistema de Información en Salud – 2 de mayo de 2025 (audiencia pública).
- Audiencia Pública: Talento Humano en Salud – 6 de mayo de 2025

La Comisión Séptima del Senado de la República para el estudio riguroso del Proyecto de Ley 410 de 2025 del Senado, "*Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones",* convocó en el marco de sus facultades legales, al Gobierno Nacional, los actores del sistema de salud y la academia, para escuchar sus preocupaciones y propuestas para la construcción de esta ponencia alternativa:

2.1. MESA 1: PACIENTES - 21 de abril de 2025.

El propósito central de esta mesa técnica fue iniciativa de las senadoras ponentes, con el fin de escuchar a los representantes de los usuarios y pacientes, al Gobierno Nacional y a la Defensoría del Pueblo, frente a sus preocupaciones, sus análisis y propuestas en lo referente al proyecto de reforma. Como fue reiterado por diversos participantes, el país atraviesa actualmente una grave crisis en la prestación de servicios, caracterizada por interrupciones en la entrega de medicamentos, demoras en la asignación de citas especializadas, cierre de servicios en instituciones prestadoras de salud y una creciente preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema. Esta crisis ha sido calificada por varios intervinientes como una “emergencia humanitaria”, especialmente para pacientes con condiciones crónicas, enfermedades huérfanas y tratamientos de alto costo.

La metodología implementada consistió en una presentación inicial por parte de las senadoras ponentes y el viceministro de Salud, Luis Alberto Martínez, seguida por la intervención de la Defensora Delegada para la Salud, Claudia Vaca. Posteriormente, se estableció una fase diagnóstica iniciada por un experto invitado, Néstor Álvarez, líder de organizaciones de pacientes de alto costo, quien ofreció un panorama histórico y actual del sistema. Finalmente, se dio paso a las intervenciones de 21 representantes de distintas asociaciones de usuarios, pacientes, academia y consultores especializados, cada uno con un tiempo limitado de siete minutos, seguido por una ronda final de respuestas de los representantes del gobierno y conclusiones de las senadoras.

Este espacio permitió tomar una postura de concertación para buscar la solución al grave problema que atraviesa el sistema de salud, identificando qué elementos del articulado actual podrán conservarse, cuales requerirían modificaciones y que aspectos deberían eliminarse.

2.2. MESA 2: GOBERNANZA - 28 Abril de 2025

Esta segunda mesa técnica respondió a su carácter transversal en la arquitectura institucional del proyecto de reforma, la cual estuvo compuesta por el Gobierno Nacional, INVIMA, ADRES, Superintendencia de Salud, Contraloría del Pueblo, Defensoría del Pueblo, secretarías de salud de entidades territoriales, exministros, academia, asociaciones científicas y gremios, quienes convergen en las debilidades actuales del sistema, y concluyen que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene una gobernanza débil, tanto a nivel nacional como territorial. Esta mesa abordó interrogantes estructurales sobre la nueva arquitectura institucional, incluyendo el rol del Consejo Nacional de Salud, las funciones de la ADRES, la articulación entre las gestoras de salud y vida, CAPS, entidades territoriales, y los mecanismos de rendición de cuentas y control ciudadano.

El propósito central de esta relatoría técnica fue documentar de manera integral las intervenciones, análisis y propuestas presentadas durante la mesa, con el objetivo de sistematizar los aportes de 47 participantes representantes de diversos sectores. El alcance abarcó la identificación de consensos, divergencias y propuestas específicas sobre la arquitectura institucional propuesta en el Proyecto de Ley 410 de 2025. El diálogo técnico buscaba resolver inquietudes, consolidar estrategias y avanzar en la construcción de un sistema de salud con reglas claras, autoridades fuertes y mecanismos de control ciudadano. Como señaló la senadora coordinadora, el corazón de la reforma son los usuarios y pacientes, y su defensa pasa necesariamente por entender cómo se configura la gobernanza del sistema.

Metodología y Dinámica de la Sesión:

La relatoría se construyó sobre la base de fuentes primarias constituidas por la transcripción oficial completa de las intervenciones de 47 participantes durante aproximadamente seis horas de debate técnico ininterrumpido.

Como fuentes secundarias se utilizaron las presentaciones técnicas compartidas, documentos de soporte enviados por correo electrónico a la Secretaría de la Comisión Séptima, y los lineamientos metodológicos. La validación de la información se realizó mediante la contrastación entre las intervenciones grabadas y las memorias escritas suministradas.

La arquitectura metodológica de la sesión se estructuró en cinco bloques temáticos diferenciados por actor institucional y tiempo de intervención. El diseño privilegió la exposición técnica inicial seguida de intervenciones sectoriales. Se solicitó a los intervinientes hacer referencia directa a los artículos específicos del proyecto de ley para profundizar en aspectos técnicos. Las reglas de participación establecieron que era un espacio técnico y constructivo, buscando aportes de todos los sectores. La sesión se transmitió en vivo para garantizar la transparencia y el acceso público, lo que reforzó su carácter democrático.

El proceso de extracción de información priorizó las intervenciones con mayor contenido técnico-normativo sobre aspectos específicos del articulado. La codificación identificó posiciones argumentativas en tres categorías: convergencias, divergencias y propuestas de modificación. La codificación temática se organizó en torno a los ejes centrales de gobernanza identificados en el proyecto: estructura y funciones del Consejo Nacional de Salud, rol y capacidades de la ADRES, definición de competencias de las gestoras de salud y vida, articulación territorial (CAPS, Redes Integradas), mecanismos de rendición de cuentas y sistemas de información interoperables.

Se señalaron limitaciones metodológicas, como los tiempos restringidos de intervención y la ausencia de algunos actores institucionales clave, como el Ministro de Hacienda, lo cual limitó el análisis de aspectos fiscales.

La sesión se desarrolló en cinco bloques principales:

Bloque 1: Experto invitado (Dr. Augusto Galán)

El Dr. Augusto Galán, director del Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, cardiólogo y exministro de Salud, analizó las fortalezas y debilidades históricas del sistema de salud colombiano frente a las propuestas del Proyecto de Ley. Destacó fortalezas como la participación multisectorial inicial y la descentralización funcional, pero identificó debilidades como la fragmentación operativa y la desigualdad territorial. Reconoció avances potenciales en la reforma, como la revitalización del Consejo Nacional de Salud y el fortalecimiento de la rectoría estatal. Sus principales preocupaciones se centraron en los riesgos de concentración excesiva de funciones en la ADRES, la eliminación de la competencia institucional y la ambigüedad en el rol de las gestoras de salud y vida. Cuestionó el cumplimiento de mínimos constitucionales, como la sostenibilidad financiera y la transición segura para los usuarios.

Bloque 2: Gobierno Nacional

ADRES (Dr. César Andrés Jiménez): Presentó la capacidad operativa y financiera de la entidad. Mostró el crecimiento de la ejecución presupuestal y el volumen de recursos girados (UPC, giro directo). Enfatizó la capacidad técnica para procesar alto volumen de transacciones, la transparencia de sus giros directos publicados en la web, y la inequidad territorial actual. Aclaró que, bajo la reforma aprobada en Cámara, la auditoría de facturas de primer nivel sería responsabilidad de las gestoras. Afirmó que el Gobierno Nacional no está desfinanciando el sistema.

Viceministerio de Protección Social (Dr. Luis Alberto Martínez): Defendió integralmente el proyecto, contextualizando la crisis como resultado del desmantelamiento progresivo del Estado y la transferencia de competencias al mercado. Explicó cómo el financiamiento depende de impuestos, pero se pierde el control estatal al entregar los recursos a la intermediación financiera. Señaló el impacto de normativas que flexibilizaron el manejo de recursos por las EPS, a pesar de numerosas liquidaciones. Argumentó la necesidad de recuperar la gobernanza estatal y que el mercado ha fracasado en servicios esenciales.

INVIMA (Dr. Francisco Rossi): Contextualizó los retos de financiamiento de las funciones de salud pública. Identificó como problema central la pérdida de la lógica de salud pública en favor del tratamiento individual. Señaló que el INVIMA, creado para funciones preventivas, se financia únicamente con tarifas, no con recursos del Tesoro General, generando conflicto de interés. Anunció una nueva plataforma operativa para reducir tiempos de registro de medicamentos.

Supersalud (Dra. Lady Cetina): Explicó las propuestas del Título VII del proyecto sobre inspección, vigilancia y control, que busca garantizar la legalidad y eficacia del sistema. Resaltó el fortalecimiento de las facultades de inspección y la coordinación con otras autoridades para garantizar transparencia. Indicó que los criterios para la selección de liquidadores aún deben definirse.

Bloque 3: Órganos de control

Defensoría del Pueblo (Dra. Claudia Vaca): Presentó datos sobre el aumento en consultas a droguerías y prácticas alternativas, así como pacientes sin medicamentos. Alertó sobre riesgos de debilitamiento en la gestión del riesgo en los consejos territoriales. Propuso una unidad de gestión de acceso a medicamentos y seguimiento de recursos.

Contraloría General (Dr. Julián Niño Carrillo): Resaltó la vigilancia especial de la Contraloría sobre un sistema que moviliza más de 100 billones de pesos. Subrayó la necesidad de herramientas tecnológicas para el seguimiento de recursos y la importancia de definir con claridad los roles de los actores del sistema y asegurar una transición ordenada.

Bloque 4: Entidades territoriales

Representantes de las secretarías de salud de Bogotá D.C. y Santander expusieron la visión territorial. Criticaron la falta de articulación integral del proyecto y la indefinición de funciones esenciales del aseguramiento, lo que dispersa la responsabilidad. Alertaron sobre la pérdida de autonomía, la saturación de responsabilidades con recursos centralizados y la carga administrativa.

Bloque 5: Exministros, académicos, asociaciones científicas y gremiales

En este bloque se debatió sobre la naturaleza del poder en la gobernanza (un Consejo que solo recomienda carece de poder real), el rol de la ADRES, la atención primaria, y la viabilidad operativa del proyecto, proponiendo incluso un plan de salvamento inmediato para abordar la crisis coyuntural. Las asociaciones presentaron posiciones diversas, alertando sobre la difusa coadministración, las múltiples funciones de las gestoras, y defendiendo la necesidad de claridad en las responsabilidades, representación del usuario y condiciones laborales dignas para el talento humano.

Temas Transversales Emergentes El debate evidenció cinco ejes temáticos clave:

1. Concentración de funciones y necesidad de contrapesos: Preocupación significativa sobre la acumulación de responsabilidades financieras, operativas y de control en la ADRES, lo que podría derivar en interferencias políticas o uso ineficiente de recursos, sin contrapesos eficaces. Se cuestionó que la ADRES concentre funciones que deben controlarse entre sí, como pago, ordenación del gasto y auditoría.
2. Gobernanza territorial y autonomía local: Tensión entre centralización y descentralización, con preocupaciones sobre la desfiguración de las secretarías territoriales y la pérdida de autonomía. Desde el gobierno se defendió la necesidad de fortalecer la rectoría estatal.
3. Riesgos de captura institucional: Se identificaron riesgos tanto a nivel central (ej. la CRES) como territorial (dualidad de roles de las entidades territoriales).
4. Transparencia, interoperabilidad y rendición de cuentas: Hubo consenso en la necesidad de fortalecer estos mecanismos mediante un Sistema Público Unificado Interoperable en Salud (SPUIS) para mejorar la trazabilidad y el acceso a la información.
5. Protección financiera del usuario: Preocupación por el incremento del gasto de bolsillo (ej. en medicamentos) y la pérdida de mecanismos de protección, lo que refuerza la urgencia de soluciones que equilibren aseguramiento individual y social.

Síntesis

Existió convergencia en la necesidad de reformar la arquitectura institucional, el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS), la necesidad de establecer mecanismos de participación real (un Consejo Nacional de Salud con carácter vinculante), el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, la urgencia de abordar la crisis coyuntural del sistema, la necesidad de sistemas de información interoperables y la mejora de las condiciones laborales del talento humano en salud.

Tensiones Abiertas (Disensos): Las tensiones más profundas se centraron en tres ejes: el modelo de aseguramiento (eliminación de la intermediación financiera versus defensa gubernamental de recuperar el control estatal), la sobrecarga funcional y concentración de poder en la ADRES (riesgos de interferencia política versus defensa de la capacidad institucional), y la fragmentación de responsabilidades dentro del nuevo esquema (quién es el responsable del riesgo financiero y quién responde ante tutelas).

Los hallazgos de la mesa técnica sugieren que la versión 2.0 del Proyecto de Ley 410/2025- Se mantiene desafíos estructurales, especialmente en la definición de competencias y financiación. La creación de un "aseguramiento social" genera resistencias técnicas, la concentración de funciones en la ADRES es controvertida, y los CAPS son percibidos como sobrecargados. La ausencia de un aval fiscal definitivo es un déficit técnico crítico.

Se propusieron recomendaciones:

- Un plan de salvamento inmediato para evitar el colapso durante la transición y la clarificación inequívoca de responsabilidades.
- Restituir un Consejo Nacional de Salud con poder real (vinculante) y fortalecer las capacidades técnicas de las secretarías territoriales.
- Armonizar el proyecto con la Constitución para garantizar el derecho a la seguridad social y el principio de no regresividad, y reglamentar la transición institucional.
- Desarrollar estándares de calidad para los CAPS y un sistema público unificado de información gradual.

Finalmente, se hizo un llamado a la articulación interinstitucional entre los niveles de gobierno y los sectores, así como a un enfoque territorial, reconociendo que la viabilidad de la reforma depende de esta articulación. Se enfatizó la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas territoriales, garantizar mecanismos efectivos de participación ciudadana y del talento humano, y coordinar con el Poder Judicial para evitar la judicialización masiva durante la transición. Se concluyó que una implementación exitosa requiere un horizonte de mediano plazo con evaluaciones periódicas.

2.3 MESA 3 AUDITORÍAS Y SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD - 02 mayo de 2025.

La Mesa Técnica se centró en el importante tema de las auditorías y los sistemas de información dentro del proyecto de reforma al sistema de salud.

Esta discusión se llevó a cabo en un contexto donde es crucial asegurar que cada recurso destinado a la salud llegue a cada persona y sea debidamente auditado, especialmente considerando la escasez de recursos.

Varios intervinientes destacaron la necesidad de que las auditorías garanticen la transparencia de los recursos, en parte como respuesta a actos de corrupción que han afectado al sistema.

El propósito central de estas mesas técnicas, según lo aprobado por la Comisión Séptima, fue conocer los artículos que benefician al sistema de salud, así como las inquietudes y posibles recomendaciones para la construcción de la ponencia.

La metodología consistió en la intervención de diferentes bloques de actores, incluyendo representantes de Entidades de Control (Contraloría General de la República, Superintendencia Nacional de Salud), Veedurías Ciudadanas, Academia, organizaciones del sector de la salud (Asosalud, ACEMI, GESTARSALUD), y representantes del Gobierno Nacional (Ministerio de Salud, ADRES).

Los debates abordaron diversos aspectos cruciales:

Transparencia, Vigilancia y Control del Gasto: Se enfatizó la necesidad de un sistema único integral de carácter público para el seguimiento de los recursos, que sea de acceso permanente para los ciudadanos. La Superintendencia Nacional de Salud presentó varias medidas de transparencia propuestas en el proyecto de ley, como sistemas unificados de información, modelos de seguimiento del gasto, mecanismos de trazabilidad de recursos, y rendición de cuentas periódica y pública.

Sistemas de Información: La implementación de un Sistema Único de Información (SUI) interoperable e integrado fue un punto central. Se destacó que el Ministerio de Salud está desarrollando un aplicativo que integrará toda la información de salud, incluyendo el flujo de recursos y cifras públicas. Sin embargo, se reconocieron los desafíos estructurales y los esfuerzos operativos y financieros requeridos para su implementación progresiva. Se planteó la necesidad de fortalecer la capacidad de análisis de los datos y pasar a modelos de supervisión más predictivos. El Gobierno señaló que el SUI busca garantizar la transparencia, permitiendo incluso que el paciente reciba notificaciones sobre la facturación de servicios.

Mecanismos de Auditoría: Se discutieron varios tipos de auditoría propuestos en el proyecto de ley, incluyendo auditoría externa, interna y concurrente. Se mencionó la idea de auditorías aleatorias e internas por parte de la Superintendencia, y la auditoría externa, donde la Contraloría tiene un rol de seguimiento. La Supersalud propuso auditorías directas a entidades prestadoras para pagos de alta y mediana complejidad. La Contraloría destacó el control concomitante, una herramienta de seguimiento en tiempo real para prevenir el daño. Sin embargo, se expresaron preocupaciones

significativas sobre quién debe realizar la auditoría, señalando que la entidad que administra o paga los recursos no debería ser juez y parte para garantizar la objetividad, una inquietud reiterada por varios intervinientes. Se propuso la necesidad de una auditoría externa concurrente, imparcial y continua.

Rol del ADRES y Gestión de Recursos: La administración de los recursos por parte del ADRES y el mecanismo de giro directo fue un tema relevante. Si bien se reconoció el aumento en el volumen del giro directo, se expresaron dudas sobre la capacidad y estructura actual del ADRES para gestionar la totalidad de los recursos de salud sin afectar la eficiencia. Se planteó que la auditoría que realizaría el ADRES sería de "segundo piso" (sobre auditorías de otros). La veeduría ciudadana propuso la necesidad de una entidad especializada con capacidades para gestionar y auditar.

Desafíos y Recomendaciones: Se identificaron vacíos en la transparencia y rendición de cuentas en la propuesta de reforma, sugiriendo fortalecer la auditoría en los pagos y evitar injerencias políticas. Se destacó la necesidad de auditorías especializadas en compras públicas y transparencia de subsidios. La implementación de mecanismos de denuncia seguros fue considerada importante. También se subrayó la necesidad de fortalecer el talento humano con capacidades técnicas para realizar auditorías y manejar los sistemas de información. La importancia de la conectividad para lograr la interoperabilidad y el acceso a la tecnología en todos los niveles del sistema fue resaltada como un macroproyecto clave.

La mesa técnica evidenció un consenso sobre la importancia fundamental de las auditorías y los sistemas de información robustos para garantizar la transparencia, eficiencia y protección de los recursos del sistema de salud. Aunque el proyecto de ley presenta propuestas para avanzar en estos temas, las discusiones revelaron inquietudes significativas, particularmente sobre la independencia de las entidades auditoras, la capacidad operativa y tecnológica para implementar los cambios, y la necesidad de mecanismos de control concurrente y permanente que vayan más allá de la auditoría retrospectiva. La necesidad de garantizar la transparencia total y el acceso ciudadano a la información en tiempo real se mantuvo como un requisito clave.

2.4. AUDIENCIA PÚBLICA TALENTO HUMANO EN SALUD- Martes 06 de mayo.

Esta audiencia, coordinada por la senadora Lorena Ríos, tuvo lugar en la sede del Senado y se transmitió por canales oficiales.

El objetivo de esta mesa técnica es analizar e interpretar las intervenciones y propuestas de los 33 participantes entre ellos están la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, SCARE, Federación Odontológica, Organizaciones sindicales (ANTHOC, Sindes, Federación Médica Colombiana); Entidades académicas (Universidades Nacional, Javeriana, La

Sabana); Organizaciones gremiales especializadas (AOS Salud, ACMEFAM); Entidades gubernamentales (ADRES, Ministerios de Salud y Hacienda, Supersalud); y Colectivos estudiantiles y de investigación. para proporcionar insumos técnicos a los senadores ponentes y a la Comisión Séptima en la construcción de la ponencia del proyecto. Se buscó identificar consensos, disensos y vacíos normativos, así como posibles rutas de acción legislativa.

Diagnóstico Central: La Precarización Laboral en Salud: El diagnóstico principal que emergió de la audiencia fue la sistemática precarización laboral del talento humano en salud. Los participantes señalaron de forma unánime que la Ley 100 de 1993 sentó las bases de esta crisis, al transformar los hospitales públicos en empresas y, con ello, introducir una lógica de mercado. Se identificó la tercerización masiva a través de Órdenes de Prestación de Servicios (OPS), cooperativas o contratos sindicales como el principal mecanismo de explotación. Este modelo afecta a más del 70% (e incluso al 90% en el sector público) del personal, lo que genera una profunda inestabilidad laboral.

Las manifestaciones de esta precarización son diversas y preocupantes. Incluyen retrasos en el pago de salarios de hasta 180 días y salarios por debajo del mínimo legal vigente para personal de base como auxiliares y camilleros. Se describieron condiciones laborales "inhumanas", con exigencias excesivas en la atención a pacientes que comprometen tanto la calidad del servicio como la autonomía profesional. El alto impacto en la salud mental y emocional del personal es notable, afectando al 80% de los encuestados. También se observa una fuga de talentos, con miles de profesionales buscando emigrar debido a estas condiciones. La violencia laboral, incluyendo presiones para ajustarse a modelos contractuales, es otra manifestación. Además, existe una especial vulnerabilidad del personal no médico y de base, a menudo excluido del concepto de "talento humano" en las discusiones, y una "deuda histórica" significativa en términos de demandas laborales adeudadas.

Financiamiento y Aval Fiscal: En lo que respecta al financiamiento y el aval fiscal, una preocupación transversal fue la ausencia recurrente del ministro de Hacienda en las discusiones. Se estimó que la formalización completa del talento humano en salud requeriría aproximadamente 9 billones de pesos adicionales. La ADRES confirmó su capacidad técnica y operativa para pagar directamente la nómina del personal de salud, como lo demostró durante la pandemia. Aunque se mencionaron nuevas fuentes de financiación en el trámite (saneamiento deudas, mecanismos con Grupo Bicentenario), no hubo claridad sobre su magnitud exacta. Para equilibrar la sostenibilidad fiscal y la dignificación, surgieron propuestas de implementación gradual, por ejemplo, en 10-12 años, priorizando al personal de base.

Gobernanza, Autonomía y Participación Profesional: Las sociedades científicas demandaron participación nominal y diferenciada en el propuesto Consejo Nacional de Salud, argumentando su trayectoria y conocimiento técnico, reconocido en leyes como la 1164 de 2007 y 1751 de 2015. Criticaron que el proyecto las diluyera en categorías genéricas. También expresaron preocupación por la intervención ministerial en la práctica profesional y las convalidaciones de títulos, señalando riesgos para la calidad técnica. Por su parte, los profesionales no médicos demandaron el reconocimiento de su autonomía y control sobre sus propios estándares.

Formación, Becas y Servicio Social: Se identificó una desarticulación entre la formación especializada y las necesidades del modelo de Atención Primaria en Salud (APS). Se propuso ampliar el fortalecimiento de la formación (Artículo 45) a todas las profesiones, no solo médicas, con criterios de priorización territorial y estímulos diferenciados para zonas apartadas. La situación de desempleo de médicos familiares fue destacada como una paradoja. El Servicio Social Obligatorio (SSO) presenta baja cobertura y requiere un rediseño que incluya mejores condiciones y una vinculación clara a las metas de salud pública. La subutilización de escenarios de docencia-servicio también fue señalada.

Enfoque Diferencial: Este enfoque reveló que el sector de la salud está altamente feminizado (80% mujeres), y la precarización laboral también tiene un componente de género. Las dificultades se agudizan en los territorios apartados, donde se requieren incentivos diferenciados (más allá del salario) y una formación territorializada que responda a las necesidades locales. Se enfatizó la necesidad de una perspectiva interseccional que aborde las desigualdades por clase social, género y etnia, y la articulación intersectorial con ministerios como el de Igualdad.

Tecnologías de Información y Eficiencia: Se diagnosticó que la fragmentación de los sistemas de información genera ineficiencias costosas, como la repetición de exámenes. Se propuso una historia clínica electrónica única y sistemas integrados como elementos indispensables para mejorar la continuidad del cuidado, la eficiencia operativa y apoyar la APS. Se señaló que la modernización tecnológica puede generar ahorros que contribuyan a financiar la dignificación laboral.

Consensos y Disensos Identificados: La necesidad urgente de terminar con la tercerización, la importancia de fortalecer la Atención Primaria en Salud y la exigencia de un financiamiento cierto y sostenible. Los disensos principales se centraron en el alcance y el mecanismo para crear un régimen laboral especial (facultades extraordinarias versus ley específica), si este debe aplicar al sector privado, y la participación de las sociedades científicas en la gobernanza.

Vacíos Técnicos en el Proyecto: Estos incluyen la falta de definición de fuentes específicas de recursos para la dignificación, la ausencia de escalas

salariales mínimas por profesión, una débil articulación intersectorial, vacíos en la implementación territorial y la indefinición en los procesos de transición para formalizar al personal.Se anexan a la ponencia:

1. Relatoría primera mesa técnica de pacientes (Folios).
2. Relatoría segunda mesa técnica de gobernanza y rectoría del sistema (18 Folio).
3. Relatoría tercera mesa técnica Auditorías y Sistema de Información en Salud (8 folios)
4. Relatoría Audiencia Pública Talento Humano en Salud (62 folios).

2.5. DEBATE DE CONTROL POLÍTICO FINANCIAMIENTO - Martes 27 de mayo.

El 27 de mayo de 2025, la Comisión Séptima del Senado de la República de Colombia fue testigo de un evento político inédito en la historia reciente del control parlamentario sobre las reformas estructurales del país. Por primera vez en tres años de legislatura, un Ministro de Hacienda y Crédito Público se presentó ante esta comisión para debatir los aspectos fiscales de una reforma social, específicamente la propuesta de transformación del sistema de salud colombiano. Esta excepcionalidad, lejos de ser un dato anecdótico, revela las tensiones profundas que han caracterizado la relación entre el Ejecutivo y el Legislativo en el tratamiento de las reformas del gobierno del presidente Gustavo Petro.

La reforma de salud que se discutía ese día no era la primera propuesta del gobierno Petro en esta materia. Como recordó la senadora Lorena Ríos: *"llevamos 3 años ya llevamos dos análisis ¿cuántas reformas ya dos tres reformas en esta comisión y para nosotros es muy importante que esté por primera vez más de 5 minutos un ministro de Hacienda con nosotros aquí"* (53:37). Esta referencia a las múltiples versiones de la reforma de salud sugiere un patrón de propuestas gubernamentales que han enfrentado resistencias técnicas y políticas significativas en el ámbito legislativo.

El contexto histórico de las reformas de salud en Colombia está marcado por la implementación de la Ley 100 de 1993, que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo un modelo de aseguramiento mixto público privado. Según datos presentados por el propio Ministro de Hacienda, Germán Ávila, este sistema logró expandir la cobertura de salud desde un 29% en 1995 hasta un 99% en 2025, atendiendo a 51.9 millones de personas (2:15:56). Sin embargo, esta expansión cuantitativa de la cobertura ha venido acompañada de problemas estructurales que justifican, según el gobierno, la necesidad de una transformación radical del modelo.

La propuesta actual, conocida como Proyecto de Ley 410 de 2025 en el Senado y 312/224 en la Cámara, busca transformar el sistema hacia un modelo de

"aseguramiento social y comunitario" basado en la atención primaria en salud. Como lo definió el Ministro de Hacienda: *"Colombia requiere un cambio estructural en el modelo de salud que garantice el acceso al derecho fundamental a la salud de toda la población"* (2:32:42). Esta transformación implica cambios fundamentales en la arquitectura financiera e institucional del sistema, incluyendo la conversión de las EPS en "gestoras de salud y vida" y el fortalecimiento de la ADRES como pagador único.

Cuadro Comparativo: Modelo Actual vs. Propuesta de Reforma

Aspecto	**Ley 100 (Actual)**	**Propuesta 2025**
Entidades administradoras	EPS públicas y privadas	Gestoras de Salud y Vida
Gestión del riesgo	EPS	Estado (ADRES)
Enfoque de atención	Curativo por demanda	Atención primaria preventiva
Financiación	UPC + copagos	UPC modificada + recursos adicionales
Pagador	Múltiple (EPS)	Único (ADRES)

1.2 Caracterización de los Actores del Debate: Posiciones y Estrategias Argumentativas

El debate del 27 de mayo de 2025 congregó a actores con posiciones claramente diferenciadas frente a la reforma de salud, cada uno desplegando estrategias argumentativas específicas que reflejan no solo diferencias técnicas, sino también visiones ideológicas contrastantes sobre el papel del Estado en la prestación de servicios sociales.

Los Senadores Citantes:

La senadora Norma Hurtado, como principal citante del debate, estableció desde el inicio el tono de rigor técnico que caracterizaría la jornada. Su intervención: *"¿cuánto vale la reforma a la salud y si esta reforma a la salud es sostenible en el tiempo y esa sería toda la intervención pero sin siguiendo los protocolos y siguiendo lo que la ley quinta me ordena voy a hacerle una muy breve exposición"* (17:32-17:55).

Esta aproximación revela una característica fundamental del control político ejercido por los senadores: la reivindicación de un rol académico y técnico. Como ella misma enfatizó: *"esta comisión estudia esta comisión analiza esta comisión pregunta esta comisión es académica en esta comisión no hay promesas que no se puedan sustentar"* (52:12). Esta autodefinición de la Comisión Séptima como un espacio "académico" constituye una estrategia de legitimación que busca elevar el debate por encima de las consideraciones puramente políticas.

La senadora Lorena Ríos complementó esta estrategia técnica con un enfoque centrado en la viabilidad financiera: *"para nosotros es fundamental poder tener esas cifras definidas todos estos puntos salen de las mismas respuestas reiteradas que hemos recibido ambos ministerios pero sí también decirles que para nosotros es fundamental y de cara a los colombianos poder tener toda la información concisa completa y clara"* (57:29).

El Ejecutivo:

El Ministro de Hacienda, Germán Ávila, asumió una postura de presentar cifras macroeconómicas y proyecciones financieras. Su intervención consistió en demostrar la compatibilidad de la reforma con el marco fiscal de mediano plazo, utilizando datos comparativos internacionales para legitimar las propuestas. Su presentación incluyó 15 diapositivas con información técnica específica, abarcando desde la evolución histórica del gasto en salud hasta proyecciones decenales de sostenibilidad fiscal.

El discurso del Ministro de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo combinó la defensa técnica de la atención primaria con críticas directas al modelo actual y a sus defensores. Su intervención estuvo marcada por referencias históricas y acusaciones de intereses económicos particulares: *"cuando la salud se vuelve un*

negocio el negocio no está en la prevención el negocio no está en la promoción de la salud no el negocio está es que la gente se enferme" (3:18:54).

Los Invitados Externos: Voces Técnicas Independientes

El debate incluyó la participación de diversos expertos externos, desde representantes gremiales hasta académicos especializados. Estos actores aportaron perspectivas técnicas que, en general, coincidieron en señalar vacíos metodológicos en las proyecciones gubernamentales. Luis Fernando Sotelo, del Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, expresó: *"aún vislumbramos pues que algunos supuestos están o tienen algunos vacíos o presentan algunos algunos o falta claridad sobre los mismos supuestos"* (3:48:50).

Tabla de Participantes Principales

Actor	Institución	Posición	Estrategia Argumentativa
Norma Hurtado	Senado (citante)	Argumentos técnica	Cuestionamiento metodológico
Lorena Ríos	Senado (citante)	Argumento pragmática	Exigencia de viabilidad financiera
Germán Ávila	Min. Hacienda	Defensa oficial	Datos macroeconómicos
Guillermo Jaramillo	Min. Salud	Defensa militante	Justificación ideológica
Luis F. Sotelo	Así Vamos en Salud	Análisis técnico	Identificación de vacíos
Paul Díaz	ANDI	Sector privado	Crítica a supuestos fiscales

1.3 Metodología de Análisis: El Debate como Laboratorio de Control Político

El análisis de este debate de control político requiere una aproximación metodológica que permita identificar no solo los contenidos sustantivos de las intervenciones, sino también las estrategias argumentativas, el uso de datos técnicos como instrumentos de legitimación política, y las dinámicas de poder que se manifiestan en la confrontación entre diferentes visiones del desarrollo de políticas públicas.

Organización Temática vs. Cronológica

Esta relatoría adopta una organización fundamentalmente temática, agrupando las intervenciones alrededor de núcleos problemáticos específicos antes que siguiendo el orden cronológico del debate. Esta decisión metodológica responde a la naturaleza misma del control político, que no constituye un diálogo lineal sino una confrontación de posiciones estructuradas alrededor de temas controversiales específicos.

Los núcleos temáticos identificados incluyen: (1) la sostenibilidad financiera de la reforma, (2) la metodología de cálculo de costos, (3) la suficiencia de la UPC, (4) la gestión del riesgo financiero, y (5) los precedentes de reformas anteriores. Cada uno de estos núcleos será analizado identificando las posiciones contrastantes, el uso de datos técnicos para sustentarlas, y las implicaciones de política pública derivadas.

Criterios de Selección de Citas

Las citas textuales han sido seleccionadas siguiendo tres criterios principales: (1) representatividad de las posiciones centrales de cada actor, (2) contenido técnico específico que permita evaluar la solidez de los argumentos, y (3) momentos de confrontación directa que revelen las tensiones subyacentes del debate.

Se ha prestado especial atención a aquellos momentos en que los participantes utilizan datos cuantitativos específicos, proyecciones financieras, o referencias técnicas para sustentar sus posiciones. Estos momentos constituyen el núcleo del análisis, pues permiten evaluar no solo la calidad técnica de los argumentos sino también su uso como instrumentos de legitimación política.

Tratamiento de Datos y Cifras

El análisis presta especial atención a la presentación, uso y contestación de datos técnicos durante el debate. Se identifican tres categorías principales: (1) datos históricos utilizados para caracterizar el problema, (2) proyecciones financieras utilizadas para sustentar la viabilidad de la reforma, y (3) indicadores de gestión utilizados para evaluar el desempeño del sistema actual.

Para cada categoría se analiza: la fuente de los datos, la metodología de cálculo cuando es explicitada, la forma de presentación (verbal, visual, documental), y las contestaciones o validaciones recibidas por parte de otros participantes. Este análisis permite identificar no solo la calidad técnica de la información presentada, sino también su función política en la construcción de argumentos legitimadores.

La primera parte de este debate reveló desde sus momentos iniciales la centralidad que tendrían los datos técnicos y las proyecciones financieras en la confrontación

política. Como se evidenciará en las secciones siguientes, el control político ejercido por los senadores no se limitó a cuestionar las políticas propuestas, sino que se concentró sistemáticamente en examinar la solidez metodológica de los cálculos que las sustentan, convirtiendo el debate en un ejercicio técnico de alta complejidad que trasciende las fronteras tradicionales entre lo político y lo técnico.

II. LA PREGUNTA CENTRAL: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

2.1 El Interrogante de los 50 Millones de Colombianos: La Formulación Estratégica de la Duda Fundamental

La senadora Norma Hurtado, en su condición de citante principal del debate, construyó su intervención inaugural alrededor de una pregunta que, por su aparente sencillez, encapsulaba la complejidad técnica y política de toda la reforma de salud: *"¿cuánto vale la reforma a la salud y si esta reforma a la salud es sostenible en el tiempo y esa sería toda la intervención"* (17:32). Esta formulación, lejos de ser retórica, constituyó una estrategia de control político que buscaba desplazar el debate desde el terreno de las promesas políticas hacia el ámbito de la responsabilidad fiscal y la viabilidad técnica.

La pregunta adquiere su dimensión política plena cuando se contextualiza en la responsabilidad que, según la senadora, asume el Congreso con la población colombiana: *"tenemos una responsabilidad inmensa con 50 millones de colombianos"* (53:14). Esta referencia a los 50 millones de colombianos no es casual; constituye una estrategia retórica que universaliza las consecuencias de las decisiones legislativas, elevando el debate por encima de consideraciones partidistas o ideológicas para situarlo en el terreno de la responsabilidad estatal con la totalidad de la población.

La senadora Hurtado reforzó esta estrategia mediante la reivindicación del papel técnico de la Comisión Séptima: *"el país merece respuestas cuando se dice que esta comisión no quiere no esta comisión estudia"* (52:00). Esta declaración revela una tensión subyacente en el debate político colombiano contemporáneo: la acusación gubernamental de que el Congreso obstaculiza las reformas por razones políticas, frente a la defensa legislativa de que su función es precisamente el escrutinio técnico riguroso de las propuestas del Ejecutivo.

La formulación de la pregunta central también reveló una sofisticación técnica notable. La senadora no se limitó a preguntar por el costo de la reforma, sino que vinculó ese costo con la sostenibilidad temporal, introduciendo así la dimensión intertemporal que caracteriza el análisis fiscal moderno. Al hacerlo, estaba exigiendo no solo un cálculo estático de costos, sino una proyección dinámica que considerara la evolución de variables demográficas, epidemiológicas y macroeconómicas en el largo plazo.

Esta aproximación encontró eco en otras intervenciones legislativas. La senadora Ana Paola Agudelo complementó esta perspectiva al plantear: *"¿qué medidas tienen pensadas eh proyectar en materia económica para poder calcular realmente los ingresos por cotización y por SOAT porque ya todos bien conocemos acá los problemas que hay con el SOAT pero sobre todo esto teniendo en cuenta el crecimiento de la economía"* (1:02:34). Esta intervención evidencia que los senadores no se limitaban a cuestionar las cifras presentadas, sino que exigían explicaciones sobre las metodologías de proyección utilizadas.

El senador Honorio Henríquez llevó esta aproximación técnica a un nivel más específico, cuestionando la consistencia entre diferentes documentos oficiales: *"¿por qué los valores contemplados como aportes de la nación en el concepto difieren en 3,2 billones de pesos frente a lo aprobado o lo presupuestado por la ADRES"* (1:41:06). Esta pregunta reveló que los senadores no solo habían estudiado los documentos presentados para el debate, sino que habían realizado ejercicios de verificación cruzada entre diferentes fuentes oficiales.

La estrategia legislativa se caracterizó por convertir la pregunta sobre sostenibilidad financiera en un test de credibilidad del Ejecutivo. Como expresó la senadora Hurtado: *"nosotros le estamos diciendo a los colombianos que están allá al otro lado de la pantalla que esta reforma tiene viabilidad financiera casi nada la responsabilidad y por eso era tan importante su presencia porque no lo vamos a decir nosotros doctor lo va a decir usted como ministro de Hacienda"* (38:42). Esta declaración revela la dimensión performativa del control político: no basta con que el gobierno presente datos, sino que debe sustentarlos públicamente ante el escrutinio parlamentario.

2.2 Las Cifras en Disputa: Déficit vs. Superávit - La Batalla de las Proyecciones

El núcleo técnico del debate se concentró en una controversia fundamental sobre las proyecciones financieras de la reforma. Mientras el gobierno presentó proyecciones que mostraban sostenibilidad e incluso superávit en el largo plazo, los senadores identificaron inconsistencias metodológicas que sugerían escenarios de déficit significativo, particularmente en los primeros años de implementación.

Las Proyecciones Gubernamentales: El Optimismo Técnico

El Ministro de Hacienda presentó un panorama financiero optimista, sustentado en proyecciones que mostraban equilibrio fiscal a lo largo de la década. Su presentación incluyó una proyección específica: *"entre el ingreso y el gasto proyectados en el año 2034 hay una diferencia que suma 47,000 2025 a favor del ingreso"* (2:39:04). Esta cifra, expresada en pesos constantes de 2025, sugería no solo sostenibilidad sino generación de excedentes fiscales significativos.

Las proyecciones ministeriales se basaron en una serie de supuestos macroeconómicos que el funcionario defendió como técnicamente rigurosos: *"es*

imposible calcular una senda de 10 años sin supuestos a veces me parece que hay como una especie de crítica a que se hagan supuestos es que es imposible hacerlo sin supuestos" (2:57:15). Esta defensa reveló una tensión metodológica fundamental: mientras el gobierno consideraba razonables sus supuestos de crecimiento económico, inflación y recaudo tributario, los senadores cuestionaban el optimismo de estas proyecciones.

La presentación ministerial incluyó datos específicos sobre el comportamiento histórico del sistema. Según las cifras oficiales, los aportes de la nación al sistema de salud habían crecido de representar un 26.2% de las fuentes en 2018 a un 35.4% en 2025, con un crecimiento real anual del 10% (2:07:55). Estas cifras fueron utilizadas para argumentar que el gobierno había demostrado compromiso fiscal creciente con el sector salud.

Las Objeciones Legislativas: El Escepticismo Técnico

La respuesta legislativa se caracterizó por un cuestionamiento sistemático de la metodología y los supuestos utilizados en las proyecciones gubernamentales. La senadora Norma Hurtado presentó cálculos alternativos basados en versiones anteriores de la reforma: *"ese balance año a año el primer año son menos 2 billones de pesos el segundo -2 - 550 men 1,778 y así sucesivamente señor ministro"* (30:54). Estas cifras, derivadas de la propuesta original de marzo de 2024, sugerían déficits sostenidos que contradeckían las proyecciones optimistas del gobierno.

La senadora argumentó que la diferencia entre las proyecciones se debía a la exclusión sistemática de componentes costosos de la reforma: *"se excluyen algunas cosas señor ministro pero en la respuesta que se nos da empiezan pues claro todos queremos caps en la Colombia profunda tranquilo todos queremos caps en la Colombia profunda pero en la respuesta que nos dan ya esos caps pasan al presupuesto general de la nación"* (32:48). Esta observación reveló una estrategia gubernamental de transferir costos significativos fuera del balance específico de la reforma, lo que alteraba sustancialmente las proyecciones de sostenibilidad.

El senador Honorio Henríquez complementó esta crítica con cuestionamientos específicos sobre las proyecciones de ingresos: *"¿son consistentes las cifras con la caída del recaudo y sobre todo con el marco fiscal de mediano plazo para el 2025"* (1:41:39). Esta pregunta situó las proyecciones de la reforma en el contexto más amplio de las dificultades fiscales del gobierno, evidenciadas en el menor recaudo tributario proyectado para 2025.

El Caso Específico de la Siniestralidad: Metodologías en Conflicto

Una controversia técnica específica emergió alrededor del cálculo de la siniestralidad del sistema. El gobierno utilizó una metodología que arrojaba una siniestralidad del 94.6%, mientras que fuentes independientes sugerían cifras

superiores al 100%. Esta diferencia técnica tenía implicaciones fiscales monumentales.

Paul Díaz, representante de la ANDI, presentó datos alternativos: *"la siniestralidad del sistema es del 105.4% lo que quiere decir 10 puntos por encima del supuesto usado por el Ministerio de Hacienda y por el Ministerio de Salud y eso ¿por qué es tan importante porque cada punto de siniestralidad suma más o menos 900,000 millones de pesos"* (4:13:02). Esta diferencia metodológica implicaba una diferencia fiscal de aproximadamente 9.5 billones de pesos anuales, cifra que alteraba completamente las proyecciones de sostenibilidad.

La senadora Norma Hurtado había anticipado esta controversia presentando datos de siniestralidad superiores al 100%: *"nosotros hemos presentado en esta comisión siniestralidades entregadas por las EPS que superan eh el 100% el 102% el 104 y hasta el 109% sustentadas y firmadas por EPS que están intervenidas por este gobierno"* (41:33). Esta presentación evidenció que la controversia sobre siniestralidad no era un debate académico abstracto, sino una disputa sobre datos con implicaciones fiscales concretas y verificables.

Tabla Comparativa de Proyecciones Financieras 2025-2034

Año	Ingresos Proyectados (Min. Hacienda)	Gastos Proyectados (Min. Hacienda)	Balance Oficial	Observaciones Senado
2025	95.3 billones	95.0 billones	+0.3 billones	Déficit real estimado 5.2 billones
2026	109 billones	106 billones	+3 billones	Exclusión CAPS y formalización
2027	115 billones	112 billones	+3 billones	Fuentes no permanentes
2028	122 billones	118 billones	+4 billones	Supuestos optimistas PIB
2034	176 billones	132 billones	+44 billones	Proyección insostenible

Fuente: Elaboración propia con base en presentaciones ministeriales y observaciones legislativas.

2.3 La Controversia de las Fuentes de Financiación: Entre la Innovación y la Contabilidad Creativa

La disputa sobre las fuentes de financiación de la reforma reveló una de las controversias técnicas más sofisticadas del debate, centrada en la legitimidad de ciertas fuentes de recursos y la posibilidad de que algunos recursos estuvieran siendo contabilizados de manera duplicada. Esta controversia ilustra cómo el control

político contemporáneo requiere de los legisladores una comprensión técnica cada vez más especializada de las finanzas públicas.

La Innovación Fiscal Propuesta: Nuevas Fuentes de Recursos

El gobierno propuso un conjunto de fuentes de financiación innovadoras para sustentar la reforma. El Ministro de Hacienda presentó cuatro categorías principales: los impuestos saludables, el IVA social, el incremento del 1% del PIB en gasto de salud, y recursos provenientes de fondos especiales y excedentes de cuentas maestras.

Los impuestos saludables representaban, según las proyecciones ministeriales, aproximadamente 3 billones de pesos anuales a partir de 2026. El funcionario explicó: *"el gobierno nacional destinará los recursos de impuestos saludables para la financiación de la reforma"* (2:22:19). Esta fuente se consideraba estable y creciente, alineada con tendencias internacionales de fiscalidad en salud pública.

El IVA social constituía otra fuente significativa, con 2.146 billones de pesos proyectados. Sin embargo, surgió una controversia técnica sobre si estos recursos constituían efectivamente recursos "nuevos" para el sistema de salud, dado que ya tenían una destinación específica al sector.

El Cuestionamiento Legislativo: La Tesis de la Doble Contabilización

La senadora Norma Hurtado desarrolló una línea de cuestionamiento sofisticada sobre la legitimidad contable de las fuentes propuestas. Su análisis se centró en lo que denominó "otras fuentes" en las proyecciones ministeriales: *"cuando desde el Ministerio de Hacienda dice otras fuentes son 7,000on 8,000ones 8,000ones 8,000ones hasta llegar a 10"* (37:46). Su tesis era que estos recursos ya estaban contabilizados en otras partidas del presupuesto general de la nación.

La senadora desarrolló su argumento técnico con precisión: *"en esas otras fuentes que en mi en mi análisis he considerado que están doblemente contabilizadas pues es allí donde las fuentes cierran alrededor de 1 un de 101000 billones de pesos 101 billones"* (37:52). Esta observación sugería que las proyecciones gubernamentales inflaban artificialmente los recursos disponibles mediante contabilización duplicada.

El cuestionamiento se extendió a fuentes específicas como el FONSAT y el SOAT: *"usted me dice "Es que eh esos son los aportes de la nación y eso sale de los recursos corrientes de otros ingresos y de fondos especiales pero en el oficio que usted me contesta de aportes de la nación vemos salvo que usted no lo aclare en esta en esta comisión que usted ha tomado o que quien proyectó el oficio ha tomado doble vez los rubros como el fondo de recursos del SOAT"* (37:07). Esta crítica técnica específica evidenció el nivel de detalle del análisis legislativo.

Las Fuentes No Permanentes: El Problema de la Sostenibilidad Temporal

Una controversia adicional emergió alrededor de la naturaleza temporal de ciertas fuentes de financiación. El Ministro de Hacienda reconoció que algunas fuentes tenían carácter temporal: *"recursos del fondo de fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante FOSPEC que aportan 347,625 millones esta destinación solo será por 2 años"* (2:22:43). Esta limitación temporal generó preocupaciones sobre la sostenibilidad de la reforma una vez agotadas estas fuentes.

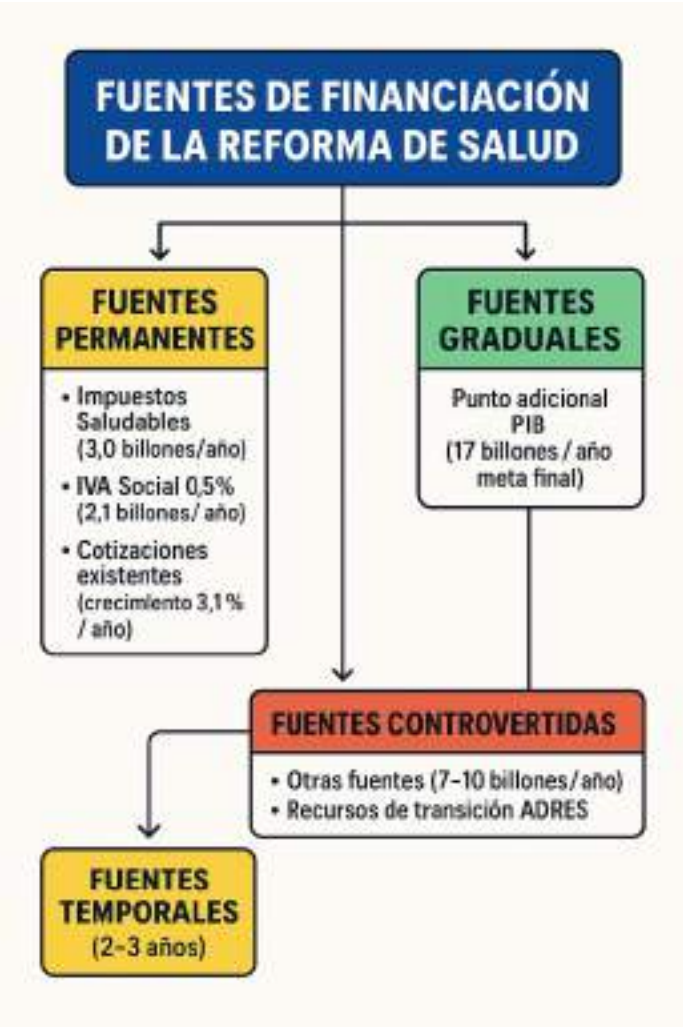
La senadora Hurtado identificó este problema como una limitación estructural de las proyecciones: *"estas nuevas fuentes algunas son por una sola vez por una sola vez por eso es que la ley no se hace cada año la ley se hace cuando se acumula cuando hay cuando existe la posibilidad de de ver cada dos cada 3 años estas cuentas que están congeladas"* (48:58). Su argumento era que presentar recursos ocasionales como fuentes permanentes distorsionaba las proyecciones de sostenibilidad.

Los excedentes de cuentas maestras, por valor de 69.339 millones de pesos, representaban otro ejemplo de fuentes no recurrentes. Como explicó el ministerio: *"al tratarse de saldos y excedentes su uso es de una única vez esto es la utilización de recursos disponibles no utilizados"* (2:23:45). Esta característica no recurrente de recursos significativos generaba dudas sobre la sostenibilidad de la reforma más allá del período de implementación inicial.

El Caso del Punto Adicional del PIB: Ambición vs. Realismo Fiscal

Una propuesta particularmente ambiciosa fue la destinación de un punto adicional del PIB al gasto en salud, equivalente a aproximadamente 17 billones de pesos anuales. El Ministerio presentó una senda de implementación gradual: *"la meta de llegar al 1% es una meta a la cual hay que llegar en el año 2032 eso implica un esfuerzo de aportes de la nación con una senda como la que aquí se presenta proyectada hasta el año 2034"* (2:19:48).

Sin embargo, esta propuesta enfrentó cuestionamientos sobre su viabilidad en el contexto fiscal actual. La senadora Hurtado planteó: *"cuando se está diciendo que con corte abril el recaudo tributario está en 90 billones y que la meta no se va a cumplir cuando la semana pasada en comisión tercera la comparación del plan financiero del 2025 espera un menor recaudo de 21 billones"* (35:36). Esta observación situaba la propuesta del punto adicional del PIB en el contexto de un recaudo tributario decreciente.



La controversia sobre las fuentes de financiación reveló la complejidad técnica del control político contemporáneo, donde los legisladores deben dominar no solo los aspectos políticos de las reformas, sino también sus dimensiones técnicas más especializadas. El debate evidenció que la sostenibilidad financiera de las reformas sociales requiere no solo voluntad política, sino también ingeniería fiscal sofisticada que pueda resistir el escrutinio técnico riguroso del Congreso.

Esta batalla de cifras y proyecciones ilustra una transformación fundamental en la naturaleza del control político en Colombia: de un ejercicio tradicionalmente centrado en consideraciones ideológicas y partidistas, hacia un proceso técnico especializado que exige de los actores políticos competencias cada vez más similares a las de analistas financieros y consultores en políticas públicas.

III. EL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA ACTUAL

3.1 La Crisis Reconocida.

Una característica notable del debate del 27 de mayo de 2025 fue la existencia de un consenso transversal sobre la crisis estructural del sistema de salud colombiano. A pesar de las profundas diferencias sobre las soluciones propuestas coincidieron en reconocer la existencia de fallas sistémicas que justifican una intervención reformista de gran envergadura. Este consenso diagnóstico contrasta significativamente con la polarización evidente en las propuestas de solución, revelando la complejidad técnica y política de las reformas estructurales contemporáneas.

El Reconocimiento Legislativo de la Crisis

El senador Omar Restrepo, desde una posición política alineada con el gobierno, ofreció uno de los diagnósticos más contundentes de la crisis sistémica: *"tenemos un sistema que no funciona y que no garantiza el derecho a la salud"* (1:12:00). Esta declaración, formulada con la contundencia propia del lenguaje político, sintetizaba una evaluación técnica compleja sobre el desempeño del sistema de salud colombiano tras más de tres décadas de funcionamiento bajo el modelo de la Ley 100.

El mismo senador complementó este diagnóstico con una observación sobre la insostenibilidad financiera estructural: *"el sistema con o si reforma va a tener demanda de recursos y cada vez mayores"* (1:14:54). Esta observación reveló una comprensión sofisticada de la dinámica temporal de los sistemas de salud, reconociendo que la presión fiscal sobre el sector es una característica estructural independiente del modelo organizacional adoptado. Esta perspectiva sugería que el debate no debía centrarse en si el sistema requiere más recursos, sino en cómo organizar esos recursos de manera más eficiente y equitativa.

El senador Fabián Díaz profundizó en el diagnóstico estructural identificando las causas históricas de la crisis: *"el sistema nace con unas falencias que hoy en día nos cuestan no miles billones billones es lo que se ha venido perdiendo en el sistema de salud no lo digo yo lo dice la misma Contraloría en razón a todos los hallazgos fiscales que han venido saliendo"* (1:45:42). Esta referencia a los hallazgos de la Contraloría situaba el diagnóstico en evidencia técnica independiente, elevando la discusión por encima de consideraciones puramente políticas.

La Perspectiva Gubernamental: Fallas del Mercado en Salud

El Ministro de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo, ofreció un diagnóstico que combinaba evaluación técnica con crítica ideológica del modelo vigente. Su análisis se centró en lo que consideraba una contradicción fundamental entre la lógica del mercado y la garantía del derecho a la salud: *"cuando la salud se vuelve un negocio*

el negocio no está en la prevención el negocio no está en la promoción de la salud no el negocio está es que la gente se enferme porque ahí está el negocio para poder entonces tener el alto costo" (3:18:54).

Esta perspectiva gubernamental identificaba una falla de mercado específica: los incentivos perversos creados por un sistema donde la rentabilidad de los intermediarios financieros se correlaciona positivamente con la morbilidad de la población. El ministro argumentó que esta estructura de incentivos generaba una orientación sistémica hacia la atención curativa de alta complejidad en detrimento de la prevención y promoción de la salud.

El diagnóstico ministerial también incluyó una dimensión histórica específica, identificando momentos de inflexión que habrían agravado la crisis: *"acto legislativo número uno del 2001 sistema de participaciones vino el drctor Pastrana y le quitó la plata a la salud a la educación al sanamiento básico y el agua potable ¿cuánto le representa eso a los municipios por eso aquí se olvida"* (3:07:00). Esta referencia histórica sugería que la crisis actual no se debe únicamente a fallas del modelo de aseguramiento, sino también a decisiones fiscales que debilitaron la capacidad del Estado para financiar la oferta pública de servicios de salud.

El Consenso sobre la Liquidación de EPS: Un Indicador Sistémico

Un punto de convergencia diagnóstica particularmente significativo emergió alrededor de las cifras de liquidación de EPS. El senador Ferney Silva presentó datos que evidenciaban la inestabilidad estructural del modelo de aseguramiento: *"de 156 me corrigen el número EPS del año 94 han sido liquidadas 130 130 es decir casi el 80%"* (1:54:16). Estas cifras, que no fueron controvertidas por el gobierno, revelaban una tasa de mortalidad institucional incompatible con la estabilidad requerida para la prestación de servicios sociales esenciales.

La liquidación del 80% de las EPS desde la implementación de la Ley 100 constituyó un indicador técnico objetivo de las fallas sistémicas. Como interpretó el senador Silva: *"es decir que el sistema vuelve a enviar un mensaje que el sistema viene fallando y tiene inconvenientes no solamente ahora eh sino durante desde su creación"* (1:54:36). Esta interpretación sugería que las fallas no eran coyunturales sino estructurales, inherentes al diseño institucional del sistema.

La Convergencia sobre Indicadores de Desempeño

El debate reveló una convergencia notable en la identificación de indicadores específicos de mal desempeño sistémico. Se reconoció el crecimiento exponencial de las tutelas en salud como evidencia de fallas en el acceso a los servicios. El senador Ferney Silva observó: *"¿cuántas vidas se han salvado por las tutelas por*

las decisiones judiciales que no obedecen al comportamiento ni el proceso del sistema de salud sino a la salvaguarda que la justicia imparte en en aras de proteger la vida" (1:53:10).

Esta observación reveló una paradoja sistémica: el sistema judicial había asumido funciones de gestión sanitaria que, en principio, correspondían a las instituciones del sistema de salud. El crecimiento de las tutelas no solo evidenciaba fallas de acceso, sino también la transferencia de costos de transacción del sistema de salud hacia el sistema judicial, generando ineficiencias adicionales.

La convergencia diagnóstica también incluyó el reconocimiento de problemas específicos de oportunidad y calidad en la atención. Victoria Eugenia Soto, directora del Centro de Estudios de Protección Social, presentó evidencia sobre el deterioro de indicadores específicos: *"encontramos que las las solicitudes por diabetes eh melitos para los insulodependientes es decir aquellos que necesitan ese medicamento ha venido aumentando significativa en el último tiempo"* (4:07:48). Esta evidencia técnica específica ilustraba cómo las fallas sistémicas se manifestaban en la vida cotidiana de pacientes con enfermedades crónicas.

3.2 Los Datos Duros: Deuda, Siniestralidad y Gasto de Bolsillo

El diagnóstico técnico del sistema de salud colombiano se sustentó en tres categorías principales de indicadores cuantitativos: la deuda acumulada del sistema, los niveles de siniestralidad de las aseguradoras, y la evolución del gasto de bolsillo de los hogares. Estos indicadores, presentados y debatidos por diversos actores durante la sesión, proporcionaron evidencia empírica de las dimensiones específicas de la crisis sistémica.

La Deuda Sistémica: Magnitudes y Tendencias

La senadora Norma Hurtado presentó cifras específicas sobre el déficit acumulado del sistema: *"resulta que estamos hablando de que en el año 2024 cerramos con un desfase de 2.8 billones de pesos"* (22:45). Esta cifra, referente específicamente al déficit del año 2024, se contextualiza en un patrón histórico de desfinanciación creciente que había alcanzado, según diversas fuentes, magnitudes cercanas a los 30 billones de pesos acumulados.

El Ministro de Hacienda reconoció la existencia de deudas heredadas significativas: *"tenemos que hay un conjunto de deudas pendientes principalmente ajuste a presupuestos máximos del año 2021 por 964000 millones de pesos"* (2:16:12). Su presentación detalló un conjunto de pasivos específicos que totalizaban 2.627 millones de pesos, incluyendo ajustes a presupuestos máximos de 2021 y 2022, atención a migrantes no asegurados, y gastos de la pandemia.

La dimensión de la deuda adquirió mayor significado cuando se contextualizó en términos de flujo de caja del sistema. La senadora Lorena Ríos presentó indicadores específicos: *"la cartera vencida ya alcanza el 85.5% y el 93.3% de estas deudas superan los 180 días y eso significa significa que la mayoría de las IPSs están prácticamente recibiendo promesas en vez de pagos"* (56:21). Estos indicadores revelaban que la crisis de deuda no era solo un problema contable, sino una limitación operativa real que afectaba la capacidad de los prestadores para mantener sus servicios.

La Controversia de la Siniestralidad: Metodologías en Conflicto

La siniestralidad del sistema emergió como uno de los indicadores más controvertidos del debate, evidenciando no solo diferencias en los datos sino también en las metodologías de cálculo utilizadas por diferentes actores. Esta controversia ilustró la complejidad técnica del análisis de sistemas de salud y las implicaciones políticas de las diferencias metodológicas.

El gobierno utilizó una metodología que arrojaba una siniestralidad del 94.6%, que el Ministro de Hacienda defendió como técnicamente rigurosa: *"la siniestralidad bajo esa premisa nos llegaron escritos que hablan del 94% y nosotros hemos presentado en esta comisión siniestralidades entregadas por las EPS que superan eh el 100% el 102% el 104 y hasta el 109%"* (41:16). Sin embargo, esta cifra fue controvertida tanto por los senadores como por representantes del sector privado.

Paul Díaz, representante de la ANDI, presentó una metodología alternativa con resultados significativamente diferentes: *"la siniestralidad del sistema es del 105.4% lo que quiere decir 10 puntos por encima del supuesto usado por el Ministerio de Hacienda y por el Ministerio de Salud y eso ¿por qué es tan importante porque cada punto de siniestralidad suma más o menos 900,000 millones de pesos"* (4:13:02). Esta diferencia metodológica implicaba una diferencia fiscal de aproximadamente 9.5 billones de pesos anuales, evidenciando cómo las diferencias técnicas aparentemente menores pueden tener implicaciones fiscales monumentales.

La controversia sobre siniestralidad reveló también la politización de los datos técnicos. La senadora Norma Hurtado había presentado previamente cifras específicas: *"nosotros hemos presentado en esta comisión siniestralidades entregadas por las EPS que superan eh el 100% el 102% el 104 y hasta el 109% sustentadas y firmadas por EPS que están intervenidas por este gobierno"* (41:33). Esta referencia a EPS intervenidas por el propio gobierno sugería que las cifras de alta siniestralidad no provenían de fuentes opositoras, sino de entidades bajo control gubernamental.

El Gasto de Bolsillo: Evolución y Tendencias Recientes

El gasto de bolsillo de los hogares constituyó otro indicador central del diagnóstico, con interpretaciones contrastantes sobre su evolución reciente. La senadora Norma Hurtado identificó un deterioro reciente: *"los colombianos hoy han aumentado su gasto de bolsillo y no hay por qué disgustarse porque lo digamos desde esta comisión claro el gasto de bolsillo ha aumentado en en cerca de enerca de de 5 pun un un puntos porcentuales"* (25:47). Esta observación sugería un retroceso en la protección financiera de los hogares durante el período reciente.

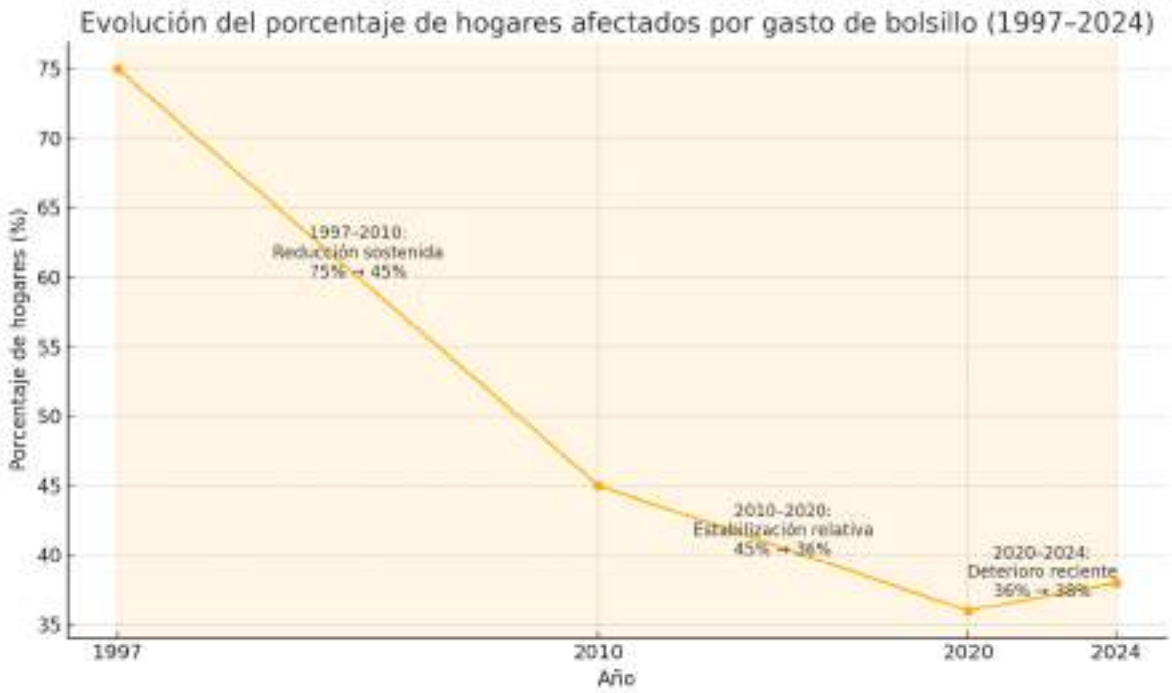
Sin embargo, Victoria Eugenia Soto, del Centro de Estudios de Protección Social, presentó una perspectiva histórica más matizada: *"¿cuál era la proporción de hogares que reportaban gasto de bolsillo en el año 97 el 75% de los hogares de acuerdo a la encuesta de calidad de vida reportaban tener un gasto de bolsillo superior a cero esto ha venido bajando a 36% en el 2023"* (4:05:42). Esta perspectiva de largo plazo sugería una tendencia histórica positiva en la protección financiera, aunque con deterioro reciente.

La especialista también presentó datos sobre gasto catastrófico y empobrecedor: *"desde el 97 estábamos aproximadamente este gasto era el 10% de los hogares bajó a menos del 2% en el 2023 y en el gasto empobrecedor encontramos más o menos la misma tendencia"* (4:06:39). Estos indicadores específicos de protección financiera mostraban mejoras históricas significativas, aunque con señales de deterioro reciente que coincidían con las observaciones legislativas.

Cuadro de Indicadores: Principales Métricas del Sistema de Salud

Indicador	Valor Actual	Tendencia	Fuente
Déficit anual 2024	2.8 billones	Creciente	Sen. Hurtado
Deuda acumulada	~30 billones	Creciente	Estimaciones legislativas
Cartera vencida IPSs	85.5%	Creciente	Sen. Ríos
Siniestralidad (oficial)	94.6%	Estable	Min. Hacienda
Siniestralidad (ANDI)	105.4%	Creciente	Paul Díaz
Gasto bolsillo hogares	36% hogares	Deterioro reciente	PROESA
EPS liquidadas	130/156 (83%)	Histórica	Sen. Silva
Tutelas en salud	+63% gobierno actual	Creciente	Sen. Henríquez

Gráfica de Evolución: Gasto de Bolsillo 1997-2024



Esta evolución sugiere que las mejoras en protección financiera se concentraron en las primeras décadas del sistema, con estancamiento y deterioro reciente que coinciden con las crisis fiscales identificadas por los legisladores.

3.3 El Caso Emblemático: Nueva EPS

El caso de Nueva EPS emergió durante el debate como una ilustración paradigmática de las fallas sistémicas del modelo de aseguramiento colombiano. Con 11 millones de afiliados y un déficit estimado superior a los 8 billones de pesos, Nueva EPS representaba no solo una crisis institucional específica, sino un síntoma de problemas estructurales más amplios que afectaban la sostenibilidad del sistema en su conjunto.

La Dimensión Cuantitativa de la Crisis

La senadora Norma Hurtado situó el caso de Nueva EPS en el contexto más amplio del déficit sistémico: *"resulta que estamos hablando de que en el año 2024 cerramos con un desfase de 2.8 billones de pesos"* (22:45). Aunque esta cifra se refería al déficit general del sistema, el caso de Nueva EPS representaba una proporción significativa de este desbalance, evidenciando cómo las crisis institucionales específicas contribuían al deterioro fiscal general.

La magnitud específica del problema de Nueva EPS fue dimensionada por el Ministro de Salud: *"resulta que el señor Enrique Vargas que estaba perfectamente la nueva EPS y ahora parece que ya las sumas ya reportadas pueden superar los 8 billones de pesos"* (3:26:20). Esta cifra, equivalente a aproximadamente el 8% del presupuesto total del sector salud, ilustraba cómo las fallas de gobernanza en una sola institución podían comprometer la estabilidad financiera de todo el sistema.

La Controversia sobre Responsabilidades

El caso de Nueva EPS generó una controversia específica sobre la distribución de responsabilidades entre el sector público y privado en su resolución. El Ministro de Hacienda adoptó una posición cautelosa: *"todos los actores comprometidos en la administración de la nueva EPS deben participar en la solución del problema esto no es simplemente decirle al gobierno asuma todo este pasivo que estaba escondido en la nueva EPS"* (2:54:38). Esta posición gubernamental reflejaba una preocupación por evitar que el Estado asumiera la totalidad de los costos de una crisis generada bajo gestión mixta público-privada.

Sin embargo, la senadora Norma Hurtado argumentó que la Nueva EPS era parte integral de la reforma propuesta, no un problema externo a ella: *"la nueva EPS sí hace parte de esta reforma no más no más tiene cerca de 11,000ones de afiliados del sistema de salud que está siendo reformado a través de la reforma a la salud señor ministro imposible no tenerlo en cuenta"* (2:46:42). Esta perspectiva legislativa planteaba que cualquier reforma integral del sistema debía incluir una solución para los pasivos de Nueva EPS, dado que sus afiliados serían beneficiarios del nuevo modelo.

Las Implicaciones para la Gobernanza del Sistema

El caso de Nueva EPS ilustró problemas más amplios de gobernanza y supervisión en el sistema de salud. El Ministro de Salud reveló deficiencias graves en la información financiera disponible: *"la nueva EPS no cuenta con estados financieros certificados y o aprobados de los años 2023 y 2024 que permitan establecer de manera oficial sus pasivos"* (2:29:11). Esta ausencia de información financiera básica evidenciaba fallas de supervisión que se extendían más allá de Nueva EPS hacia el conjunto del sistema de aseguramiento.

La responsabilidad de los órganos de control también fue cuestionada. El Ministro de Salud señaló: *"usted fue miembro de la de la junta directiva de la Nueva EPS y nunca advirtió lo que pasaba en la Nueva EPS y hoy la Nueva EPS tiene un desfalco que supera los 8 millones… 8 billones de pesos y usted estuvo todo el tiempo ahí representando al Ministerio de Hacienda"* (5:05:18). Esta acusación directa a Paul Díaz, representante de la ANDI y ex miembro de junta directiva, ilustraba cómo las

crisis institucionales específicas reflejaban fallas más amplias en los mecanismos de control y supervisión.

La Nueva EPS como Síntoma Sistémico

El análisis del caso de Nueva EPS reveló patrones de comportamiento que se replicaban en otras instituciones del sistema. El Ministro de Salud identificó inconsistencias sistemáticas en el reporte de información: *"tenemos que mirar porque aquí qué sucedió para el estudio de la UPC estuvimos 17 reuniones que una cosa era lo que le reportaban a a a la a la Superintendencia una cosa lo que nos reportaron en la mesa y otra cosa lo que le reportaban al ministerio y aladres"* (3:35:21). Esta fragmentación de la información sugería que los problemas de Nueva EPS reflejaban debilidades más amplias en los sistemas de información y control del sector.

La evolución financiera específica de Nueva EPS también ilustraba patrones preocupantes: *"no puede haber una EPS como la EPS nueva EPS que del en el 2022 tuvo gastos por 14 billones de pesos y en el 2023 presentó gastos por 24 billones de pesos el 78% de aumento"* (3:35:33). Este crecimiento exponencial del gasto, incompatible con cualquier variación demográfica o epidemiológica razonable, sugería problemas de gestión que se extendían más allá de Nueva EPS hacia patrones sistémicos de ineficiencia.

Las Implicaciones para la Reforma Propuesta

El caso de Nueva EPS planteó interrogantes específicos sobre la capacidad del Estado para asumir las funciones de gestión del riesgo financiero que la reforma le asignaba. Si el Estado no había sido capaz de supervisar efectivamente una sola EPS con participación pública mayoritaria, surgían dudas legítimas sobre su capacidad para gestionar el riesgo financiero de todo el sistema a través de la ADRES.

Esta preocupación fue articulada explícitamente por varios participantes en el debate. Los expertos externos, en particular, señalaron la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales antes de proceder con la transferencia de funciones: *"estructuralmente es necesario eh que se hagan unas adecuaciones unas adaptaciones eso tiene unos costos y unos impactos y esto es eh necesario robustecer"* (Santiago Marroquín, AMCHAM, 4:24:04).

El caso de Nueva EPS, por tanto, funcionó durante el debate como una prueba de estrés para las propuestas de reforma. Las crisis institucionales específicas proporcionaron evidencia empírica sobre las capacidades reales del Estado para

gestionar las funciones que la reforma le asignaba, generando dudas legítimas sobre la viabilidad operativa de las transformaciones propuestas.

En síntesis, el diagnóstico del sistema actual reveló un consenso transversal sobre la existencia de una crisis sistémica, sustentada en evidencia empírica robusta sobre indicadores de desempeño financiero, operativo y de protección social. Sin embargo, este consenso diagnóstico no se tradujo en convergencia sobre las soluciones propuestas, evidenciando la complejidad política y técnica de las reformas estructurales en sistemas sociales complejos. El caso de Nueva EPS ilustró cómo las crisis institucionales específicas pueden funcionar como síntomas de problemas estructurales más amplios, planteando interrogantes sobre la capacidad institucional requerida para implementar transformaciones de gran envergadura en el sector salud.

IV. LA RESPUESTA DEL EJECUTIVO

4.1 La Exposición del Ministro de Hacienda: Datos y Proyecciones

Su presentación, estructurada en 15 diapositivas con datos macroeconómicos específicos, representó un ejercicio de legitimación técnica que buscaba transformar el debate político en una demostración de viabilidad fiscal.

La Contextualización Macroeconómica: Colombia en Perspectiva Internacional

El ministro inició su argumentación situando el gasto en salud colombiano en el contexto internacional, una estrategia que buscaba legitimizar tanto el diagnóstico de la crisis como la magnitud de la inversión requerida para su solución. Su presentación incluyó una comparación específica con los países de la OCDE: *"nosotros estamos en un promedio de un 8.1% del producto interno bruto mientras el promedio de la OCDE es de el 8.8%"* (2:10:06). Esta comparación sugería que Colombia no estaba significativamente rezagada en términos de esfuerzo fiscal relativo, pero que existía margen para incrementos adicionales dentro de estándares internacionales.

La comparación internacional adquirió mayor sofisticación cuando el ministro desagregó los datos por países específicos: *"se destacan dentro de estas eh participaciones países como Alemania que tiene un 12.6% Japón un 11.5% los Estados Unidos un 16.6% sobre todo por toda la inversión del en la en el aseguramiento privado eh Noruega tiene un 7.9% 9% México un 5.4% del producto interno bruto China un 5.6%"* (2:10:23). Esta desagregación evidenció que el gasto colombiano se situaba dentro del rango de países de desarrollo medio, pero por

debajo de economías desarrolladas, sugiriendo espacio fiscal para incrementos sin comprometer la sostenibilidad macroeconómica.

La Arquitectura Financiera Actual: Fuentes y Usos

El ministro presentó un análisis detallado de la estructura financiera actual del sistema, identificando tanto las fuentes de recursos como su distribución por usos específicos. Su diagnóstico reveló una dependencia creciente de aportes estatales: *"el aportinación representa un 2% del producto interno bruto el sistema general de participaciones eh con aportes territoriales genera un 1% del producto interno bruto"* (2:09:04). Esta estructura implicaba que aproximadamente el 60% de los recursos del sistema provenían de fuentes fiscales, evidenciando el carácter predominantemente público del financiamiento a pesar del modelo mixto de prestación.

La evolución histórica de esta estructura reveló tendencias preocupantes que justificaban la intervención reformista. El ministro documentó un crecimiento exponencial de los aportes de la nación: *"cabe destacar que eh los aportes de nación pasan de representar un 26.2% 2% a representar un 35.4% de las fuentes de en conjunto del sistema"* (2:08:09). Este crecimiento, equivalente a un incremento de 2.8 veces entre 2018 y 2025, evidenciaba una tendencia insostenible de crecimiento del gasto fiscal en salud que requería una reorientación estructural.

Las Proyecciones de Sostenibilidad: La Senda Fiscal 2025-2034

La pieza central de la argumentación ministerial fue la presentación de proyecciones financieras que mostraban sostenibilidad fiscal en el largo plazo. El ministro presentó un escenario base que proyectaba equilibrio fiscal: *"entre el ingreso y el gasto proyectados en el año 2034 hay una diferencia que suma 47,000 2025 a favor del ingreso"* (2:39:04). Esta proyección, expresada en pesos constantes de 2025, sugería no solo sostenibilidad sino generación de excedentes significativos que podrían utilizarse para el fortalecimiento adicional del sistema.

Las proyecciones ministeriales se basaron en una senda de crecimiento diferenciado de los componentes del gasto. El funcionario explicó: *"atención primaria crece 2.1 veces mientras que mediana y alta complejidad crece 1.4 veces que este debe ser el impacto razonable que produzca una atención eh primaria adecuada y preventiva"* (2:35:08). Esta diferenciación reflejaba la lógica epidemiológica de la reforma: el fortalecimiento de la atención primaria debía generar eficiencias que moderaran el crecimiento del gasto en alta complejidad.

La Innovación en Fuentes de Financiación

El ministro presentó un conjunto de fuentes innovadoras de financiación que sustentarían la expansión del sistema sin comprometer la sostenibilidad fiscal general. Estas fuentes incluían los impuestos saludables, una proporción específica del IVA social, y la meta de destinar un punto adicional del PIB al gasto en salud. Su explicación de los impuestos saludables fue específica: *"el gobierno nacional destinará los recursos de impuestos saludables para la financiación de la reforma"* (2:22:19), proyectando recursos por aproximadamente 3 billones de pesos anuales a partir de 2026.

La propuesta del punto adicional del PIB representó la innovación fiscal más ambiciosa de la presentación ministerial. El funcionario explicó la implementación gradual: *"la meta de llegar al 1% es una meta a la cual hay que llegar en el año 2032 eso implica un esfuerzo de aportes de la nación con una senda como la que aquí se presenta proyectada hasta el año 2034"* (2:19:48). Esta meta implicaba recursos adicionales por aproximadamente 17 billones de pesos anuales una vez alcanzada la implementación completa.

Tabla Detallada de Fuentes de Financiación Propuestas 2025-2034

Fuente de Financiación	**2025**	**2026**	**2027**	**2030**	**2032**	**2034**	**Naturaleza**
Fuentes Tradicionales							
Cotizaciones	45.2	46.6	48.1	52.4	55.8	59.7	Permanente
Aportes Nación	36.1	38.2	41.3	48.7	55.2	62.8	Creciente
SGP Territoriales	24.8	25.9	27.1	30.2	32.7	35.6	Estable
Fuentes Nuevas							
Impuestos Saludables	0.0	3.0	3.2	3.8	4.2	4.6	Permanente
IVA Social (0.5%)	2.1	2.2	2.4	2.8	3.1	3.4	Permanente
Punto PIB (gradual)	0.0	2.0	5.5	12.0	17.0	17.0	Permanente
Fuentes Temporales							
FOSPEC	0.35	0.35	0.0	0.0	0.0	0.0	Temporal
Excedentes Cuentas	0.69	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Una vez
Total Ingresos	**108.5**	**118.3**	**127.6**	**149.9**	**167.8**	**182.1**	
Gastos Proyectados	**108.2**	**115.1**	**124.2**	**143.6**	**159.2**	**175.3**	
Balance Fiscal	**+0.3**	**+3.2**	**+3.4**	**+6.3**	**+8.6**	**+6.8**	

Cifras en billones de pesos corrientes. Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público, presentación mayo 27, 2025.

La Gestión de la Deuda Heredada

Un componente significativo de la presentación ministerial se centró en la caracterización y el manejo de los pasivos heredados del sistema actual. El ministro documentó específicamente estos pasivos: *"tenemos que hay un conjunto de deudas pendientes principalmente ajuste a presupuestos máximos del año 2021 por 964,000 millones de pesos"* (2:16:12). Su presentación detalló pasivos por 2.627 millones de pesos, incluyendo ajustes de presupuestos máximos, atención a migrantes, y gastos de pandemia.

La estrategia gubernamental para el manejo de estos pasivos incluyó medidas específicas ya implementadas: *"el gobierno nacional agilizó la implementación del artículo 153 del Plan Nacional de Desarrollo con una adición de 1,321,000 millones con cargo a servicio de la deuda"* (2:18:06). Esta estrategia evidenció que el gobierno había asumido activamente la responsabilidad fiscal de sanear los pasivos heredados, fortaleciendo el argumento sobre su compromiso con la sostenibilidad del sistema.

Gráfico Sectorial: Distribución del Gasto en Salud por Componente

La distribución proyectada del gasto para 2034 mostraba la reorientación hacia atención primaria:

Esta redistribución reflejaba la lógica epidemiológica de la reforma: el fortalecimiento de la atención primaria debía generar eficiencias que moderaran el crecimiento relativo del gasto en alta complejidad, aunque en términos absolutos todos los componentes crecerían debido a la expansión general del sistema.

4.2 La Posición del Ministro de Salud.

La intervención del Ministro de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo, complementó la argumentación de Hacienda con una justificación médica y social de la reforma. Su estrategia discursiva combinó evidencia epidemiológica internacional, crítica del modelo actual, y defensa de la atención primaria como paradigma organizador del sistema de salud.

La Evidencia Internacional: Lecciones de la Pandemia

El ministro sustentó su defensa de la atención primaria en evidencia internacional específica, utilizando la pandemia de COVID-19 como experimento natural que había demostrado la superioridad de los modelos preventivos: *"todos los países del mundo que tuvieron un fuerte modelo de atención primaria de prevención promoción y atención primaria lograron salir avante muy bien en materia de la pandemia"* (3:19:19). Esta argumentación convertía la propuesta de reforma en una aplicación de lecciones aprendidas globalmente, elevando el debate por encima de consideraciones ideológicas hacia evidencia empírica internacional.

La referencia a la pandemia también permitió al ministro articular una crítica específica del modelo colombiano actual: la orientación hacia la atención curativa de alta complejidad había dejado al país mal preparado para enfrentar desafíos de salud pública que requerían capacidades preventivas y de atención primaria robustas. Esta crítica implicaba que la reforma no solo era deseable sino necesaria para preparar al país para futuros desafíos sanitarios.

La Crítica del Modelo

El núcleo ideológico de la argumentación ministerial se centró en una crítica sistemática de la aplicación de lógicas de mercado a la prestación de servicios de salud. Su formulación fue contundente: *"cuando la salud se vuelve un negocio el negocio no está en la prevención el negocio no está en la promoción de la salud no el negocio está es que la gente se enferme porque ahí está el negocio para poder entonces tener el alto costo"* (3:18:54). Esta crítica identificaba una falla de mercado específica: la rentabilidad de los intermediarios financieros se correlacionaba positivamente con la morbilidad de la población, creando incentivos perversos que distorsionaban las prioridades del sistema.

La crítica ministerial se extendió a aspectos específicos del funcionamiento del mercado de aseguradoras. El ministro documentó comportamientos específicos:*"están quebrando a muchas clínicas para después comprarlas a través de interpuesta persona hay una cosa perversa en este momento"* (3:34:00). Esta observación sugería que el modelo de mercado no solo era ineficiente sino que generaba comportamientos predatorios que concentraban el poder de mercado y deterioraban la calidad de la atención.

La Justificación Epidemiológica: Eficiencia vs. Rentabilidad

El ministro presentó argumentos epidemiológicos específicos sobre la superioridad de la atención primaria en términos de costo-efectividad. Su argumentación se basó en evidencia sobre la composición de la demanda de servicios: *"el Banco*

Interamericano de Desarrollo demostró que las urgencias son en este país el doble de los de los demás países el doble porque no hay atención primaria ¿no es cierto que el 20% de las hospitalizaciones se podían haber atendido en esos hospitalitos" (3:32:14). Esta evidencia sugería que el sistema actual generaba ineficiencias significativas por la ausencia de filtros apropiados de atención primaria.

La argumentación epidemiológica también incluyó proyecciones sobre los efectos de la reforma en la distribución del gasto: *"progresivamente se van a incorporar los servicios que hoy se califican como de mediana complejidad porque antes los médicos podíamos hacer todo ahora se le niega la posibilidad de hacer todo"* (3:32:50). Esta observación sugería que la reforma no solo reorganizaría el financiamiento sino que redistribuiría capacidades técnicas hacia el primer nivel de atención, generando eficiencias sistémicas.

La Dimensión Histórica: Crítica de las Reformas Neoliberales

Un componente significativo de la argumentación ministerial incluyó una reinterpretación histórica de las reformas que habían debilitado la capacidad estatal en salud. El ministro identificó momentos específicos de inflexión: *"acto legislativo número uno del 2001 sistema de participaciones vino el drctor Pastrana y le quitó la plata a la salud a la educación al sanamiento básico y el agua potable"* (3:07:00). Esta interpretación histórica situaba la crisis actual como resultado de decisiones políticas específicas que habían debilitado la capacidad del Estado para garantizar servicios sociales universales.

La crítica histórica se extendió al gobierno de Álvaro Uribe: *"el acto legislativo 04 del 2007 ley 1176 del 2007 en donde el doctor Uribe decidió que se continuara por 5 años ya no por 5 años sino que se continuara entonces eso implica sí necesariamente que se le quitó 624 billones de pesos en salud educación"* (4:55:40). Esta argumentación cuantificaba el impacto fiscal de las reformas neoliberales, sugiriendo que la crisis actual requería una reversión de las políticas que habían debilitado el financiamiento público de la salud.

La Defensa de la Gestión Actual: Logros y Desafíos

El ministro también dedicó tiempo significativo a defender la gestión del gobierno actual frente a las críticas legislativas. Su defensa incluyó datos específicos sobre incrementos presupuestales: *"este gobierno ha hecho el aporte 29% de aumento en el 2023 17 18% de aumento en el 2024 no se le puede decir que no haya hecho un esfuerzo"* (3:06:17). Estas cifras evidenciaban el compromiso fiscal del gobierno con el sector salud, fortaleciendo el argumento de que la reforma se proponía desde una posición de responsabilidad fiscal demostrada.

La defensa gubernamental también incluyó reconocimiento de los desafíos enfrentados, particularmente en el manejo de crisis institucionales como Nueva EPS: *"todas las EPS firmaron la transformación inclusive la doctora Vesga firmó la transformación 12 artículos se consensuaron con ellos para que quedaran ahí ahora nos cambian las las reglas del fuego"* (3:36:17). Esta observación sugería que las dificultades de implementación no se debían a fallas del diseño gubernamental sino a cambios de posición de actores privados que inicialmente habían apoyado la transformación.

El Sistema Integrado

El ministro articuló una visión específica del sistema resultante de la reforma, enfatizando la integración de niveles de atención y la eliminación de barreras administrativas: *"nosotros hemos dicho "Afíliese a un CAP afíliese a un hospital ¿cuál es ¿a usted dónde quiere ir nadie lo está forzando que ha ninguna parte para que ese ese centro primario le atienda la mayoría de sus problemas"* (3:29:57). Esta visión enfatizaba la libertad de elección del usuario dentro de un sistema integrado que garantizaba continuidad de la atención.

La visión ministerial también incluyó la formalización del talento humano como componente esencial: *"sí vamos a formalizar sí van a formalizarse inclusive los equipos básicos porque la ley 1438 que es lo que estamos poniendo en vigencia la estatutaria todos hablan de que tiene que haber equipos extramurales"* (3:31:17). Esta formalización no solo respondía a demandas laborales sino que constituía un componente técnico esencial para el funcionamiento efectivo de la atención primaria.

4.3 Los Supuestos Económicos en Cuestión

La solidez de las proyecciones gubernamentales dependía fundamentalmente de los supuestos macroeconómicos utilizados en los modelos de proyección fiscal. Estos supuestos, que abarcaban desde tasas de crecimiento del PIB hasta comportamientos demográficos y epidemiológicos, constituyeron uno de los aspectos más controvertidos del debate, evidenciando cómo las diferencias técnicas aparentemente menores pueden tener implicaciones políticas monumentales en el análisis de reformas estructurales.

La Defensa Metodológica

El Ministro de Hacienda adoptó una estrategia defensiva frente a las críticas sobre el optimismo de sus supuestos, argumentando la inevitabilidad metodológica de las proyecciones: *"es imposible calcular una senda de 10 años sin supuestos a veces me parece que hay como una especie de crítica a que se hagan supuestos es que*

es imposible hacerlo sin supuestos" (2:57:15). Esta defensa metodológica buscaba desplazar el debate desde la legitimidad de hacer supuestos hacia la razonabilidad de los supuestos específicos utilizados.

El ministro complementó esta defensa con una reivindicación de los estándares técnicos utilizados: *"hay que tener supuestos de crecimiento del producto interno bruto hay que tener supuestos de crecimiento de fiscal tributario eh crecimiento de la inflación crecimiento eh de las tasas de desempleo impactos sobre el crecimiento económico"* (2:57:30). Esta enumeración detallada evidenciaba la complejidad técnica de las proyecciones y la necesidad de adoptar posiciones específicas sobre múltiples variables económicas interrelacionadas.

Los Supuestos de Crecimiento

Una controversia específica emergió alrededor de los supuestos de crecimiento económico utilizados en las proyecciones. Aunque el ministro no detalló públicamente las tasas específicas utilizadas, las preguntas legislativas sugirieron que las proyecciones se basaban en supuestos de crecimiento superiores al desempeño histórico reciente de la economía colombiana. Esta discrepancia generó dudas sobre la robustez de las proyecciones fiscales de largo plazo.

La senadora Ana Paola Agudelo planteó cuestionamientos específicos sobre la consistencia de los supuestos con tendencias observadas: *"¿qué medidas tienen pensadas eh proyectar en materia económica para poder calcular realmente los ingresos por cotización y por SOAT porque ya todos bien conocemos acá los problemas que hay con el SOAT pero sobre todo esto teniendo en cuenta el crecimiento de la economía"* (1:02:34). Esta pregunta evidenciaba que los legisladores habían identificado inconsistencias entre las proyecciones de ingresos y el desempeño económico observado.

Los Supuestos Demográficos y Epidemiológicos

Un aspecto particularmente controvertido de los supuestos gubernamentales se relacionaba con las proyecciones demográficas y epidemiológicas que sustentaban las estimaciones de demanda de servicios. El gobierno había incorporado el envejecimiento poblacional como variable que incrementaría la demanda, pero los expertos externos cuestionaron si estas proyecciones capturaban adecuadamente la complejidad de las transiciones epidemiológicas en curso.

Fabián Cardona, director de SEPES, presentó evidencia específica sobre el crecimiento exponencial de enfermedades crónicas: *"si teníamos 100 pacientes con enfermedad renal crónica en el 2008 7 años después teníamos 200 10 años después teníamos 400 y en los próximos 13 años vamos a tener 800"* (4:16:41).

Esta evidencia sugería que los supuestos gubernamentales sobre crecimiento del gasto en salud podrían estar subestimando la presión demográfica real sobre el sistema.

Los Supuestos sobre Eficiencia de la Atención Primaria

Las proyecciones gubernamentales se basaban fundamentalmente en supuestos sobre los efectos de eficiencia que generaría el fortalecimiento de la atención primaria. Estos supuestos proyectaban que el crecimiento de la atención primaria moderaría el crecimiento de la demanda por servicios de alta complejidad, generando eficiencias sistémicas que justificarían la inversión adicional.

Sin embargo, estos supuestos enfrentaron cuestionamientos técnicos específicos. Paul Díaz, de la ANDI, argumentó: *"el problema es que la evidencia empírica dice que no es cierto dice que esos ahorros no se van a dar y al revés lo que uno puede pensar ahí sí es que la reforma no tiene ni mecanismos de racionalización del gasto"* (4:14:06). Esta crítica sugería que las proyecciones gubernamentales se basaban en supuestos teóricos sobre eficiencia que no necesariamente se materializarían en la práctica.

Cuadro de Supuestos: Variables Macroeconómicas en las Proyecciones

Variable	Supuesto Implícito	Tendencia Histórica	Observación Crítica
Crecimiento PIB	3.5-4.0% anual	2.8% promedio 2015-2024	Optimismo relativo
Inflación	3.0% anual	Volatilidad 2020-2024	Estabilización asumida
Recaudo tributario	Crecimiento sostenido	Caída proyectada 2025	Inconsistencia temporal
Formalización laboral	Incremento gradual	Estancamiento histórico	Supuesto optimista
Siniestralidad	94.6% estable	105%+ observado	Subestimación significativa
Demografía	Envejecimiento lineal	Transición acelerada	Complejidad subestimada
Eficiencia APS	Ahorros automáticos	Evidencia mixta internacional	Supuesto no demostrado

La Controversia sobre el Recaudo Tributario

Una inconsistencia específica identificada por los legisladores se relacionaba con las proyecciones de recaudo tributario que sustentaban las fuentes de financiación

de la reforma. La senadora Norma Hurtado documentó esta inconsistencia: *"cuando se está diciendo que con corte abril el recaudo tributario está en 90 billones y que la meta no se va a cumplir cuando la semana pasada en comisión tercera la comparación del plan financiero del 2025 espera un menor recaudo de 21 billones"* (35:36).

Esta observación evidenciaba una contradicción fundamental: mientras las proyecciones de la reforma asumían crecimiento sostenido del recaudo tributario, las proyecciones fiscales generales del gobierno reconocían caídas significativas en el recaudo. Esta inconsistencia planteaba dudas sobre la coherencia interna de las proyecciones fiscales gubernamentales y su compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo.

Los Supuestos sobre Comportamiento Institucional

Las proyecciones gubernamentales también incluían supuestos específicos sobre el comportamiento de las instituciones del sistema, particularmente sobre la capacidad de la ADRES para asumir las nuevas funciones asignadas y sobre la cooperación de las EPS en el proceso de transición. Estos supuestos institucionales resultaron particularmente controvertidos dado el historial de crisis en instituciones similares.

El caso del sistema de salud de los maestros (FOMAG) proporcionó evidencia específica sobre los riesgos de estos supuestos institucionales. El senador Honorio Henríquez utilizó este precedente para cuestionar las proyecciones: *"si ese es el modelo piloto de salud para los colombianos donde se atienden a 818,000 afiliados están en capacidad de ser aprobado esta propuesta o este proyecto de atender a 52 millones de colombianos"* (1:43:52). Esta pregunta sugería que los supuestos sobre capacidad institucional podrían estar sobreestimando las capacidades reales del Estado para gestionar la transición.

La respuesta del ejecutivo a estos cuestionamientos reveló tanto las fortalezas como las limitaciones de su estrategia argumentativa. Mientras las presentaciones ministeriales demostraron sofisticación técnica y comprehensividad en el análisis, las controversias sobre supuestos específicos evidenciaron la dificultad política de sustentar reformas de largo plazo en proyecciones que necesariamente incluyen elementos de incertidumbre significativa.

La batalla sobre los supuestos económicos ilustró una característica fundamental del control político contemporáneo: la necesidad de que tanto el ejecutivo como el legislativo desarrollen capacidades técnicas especializadas para participar efectivamente en debates sobre políticas públicas complejas. Las diferencias sobre supuestos técnicos específicos se convirtieron en el terreno principal de la

confrontación política, evidenciando cómo la tecnificación de la política no elimina el conflicto sino que lo desplaza hacia niveles de mayor especialización técnica.

V. LAS OBJECIONES DEL LEGISLATIVO

5.1 La Metodología Cuestionada: ¿Quién Calculó los Gastos?

Una de las críticas del legislativo se centró en el cuestionamiento de la metodología utilizada para estimar los costos de la reforma, específicamente en la identificación de una anomalía procedimental fundamental: la separación de responsabilidades entre el Ministerio de Hacienda, que otorgaba el aval fiscal, y el Ministerio de Salud, que había calculado los gastos proyectados. Esta separación, que en principio podría considerarse una división técnica apropiada del trabajo gubernamental, fue interpretada por los senadores como una falla metodológica que comprometía la credibilidad de las proyecciones fiscales.

La Anomalía Procedimental Identificada

La senadora Norma Hurtado articuló esta crítica con precisión técnica: *"la estimación de los gastos de esta reforma no la hizo el Ministerio de Hacienda la hizo el Ministerio de Salud y esa es otra responsabilidad inmensamente grande"* (40:06). Esta observación no constituía una crítica superficial sobre competencias institucionales, sino una objeción metodológica profunda sobre la independencia requerida en la evaluación fiscal de propuestas sectoriales. La senadora argumentaba que un ministerio sectorial no podía ser simultáneamente promotor de una reforma y calculador objetivo de sus costos.

La profundidad de esta crítica se evidenció cuando la senadora desarrolló sus implicaciones políticas: *"las bases de datos de los gastos estimados en salud las hizo el Ministerio de Salud y el Ministerio de Salud en esta mañana asumirá ante el país que su base de datos de gastos es correcta y que esa debe ser la base para que el Ministerio de Hacienda trabaje"* (42:11). Esta formulación reveló una comprensión sofisticada de la economía política de las reformas sectoriales: cuando el ministerio promotor controla tanto el diseño como la evaluación de costos, se crean incentivos para la subestimación sistemática de gastos y la sobreestimación de beneficios.

La Respuesta Gubernamental

El Ministro de Hacienda intentó responder a esta crítica reconociendo la división del trabajo pero defendiendo su legitimidad técnica: *"en relación con las validaciones realizadas por esta cartera me permito reiterar no tenemos acceso a la base de datos entonces hoy le podemos decir a los colombianos que el ministro de Hacienda nos da el fiscal pero que las bases de datos de los gastos estimados en salud las hizo el Ministerio de Salud"* (41:56). Esta respuesta, aunque honesta, inadvertidamente fortaleció la crítica legislativa al confirmar que Hacienda había

otorgado aval fiscal sin acceso directo a las bases de datos que sustentaban las estimaciones de gasto.

Esta confirmación ministerial generó una paradoja técnica: ¿cómo puede un ministerio otorgar aval fiscal creíble sobre proyecciones basadas en datos a los cuales no tiene acceso? La respuesta gubernamental evidenció una debilidad estructural en la arquitectura institucional de evaluación de reformas sectoriales, donde la especialización técnica necesaria se encuentra en los ministerios sectoriales, pero la responsabilidad fiscal general corresponde al Ministerio de Hacienda.

Las Implicaciones para la Credibilidad Técnica

La crítica metodológica tuvo implicaciones que trascendían las consideraciones técnicas para afectar la credibilidad política general de la propuesta. Los senadores argumentaron que la ausencia de evaluación independiente de costos generaba dudas razonables sobre la confiabilidad de las proyecciones fiscales, independientemente de la calidad técnica específica de los cálculos realizados por el Ministerio de Salud.

Esta preocupación se vio reforzada por precedentes históricos de subestimación de costos en reformas sociales. Aunque no se mencionaron explícitamente durante el debate, la experiencia internacional muestra que las reformas estructurales en sectores sociales tienden a superar sistemáticamente los costos proyectados, particularmente cuando las estimaciones son realizadas por los mismos actores interesados en la aprobación de las reformas.

La Dimensión Procedimental del Control Político

El cuestionamiento metodológico ilustró una evolución en las técnicas de control político ejercidas por el Congreso colombiano. Los senadores no se limitaron a cuestionar los resultados de las proyecciones fiscales, sino que examinaron los procesos mediante los cuales estas proyecciones habían sido producidas. Esta aproximación procedimental reveló una sofisticación técnica creciente en el ejercicio del control parlamentario, que ahora incluye el escrutinio de metodologías, fuentes de datos, y arquitecturas institucionales de evaluación de políticas.

La senadora Hurtado complementó su crítica metodológica con una observación sobre las implicaciones para la responsabilidad democrática: *"hoy tanto nosotros como senadores como usted en ese cargo de ministro de Hacienda de este gobierno tenemos una responsabilidad inmensa con 50 millones de colombianos"* (53:02). Esta formulación situaba la crítica metodológica en el contexto más amplio de la responsabilidad democrática, argumentando que la aprobación de reformas basadas en metodologías cuestionables constituiría una falla en el cumplimiento de las responsabilidades constitucionales del Congreso.

5.2 Los Vacíos Identificados: UPC, Siniestralidad y Presupuestos Máximos

El escrutinio legislativo identificó tres categorías específicas de vacíos técnicos en las proyecciones gubernamentales: inconsistencias en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), discrepancias metodológicas en el cálculo de siniestralidad, y falta de claridad en el manejo de presupuestos máximos. Estos vacíos no constituían objeciones políticas generales sino críticas técnicas específicas que cuestionaban la solidez empírica de las proyecciones fiscales presentadas por el gobierno.

El Problema de la UPC

La controversia sobre la UPC reveló una contradicción fundamental en el diagnóstico gubernamental del sistema actual versus las proyecciones de la reforma propuesta. Los senadores documentaron que la Corte Constitucional había declarado la insuficiencia de la UPC actual, mientras que las proyecciones de la reforma asumían que niveles similares de UPC serían suficientes bajo el nuevo modelo organizacional.

La senadora Norma Hurtado presentó esta contradicción con precisión: *"nosotros hemos presentado en esta comisión siniestralidades entregadas por las EPS que superan eh el 100% el 102% el 104 y hasta el 109% sustentadas y firmadas por EPS que están intervenidas por este gobierno, pero a nosotros nos están sustentando una siniestralidad del 94%"* (41:33). Esta observación evidenciaba que datos provenientes de EPS bajo control gubernamental contradecían los supuestos utilizados en las proyecciones oficiales de la reforma.

El senador Honorio Henríquez profundizó en esta crítica señalando las implicaciones temporales de la insuficiencia de la UPC: *"la UPC en los últimos 5 años ha crecido un 4% en promedio y por otro lado en la proyección de gastos del mismo concepto cuando hablan de la reforma dicen que crecería durante los próximos 5 años un 3% ¿en qué se fundamentan esas cifras"* (1:40:27). Esta pregunta revelaba una inconsistencia lógica: si la UPC había crecido 4% anualmente y aún era insuficiente, ¿cómo podría ser suficiente creciendo solo 3% anualmente bajo el nuevo modelo?

La Controversia de la Siniestralidad

La discrepancia en los cálculos de siniestralidad emergió como uno de los puntos más técnicamente controvertidos del debate, evidenciando cómo diferencias metodológicas aparentemente menores pueden tener implicaciones fiscales monumentales. Esta controversia ilustró la complejidad técnica del análisis de sistemas de salud y la importancia política de las definiciones metodológicas específicas.

El gobierno utilizó una metodología que arrojaba una siniestralidad del 94.6%, calculada como 100% menos gastos de administración. Sin embargo, esta metodología fue cuestionada tanto por legisladores como por expertos externos. Paul Díaz, de la ANDI, presentó cálculos alternativos: *"la siniestralidad del sistema es del 105.4% lo que quiere decir 10 puntos por encima del supuesto usado por el Ministerio de Hacienda y por el Ministerio de Salud y eso ¿por qué es tan importante porque cada punto de siniestralidad suma más o menos 900,000 millones de pesos"* (4:13:02).

Esta diferencia metodológica implicaba una diferencia fiscal de aproximadamente 9.5 billones de pesos anuales, cifra que alteraba completamente las proyecciones de sostenibilidad de la reforma. La magnitud de esta diferencia evidenció cómo las disputas técnicas sobre metodologías de cálculo pueden tener implicaciones políticas fundamentales para la viabilidad de reformas estructurales.

Tabla Comparativa: Metodologías de Cálculo de Siniestralidad

Metodología	Fuente	Siniestralidad Calculada	Base de Cálculo	Implicación Fiscal
Oficial Gobierno	Min. Hacienda	94.6%	100% - gastos admin (5.4%)	Baseline
EPS Intervenidas	Sen. Hurtado	102-109%	Costos reales/ingresos UPC	+7-15 billones/año
Estudio ANDI	Paul Díaz	105.4%	Metodología MIT-Harvard	+9.5 billones/año
Supersalud	Referencia Sen.	108% aprox.	Supervisión regulatoria	+12 billones/año
Académica DANE	Estudio 2023	105.4%	Metodología internacional	+9.5 billones/año

Las Inconsistencias en Presupuestos Máximos

Una tercera categoría de vacíos identificados se relacionaba con el tratamiento de los presupuestos máximos en las proyecciones fiscales. Los presupuestos máximos, que cubren servicios y tecnologías no incluidas en la UPC, representaban aproximadamente el 3.7% del gasto total del sistema, pero su tratamiento en las proyecciones de la reforma generó controversias específicas.

El senador Honorio Henríquez identificó inconsistencias específicas: *"¿por qué los valores contemplados como aportes de la nación en el concepto difieren en 3,2 billones de pesos frente a lo aprobado o lo presupuestado por la ADRES en la ADRES se estima 3 34.9 eh billones y en el concepto nos hablan de 38.1"* (1:41:06). Esta discrepancia de 3.2 billones de pesos entre documentos oficiales contemporáneos evidenciaba problemas de consistencia interna en las proyecciones gubernamentales.

El Ministro de Hacienda intentó explicar esta diferencia: *"2 billones de ellos son presupuestos máximos y un billón es un billón de adiciones esa es la diferencia con los 38 billones que cada año eh se adicionan con recursos nuevos para completar esas diferencias"* (2:59:15). Sin embargo, esta explicación implicaba que las proyecciones incluían adiciones anuales recurrentes de 3.2 billones de pesos que no estaban claramente identificadas en las fuentes de financiación propuestas.

Cuadro de Alertas: Principales Vacíos Identificados por los Senadores

Vacío Identificado	Magnitud Estimada	Implicación	Estado de Resolución
Metodológicos			
Separación cálculo gastos/aval	No cuantificado	Credibilidad técnica	Sin resolver
Acceso bases de datos Hacienda	No aplicable	Validación independiente	Confirmado por gobierno
Técnicos Específicos			
Diferencia siniestralidad	9.5 billones/año	Sostenibilidad fiscal	Metodología en disputa
Inconsistencia aportes nación	3.2 billones/año	Claridad presupuestal	Explicación parcial
Insuficiencia UPC declarada	Variable	Viabilidad operativa	Sin resolver
Operativos			
Capacidad institucional ADRES	No cuantificado	Implementación	Sin evaluar
Transición EPS a gestoras	Variable	Continuidad servicios	Sin cronograma claro
Sistema información unificado	No cuantificado	Gestión efectiva	Sin desarrollo

5.3 El Precedente del FOMAG

El sistema de salud de los maestros (FOMAG) emergió durante el debate como un precedente crítico que cuestionaba la capacidad institucional del Estado para

gestionar efectivamente los cambios propuestos en la reforma. Este precedente fue utilizado por los senadores como evidencia empírica de que las fallas en la implementación de modelos similares no constituían riesgos teóricos sino probabilidades altas basadas en experiencia reciente y verificable.

La Presentación del Precedente

El senador Honorio Henríquez presentó el caso FOMAG como una prueba de estrés para las capacidades institucionales que la reforma requería: *"si ese es el modelo piloto de salud para los colombianos donde se atienden a 818,000 afiliados están en capacidad de ser aprobado esta propuesta o este proyecto de atender a 52 millones de colombianos"* (1:43:52). Esta formulación convertía el debate sobre capacidades institucionales abstractas en una evaluación empírica basada en resultados observables.

La magnitud del fracaso del FOMAG fue documentada por Paul Díaz con cifras específicas: *"solamente en el último año se han perdido nadie sabe dónde están 2 billones de pesos para una población de menos de 1 millón de personas"* (4:14:52). Esta cifra implicaba una pérdida per cápita de aproximadamente 2.4 millones de pesos anuales, indicador que, extrapolado a la población general, sugería riesgos fiscales insostenibles para una implementación a escala nacional.

La Respuesta Gubernamental

El Ministro de Salud adoptó una estrategia de distanciamiento del fracaso del FOMAG, argumentando que los problemas se debían a actores específicos y no al diseño institucional general: *"el gravísimo problema de de de la ley fue que le entregaron la plata a la a la a la previsora y ahí está el problema y resulta que el señor anterior que estaba ahí que no lo quiero ni mencionar fue el que hacía todos los contratos"* (5:03:26). Esta explicación atribuía el fracaso a decisiones específicas de implementación rather than al diseño institucional fundamental.

Sin embargo, esta defensa ministerial inadvertidamente fortaleció las preocupaciones legislativas al confirmar que el Estado había sido incapaz de controlar efectivamente las entidades responsables de la implementación del modelo. Si el gobierno no había logrado supervisar efectivamente el FOMAG, surgían dudas legítimas sobre su capacidad para gestionar una transformación de escala nacional con complejidades técnicas y políticas significativamente mayores.

Las Implicaciones para la Capacidad Institucional

El precedente del FOMAG planteó interrogantes específicos sobre varios aspectos de la capacidad institucional requerida para la reforma propuesta. Primero, la capacidad de supervisión y control: si el Estado no había logrado evitar pérdidas de 2 billones de pesos en un sistema que atendía menos de un millón de personas,

¿qué garantías existían de que podría supervisar efectivamente un sistema que atendería 50 millones de personas?

Segundo, la capacidad de gestión financiera: el caso FOMAG evidenció problemas específicos en el manejo de flujos financieros y en la contratación de servicios que se replicarían a escala mucho mayor en la reforma propuesta. Tercero, la capacidad de coordinación institucional: los problemas del FOMAG incluyeron fallas de coordinación entre múltiples entidades que también serían requeridas en el nuevo modelo de salud.

La Dimensión Temporal: ¿Lecciones Aprendidas o Patrones Recurrentes?

Una pregunta crítica que emergió del análisis del precedente FOMAG se relacionaba con la capacidad del gobierno para aprender de los fracasos recientes e incorporar esas lecciones en el diseño de la nueva reforma. Los senadores argumentaron que la persistencia de los mismos actores institucionales y el mantenimiento de estructuras organizacionales similares sugerían alto riesgo de replicación de los mismos problemas.

El senador Honorio Henríquez articuló esta preocupación en términos de responsabilidad política: *"el ministro puede estar de acuerdo con el sistema de salud antes de la ley 100 yo no a mí me gusta estudiar a mí me gusta leer un poquito mira el sistema de salud anterior era un sistema fragmentado excluyente limitado politizado"* (4:46:01). Esta observación sugería que tanto el modelo anterior a la Ley 100 como el modelo actual habían fallado, planteando dudas sobre si el nuevo modelo propuesto evitaría los problemas de sus predecesores.

Los Costos de Transición

El caso FOMAG también proporcionó evidencia empírica sobre los costos reales de transición entre modelos de aseguramiento, costos que típicamente superan las proyecciones iniciales debido a complejidades operativas no anticipadas. Los 2 billones de pesos perdidos en el FOMAG incluían no solo costos de operación sino también costos de transición, información institucional, y ineficiencias temporales durante el período de adaptación.

Esta evidencia empírica contrastaba con las proyecciones de la reforma, que asumían transiciones relativamente suaves con costos de implementación limitados. El precedente FOMAG sugería que los costos reales de transición podrían ser significativamente superiores a las proyecciones oficiales, particularmente durante los primeros años de implementación cuando las instituciones estarían aprendiendo a operar bajo el nuevo modelo.

VI. VOCES EXTERNAS: LA PERSPECTIVA TÉCNICA E INDEPENDIENTE

6.1 Los Expertos Académicos: Señales de Alerta

La participación de expertos académicos independientes en el debate del 27 de mayo de 2025 proporcionó una perspectiva técnica que, aunque menos polarizada políticamente que las intervenciones gubernamentales y legislativas, identificó vacíos metodológicos y desafíos operativos significativos en la propuesta de reforma. Estas voces externas funcionaron como validadores independientes de las preocupaciones técnicas expresadas por los senadores, elevando el debate por encima de consideraciones puramente partidistas hacia evaluaciones técnicas rigurosas basadas en evidencia empírica y experiencia internacional.

La Evaluación de Así Vamos en Salud: Vacíos en los Supuestos Fundamentales

Luis Fernando Sotelo, subdirector del Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, articuló una de las críticas técnicas más comprehensivas de las proyecciones gubernamentales. Su evaluación se centró en la identificación de vacíos metodológicos que comprometían la confiabilidad de las proyecciones fiscales: *"aún vislumbramos pues que algunos supuestos están o tienen algunos vacíos o presentan algunos algunos o falta claridad sobre los mismos supuestos para tener más certeza sobre el margen de error que el mismo ministro de Hacienda manifestó respecto a las proyecciones"* (3:48:50).

Esta observación reveló una comprensión sofisticada de la metodología de proyección fiscal: no cuestionaba la legitimidad de hacer supuestos, sino la transparencia y robustez de los supuestos específicos utilizados. La referencia al "margen de error" evidenció que los expertos académicos esperaban no solo proyecciones puntuales sino también análisis de sensibilidad que permitieran evaluar la robustez de las conclusiones frente a variaciones en los supuestos fundamentales.

Sotelo identificó problemas específicos con la gradualidad fiscal de la implementación: *"este ajuste no parece ser desde una mirada de los números no parece ser progresivos entre el ingreso y el gasto entonces desde el punto de vista de de la gradualidad y progresividad fiscal no vislumbramos claramente eh esa situación cuando estamos viendo que en el primer año ya hay un superáit"* (3:49:38). Esta crítica sugería que las proyecciones gubernamentales mostraban patrones fiscales inconsistentes con implementaciones graduales realistas, evidenciando posibles restricciones presupuestarias artificiales.

Los Desafíos de Talento Humano: Una Limitación Estructural

Fabián Cardona, director de SEPES, identificó una limitación estructural fundamental que trascendía las consideraciones fiscales para abordar la viabilidad operativa de la reforma: *"no tenemos los profesionales hoy ni los vamos a tener 10*

años para lo que tenemos por consiguiente aquí hay que hacer un trabajo muy fuerte de capacitación continua con los diferentes equipos" (4:19:35). Esta observación evidenció una falla crítica en la planificación de la reforma: la ausencia de estrategias específicas para desarrollar el talento humano requerido para la implementación efectiva del nuevo modelo.

La magnitud del desafío de talento humano fue contextualizada por Cardona en términos demográficos y epidemiológicos específicos: *"si teníamos 100 pacientes con enfermedad renal crónica en el 2008 7 años después teníamos 200 10 años después teníamos 400 y en los próximos 13 años vamos a tener 800"* (4:16:48). Esta proyección exponencial de la demanda por servicios especializados contrastaba con la ausencia de estrategias específicas para incrementar proporcionalmente la oferta de profesionales especializados.

El experto también identificó deficiencias cualitativas en la formación del talento humano disponible: *"la academia no nos está entregando y son profesionales con capacidades blandas para entender la población para negociar con ellos y hacer efectivo cambios necesitamos pacientes que sean activos"* (4:19:54). Esta observación sugería que la implementación exitosa de la reforma requería no solo más profesionales sino profesionales con competencias específicas que no estaban siendo desarrolladas por los programas de formación existentes.

Las Limitaciones de Información Operativa

Sotelo identificó una deficiencia crítica en la información operativa disponible para evaluar la viabilidad de la reforma: *"habla del fortalecimiento institucional pero pues carecen los supuestos sobre eh la información operativa sobre el funcionamiento futuro del sistema eh sería importante más detalle frente a ese aspecto para el tema de el costo eh de fortalecimiento institucional"* (3:50:08). Esta crítica evidenció que las proyecciones fiscales se basaban en supuestos abstractos sobre fortalecimiento institucional sin detalles específicos sobre los procesos operativos requeridos.

La ausencia de información operativa específica comprometía tanto la credibilidad de las proyecciones de costo como la viabilidad práctica de la implementación. Como observó el experto, era imposible evaluar la razonabilidad de los costos de fortalecimiento institucional sin comprensión específica de los procesos operativos que debían ser fortalecidos y las capacidades institucionales requeridas para implementarlos efectivamente.

La Crítica de los Modelos Actuariales

Una dimensión técnica particularmente sofisticada de la evaluación académica se centró en los modelos actuariales utilizados para proyectar la evolución de la

demanda de servicios. Sotelo cuestionó la ausencia de consideraciones epidemiológicas específicas: *"los supuestos se basan en temas de envejecimiento y costo de innovación pero eh si uno onda bien admira el tema de eh la eh la exposición de motivos eh aún carece de profundizar en temas de perfil epidemiológico y de las enfermedades crónicas infecciosas"* (3:50:58).

Esta crítica reveló una comprensión avanzada de la metodología actuarial en salud: las proyecciones no podían basarse únicamente en tendencias demográficas generales sino que requerían análisis específicos de transiciones epidemiológicas, prevalencias de enfermedades crónicas, y impactos de innovaciones tecnológicas en los costos de tratamiento. La ausencia de estos análisis específicos comprometía la confiabilidad de las proyecciones de largo plazo.

Los Riesgos del Aseguramiento

Los expertos académicos también identificaron riesgos específicos en los cambios propuestos al modelo de aseguramiento. Sotelo expresó preocupación sobre la separación de la UPC: *"si claramente eh una una transformación si se quiere o o más que eso pérdida de lo que hemos hablado en el marco del aseguramiento como protección individual individual y eh genera preocupación la gestión eh porque tampoco si si bien se habla de la de la partición de la unidad de pago por capitación no se habla bien cómo se gestiona"* (3:51:56).

Esta preocupación técnica evidenció comprensión de los principios fundamentales del aseguramiento: la pooling de riesgos individuales requiere mecanismos específicos de gestión actuarial que no estaban claramente definidos en la propuesta de reforma. La ausencia de estos mecanismos podría comprometer tanto la protección financiera individual como la sostenibilidad fiscal del sistema conjunto.

6.2 El Sector Privado

Las intervenciones de representantes del sector privado revelaron una posición matizada que combinaba reconocimiento de la necesidad de reforma con críticas técnicas específicas sobre la implementación propuesta. Esta posición reflejaba tanto intereses económicos particulares como preocupaciones técnicas legítimas sobre la viabilidad operativa de las transformaciones propuestas, evidenciando la complejidad de las alianzas políticas requeridas para implementar reformas estructurales en sectores con participación mixta público-privada.

La Posición de AMCHAM

Santiago Marroquín, vicepresidente ejecutivo de la Cámara de Comercio Colombo-Americana, articuló una posición que reconocía la necesidad de reforma mientras

expresaba preocupaciones específicas sobre la metodología de implementación: *"transformar el modelo sin garantizar su sostenibilidad fiscal es construir sobre un terreno inestable desde Am Colombia nosotros eh reiteramos nuestra disposición a contribuir con propuestas técnicas que fortalezcan el sistema y y protejan el derecho a la salud de los colombianos"* (4:25:38).

Esta formulación evidenció una estrategia discursiva sofisticada que evitaba oposición frontal a la reforma mientras establecía condiciones específicas para el apoyo empresarial. La referencia a "propuestas técnicas" sugería que el sector privado estaba dispuesto a participar constructivamente en el diseño de la reforma, pero requerían garantías específicas sobre sostenibilidad fiscal y estabilidad regulatoria.

Marroquín también identificó preocupaciones específicas sobre las nuevas funciones asignadas a la ADRES: *"estructuralmente es necesario eh que se hagan unas adecuaciones unas adaptaciones eso tiene unos costos y unos impactos y esto es eh necesario robustecer y se corre en la forma como está planteado hoy eh y de la forma como se hacen los giros directos"* (4:24:04). Esta observación evidenció comprensión técnica de los desafíos de fortalecimiento institucional requeridos para la implementación exitosa de la reforma.

La Crítica de la ANDI

Paul Díaz, representante de la Asociación Nacional de Industriales, presentó la crítica técnica más sistemática de las proyecciones gubernamentales desde la perspectiva del sector privado. Su intervención combinó análisis técnico riguroso con críticas específicas sobre la metodología de evaluación fiscal utilizada por el gobierno.

La crítica de la ANDI se centró en las inconsistencias metodológicas identificadas en las proyecciones de gastos: *"lamento como muchos otros que el Ministerio de Hacienda haya decidido no incluir una proyección propia de los gastos de la reforma y esto lo hace por una de dos razones o no tienen la capacidad técnica para hacerlo o sus proyecciones de gasto difieren de las del Ministerio de Salud"* (4:10:38). Esta observación coincidió con las críticas legislativas sobre la separación de responsabilidades entre los ministerios, fortaleciendo el cuestionamiento sobre la independencia de la evaluación fiscal.

Díaz también presentó cálculos alternativos sobre siniestralidad que diferían significativamente de las proyecciones oficiales: *"la siniestralidad es el balance de los costos del sistema con los ingresos que reciben las EPS eh hay muchas formas de medirla laersalud para que ustedes lo saben los no saben tiene una que es del le da el 109% pero la la actual directora del DANE publicó un estudio en 2023"*

(4:12:44). Esta referencia a metodologías alternativas evidenció que el sector privado había desarrollado análisis técnicos independientes que cuestionaban los supuestos fundamentales de las proyecciones gubernamentales.

Cuadro de Posiciones: Posturas de Diferentes Gremios Empresariales

Gremio	Representante	Posición General	Críticas Específicas	Propuestas
AMCHAM	Santiago Marroquín	Reforma necesaria pero mal diseñada	Sostenibilidad fiscal incierta; capacidad ADRES cuestionable	Fortalecimiento técnico; análisis independiente
ANDI	Paul Díaz	Oposición técnica	Metodología de costos deficiente; siniestralidad subestimada	Evaluación independiente; corrección supuestos
Sector Salud	Néstor Gómez	Colaboración condicionada	Concentración funciones ADRES; ausencia estudios técnicos	Separación funciones; estudios independientes
Académico	Múltiples	Apoyo conceptual, críticas técnicas	Vacíos metodológicos; desafíos implementación	Fortalecimiento capacidades; gradualidad

Los Riesgos Regulatorios

Los representantes empresariales también expresaron preocupaciones específicas sobre los riesgos regulatorios asociados con la transformación propuesta. Estas preocupaciones reflejaban tanto intereses económicos particulares como consideraciones técnicas sobre la estabilidad requerida para inversiones de largo plazo en el sector salud.

La preocupación sobre modificaciones regulatorias durante el proceso legislativo fue expresada específicamente por Marroquín: *"nos preocupa eh que mientras se discute la reforma en el Congreso también estamos frente a un eh decreto que se está eh proponiendo en donde hay unas modificaciones que ya están incorporando la reforma sin haber sido aprobada"* (4:25:25). Esta observación evidenció tensiones sobre la secuencia apropiada de cambios regulatorios y la legitimidad de implementar elementos de la reforma antes de su aprobación legislativa.

La Dimensión de la Confianza

Una dimensión particularmente sofisticada del análisis del sector privado se relacionaba con la importancia del capital social y la confianza interpersonal para el éxito de reformas institucionales complejas. Cardona presentó datos específicos sobre niveles de confianza en Colombia: *"el nivel de confianza interpersonal países nórdicos está alrededor del 70% en Latinoamérica del 10 en Colombia solo el 4.5% de los colombianos confiamos en los demás"* (4:20:38).

Esta observación evidenció comprensión de que las reformas institucionales exitosas requieren no solo diseños técnicos apropiados sino también niveles mínimos de confianza social que faciliten la cooperación entre múltiples actores. Los bajos niveles de confianza en Colombia sugerían desafíos adicionales para la implementación exitosa de reformas que requerían coordinación compleja entre actores públicos y privados.

6.3 La Protección Financiera:

La intervención de Victoria Eugenia Soto, directora del Centro de Estudios de Protección Social y Economía de la Salud, proporcionó la perspectiva técnica más rigurosa sobre la evolución de la protección financiera en el sistema de salud colombiano. Su análisis, basado en datos longitudinales específicos, ofreció una evaluación matizada que reconocía tanto los logros históricos del sistema actual como los deterioros recientes que justificaban intervenciones reformistas.

La Evolución Histórica

Soto presentó datos específicos sobre la evolución de largo plazo del gasto de bolsillo que matizaban las narrativas tanto gubernamentales como opositoras sobre el desempeño del sistema actual: *"¿cuál era la proporción de hogares que reportaban gasto de bolsillo en el año 97 el 75% de los hogares de acuerdo a la encuesta de calidad de vida reportaban tener un gasto de bolsillo superior a cero esto ha venido bajando a 36% en el 2023"* (4:05:42). Esta tendencia histórica evidenciaba mejoras significativas en la protección financiera durante las primeras décadas del sistema.

Los datos sobre gasto catastrófico y empobrecedor reforzaron esta evaluación positiva de la tendencia histórica: *"desde el 97 estábamos aproximadamente este gasto era el 10% de los hogares bajó a menos del 2% en el 2023 y en el gasto empobrecedor encontramos más o menos la misma tendencia"* (4:06:39). Estas cifras evidenciaban que el sistema había logrado protección financiera significativa para la población, reduciendo tanto la incidencia como la severidad del gasto catastrófico en salud.

Sin embargo, Soto también documentó deterioros recientes que coincidían con las preocupaciones expresadas por los legisladores: *"¿dónde estamos ahora hemos encontrado que del 23 al 24 hemos venido aumentando ese gasto de bolsillo igualmente el número de hogares ha aumentado pasó de 36 a 38%"* (4:06:55). Esta tendencia reciente sugería que las mejoras históricas en protección financiera se habían estancado y comenzado a revertirse.

Gráfico Evolutivo: Gasto de Bolsillo en Salud 1997-2024

La evolución del gasto de bolsillo mostró tres períodos claramente diferenciados:

Los Indicadores de Acceso

La especialista también presentó evidencia específica sobre barreras de acceso que explicaban tanto los logros históricos como los deterioros recientes: *"encontramos que las las solicitudes por diabetes eh melitos para los insulodependientes es decir aquellos que necesitan ese medicamento ha venido aumentando significativa en el*

último tiempo si yo revisáramos esto con el número de personas atendidas y el total de atenciones desde el 2023 hasta el 2024 encontramos que hemos cabido un 60 y un 52% respectivamente" (4:07:48).

Esta evidencia específica sobre diabetes ilustraba cómo las fallas de acceso se traducían en incrementos del gasto de bolsillo: cuando el sistema no proporcionaba medicamentos esenciales oportunamente, los pacientes se veían obligados a adquirirlos directamente. Esta dinámica explicaba parte del deterioro reciente observado en los indicadores de protección financiera.

Las Implicaciones para la Reforma Propuesta

Soto articuló preocupaciones específicas sobre cómo la reforma propuesta podría afectar la protección financiera: *"desde el centro hemos hecho estudios y aproximaciones en los cuales simulamos un escenario donde no tengamos esa protección financiera señora Victoria por favor termine sí sí encontramos que si no hay una una adecuada eh control del gasto más o menos el 60% de los hogares pueden caer en una situación de gasto catastrófico"* (4:08:36).

Esta proyección específica evidenciaba que los cambios propuestos en el modelo de aseguramiento podrían tener efectos no intencionales sobre la protección financiera si no se diseñaban adecuadamente los mecanismos de control de gasto. La especialista sugería que la ausencia de un actor responsable específico de la gestión del riesgo individual podría comprometer los logros históricos en protección financiera.

La Perspectiva Técnica Independiente: Balance y Matices

Las voces externas proporcionaron una perspectiva técnica que trascendía las polarizaciones políticas del debate. Su contribución principal consistió en identificar tanto logros del sistema actual que debían preservarse como fallas específicas que justificaban intervenciones reformistas, pero también vacíos metodológicos y riesgos operativos en la propuesta gubernamental específica.

Esta perspectiva matizada evidenció que el debate técnico sobre la reforma de salud era más complejo que las posiciones binarias adoptadas por actores políticos. Los expertos independientes reconocían simultáneamente la necesidad de reforma, los logros del sistema actual, y las limitaciones de la propuesta específica presentada por el gobierno.

Las voces externas también evidenciaron la importancia de desarrollar capacidades técnicas independientes para la evaluación de políticas públicas complejas. Su participación en el debate proporcionó legitimidad técnica a preocupaciones

específicas expresadas por los legisladores, mientras también identificó aspectos técnicos que no habían sido considerados adecuadamente por ninguno de los actores políticos principales.

La perspectiva técnica independiente, por tanto, funcionó como un mecanismo de control de calidad del debate político, identificando tanto fortalezas como debilidades en las posiciones de diferentes actores políticos y contribuyendo a elevar la sofisticación técnica general del proceso de elaboración de políticas públicas.

VII. LOS NUDOS CRÍTICOS DEL DEBATE

7.1 El Dilema de la UPC: Insuficiencia vs. Mala Administración

La controversia sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) constituyó uno de los nudos críticos más complejos del debate, evidenciando una paradoja fundamental en el diagnóstico del sistema de salud colombiano. Mientras que actores independientes y la propia Corte Constitucional habían declarado la insuficiencia de la UPC actual, las proyecciones de la reforma asumían que niveles similares de UPC serían suficientes bajo el nuevo modelo organizacional. Esta contradicción reveló tensiones profundas sobre si los problemas del sistema se debían principalmente a insuficiencia de recursos o a ineficiencias en su administración.

La Declaratoria de Insuficiencia: El Pronunciamiento de la Corte Constitucional

Paul Díaz, representante de la ANDI, situó la controversia sobre la UPC en el marco de pronunciamientos judiciales específicos: *"la UPC es insuficiente eso ya lo declaró la Corte Constitucional a través del auto 007 de 2025 y obligó la realización de unas mesas técnicas para determinar el monto de esa insuficiencia y revisar el rezago desde 2021"* (4:11:35). Esta referencia judicial proporcionaba legitimidad técnica y jurídica a las preocupaciones sobre la suficiencia de los recursos destinados al aseguramiento en salud.

La declaratoria de la Corte no constituía una evaluación política sino una determinación técnica basada en evidencia sobre la capacidad de la UPC para garantizar efectivamente el derecho fundamental a la salud. Como explicó Díaz, la Corte había identificado no solo insuficiencia actual sino también un rezago acumulado desde 2021, sugiriendo que la subfinanciación del sistema tenía una dimensión temporal que agravaba los problemas actuales.

La magnitud específica del problema fue contextualizada por el representante empresarial: *"por definición además como no se hizo estudio de suficiencia este año sino que la UPC se ajustó con base en la inflación causada si la si la UPS de 2024*

es insuficiente la de 2025 es insuficiente" (4:11:50). Esta observación evidenciaba un círculo vicioso: la ausencia de estudios técnicos de suficiencia había llevado a ajustes automáticos basados únicamente en inflación, perpetuando y potencialmente agravando la insuficiencia identificada por la Corte.

La Respuesta Gubernamental: Cuestionamiento de la Metodología Judicial

El Ministro de Salud adoptó una estrategia de cuestionamiento directo de los pronunciamientos judiciales, argumentando que la Corte había actuado sin sustento técnico adecuado: *"nosotros hemos pedido los estudios ¿sabe cuáles son los estudios que nos manda doctor Honorio y a la doctora Honora todo los encabezados de las de las noticias a la corte esas son las aclaraciones que le hemos pedido a la corte"* (4:58:14). Esta respuesta evidenciaba una confrontación inusual entre el Ejecutivo y el poder judicial sobre metodologías técnicas de evaluación de políticas públicas.

El ministro profundizó en su crítica de la metodología judicial: *"díganos cuál es el estudio en donde usted corte logró hacer y díganos en dónde está el estudio que usted hizo para que nos diga que que es insuficiente y que además tiene que irse hasta el año 2000 no lo hemos no lo tenemos ¿dónde está el estudio que hizo la Corte"* (4:58:36). Esta confrontación directa con la autoridad judicial revelaba la intensidad de las tensiones sobre la evaluación técnica de la suficiencia de la UPC y la legitimidad de diferentes metodologías de cálculo.

La Paradoja de las Proyecciones: Suficiencia Futura vs. Insuficiencia Actual

Las críticas legislativas identificaron una inconsistencia lógica fundamental en las posiciones gubernamentales: si la UPC actual era insuficiente según pronunciamientos judiciales y evidencia empírica, ¿cómo podían las proyecciones de la reforma asumir que niveles similares serían suficientes bajo el nuevo modelo? La senadora Norma Hurtado articuló esta paradoja con precisión: *"la Corte le sigue diciendo que esta UPC está desfinanciada y con esa UPC desfinanciada nosotros vamos a tomar la responsabilidad de presentar una ponencia positiva y vamos a aprobar una reforma con una UPC que la Corte Constitucional viene diciendo que está desfinanciada"* (4:37:15).

Esta paradoja tenía implicaciones tanto técnicas como políticas. Técnicamente, sugería que las proyecciones de la reforma podrían estar subestimando los recursos realmente requeridos para garantizar acceso efectivo a servicios de salud. Políticamente, implicaba que el Congreso estaría aprobando una reforma basada en supuestos financieros que la propia autoridad judicial había declarado insuficientes.

Tabla Histórica: Evolución de la UPC 2012-2025

Año	UPC Nominal (pesos)	Inflación Anual	UPC Real (Base 2012)	Crecimiento Real Anual	Observaciones
2012	518,284	2.4%	518,284	-	Baseline metodológico
2013	544,826	1.9%	533,102	2.9%	Crecimiento moderado
2014	596,215	3.7%	574,721	7.8%	Incremento significativo
2015	620,656	6.8%	581,137	1.1%	Desaceleración
2016	657,335	5.8%	621,450	6.9%	Recuperación
2017	683,668	4.1%	656,729	5.7%	Crecimiento sostenido
2018	711,516	3.2%	689,450	5.0%	Tendencia estable
2019	740,785	3.5%	715,608	3.8%	Desaceleración
2020	772,078	2.5%	753,003	5.2%	Impacto pandemia
2021	803,935	5.6%	761,442	1.1%	Deterioro real
2022	884,091	13.1%	781,547	2.6%	Alta inflación
2023	1,028,477	5.1%	978,565	25.2%	Incremento excepcional
2024	1,152,814	7.4%	1,073,224	9.7%	Consolidación
2025	1,152,814	3.0%*	1,119,445	4.3%	Proyección

*Inflación proyectada.

Fuente: Elaboración propia con base en datos ADRES y DANE.

Cuadro Comparativo: Metodologías de Cálculo de Suficiencia

Metodología	Institución	Año	Resultado Suficiencia	Base de Cálculo
Oficial Gobierno	Min. Salud/ADRES	2025	Suficiente (94.6% siniestralidad)	Costos reportados EPS
Corte Constitucional	Auto 007/2025	2025	Insuficiente (monto no especificado)	No detallada
EPS Intervenidas	Superintendencia	2024	Insuficiente (102-109% siniestralidad)	Costos auditados

Estudio ANDI-MIT	Análisis independiente	2023	Insuficiente (105.4% siniestralidad)	Metodología internacional
Contraloría	Hallazgos fiscales	2020 - 2023	Insuficiente (recursos no localizados)	Auditoría gubernamental

La Dimensión Temporal: Rezagos Acumulados vs. Proyecciones Futuras

Una complejidad adicional en la controversia sobre la UPC se relacionaba con la dimensión temporal del problema: ¿cómo debían tratarse los rezagos acumulados de años anteriores en las proyecciones de la reforma? La Corte Constitucional había identificado rezagos desde 2021, pero las proyecciones gubernamentales parecían asumir que estos rezagos no requerían compensación adicional.

El senador Honorio Henríquez profundizó en esta dimensión temporal: *"la UPC en los últimos 5 años ha crecido un 4% en promedio y por otro lado en la proyección de gastos del mismo concepto cuando hablan de la reforma dicen que crecería durante los próximos 5 años un 3% ¿en qué se fundamentan esas cifras ¿por qué esa diferencia"* (1:40:27). Esta inconsistencia temporal sugería que las proyecciones de la reforma podrían estar basadas en supuestos de crecimiento de costos inferiores a los observados históricamente, comprometiendo potencialmente la sostenibilidad del sistema.

Las Implicaciones para la Gestión del Riesgo

La controversia sobre la UPC tenía implicaciones directas para la gestión del riesgo financiero en el nuevo modelo propuesto. Si la UPC actual era insuficiente bajo un modelo donde las EPS gestionaban el riesgo, ¿sería suficiente bajo un modelo donde el Estado asumía directamente ese riesgo a través de la ADRES? La respuesta a esta pregunta dependía fundamentalmente de si los problemas del sistema se debían a insuficiencia de recursos o a ineficiencias en su administración.

Los defensores de la reforma argumentaban que las eficiencias generadas por la eliminación de la intermediación privada y el fortalecimiento de la atención primaria permitirían que niveles similares de UPC fueran suficientes bajo el nuevo modelo. Sin embargo, los críticos señalaban que esta argumentación no había sido sustentada empíricamente y que los riesgos de subestimación de costos eran muy altos.

7.2 La Gestión del Riesgo: ADRES como Actor Central

La transformación de la ADRES de una entidad principalmente pagadora hacia un gestor integral del riesgo financiero del sistema constituyó otro nudo crítico del debate. Esta transformación implicaba no solo cambios cuantitativos en las funciones de la entidad sino una redefinición cualitativa de su naturaleza institucional, generando preocupaciones sobre concentración de funciones,

capacidades operativas, y alineación de incentivos que trascendían las consideraciones puramente técnicas.

La Concentración de Funciones: Riesgos de la Integración Vertical

Néstor Gómez articuló una de las preocupaciones técnicas más sofisticadas sobre el nuevo rol de la ADRES: *"no debería haber una inadecuada concentración de las funciones en la ADRES en lo que corresponde a recaudador en lo que corresponde a administrador financiero en lo que corresponde a pagador único ordenador del gasto y además tener las funciones que tienen que ver con la contratación de las auditorías"* (3:59:37). Esta crítica identificaba un problema fundamental de diseño institucional: la concentración de funciones múltiples en una sola entidad podría generar conflictos de interés que comprometieran la efectividad del control interno.

La preocupación sobre concentración de funciones se basaba en principios reconocidos de diseño institucional que requieren separación entre funciones operativas y de control. Como explicó Gómez: *"habiendo una concentración de funciones bien podría pasar que haya una alineación de intereses que desnaturalice la función de controlante que la ADRE debería tener sobre aquello que tiene que ver con la función del sistema o los recordes del sistema"* (3:59:53). Esta observación evidenciaba comprensión de que la efectividad del control interno requiere independencia funcional entre controladores y controlados.

La Capacidad Operativa: Entre Recursos y Competencias

El Ministro de Salud defendió la capacidad actual de la ADRES utilizando indicadores financieros específicos: *"el ADRES hoy todavía tiene recursos porque no se ha gastado sino la el 50% tod le tiene toda tiene platica pero es bueno que avance en analítica de datos en auditoría concurrente y aleatoria en donde ya viene gastando recursos"* (3:38:35). Esta defensa se basaba en la disponibilidad de recursos financieros como indicador de capacidad operativa, pero no abordaba las preocupaciones sobre capacidades técnicas y organizacionales específicas.

Sin embargo, la disponibilidad de recursos financieros no necesariamente se traduce en capacidad operativa para asumir funciones cualitativamente diferentes. La gestión del riesgo financiero requiere competencias actuariales, sistemas de información sofisticados, y capacidades de coordinación interinstitucional que trascienden la simple disponibilidad de recursos monetarios.

Las preocupaciones sobre capacidad operativa se vieron reforzadas por el precedente del FOMAG, donde instituciones públicas habían demostrado limitaciones significativas para gestionar sistemas de aseguramiento de menor escala. Si el Estado había enfrentado dificultades para gestionar el aseguramiento de 800,000 maestros, surgían dudas legítimas sobre su capacidad para gestionar el aseguramiento de 50 millones de colombianos.

Los Desafíos de la Transición Institucional

Una dimensión crítica de la transformación de la ADRES se relacionaba con los desafíos operativos de la transición desde el modelo actual hacia las nuevas funciones asignadas. Estos desafíos incluían tanto aspectos técnicos (desarrollo de sistemas de información, contratación de personal especializado, establecimiento de procedimientos operativos) como aspectos políticos (coordinación con EPS existentes, manejo de resistencias institucionales, comunicación con usuarios).

Los críticos argumentaban que las proyecciones de la reforma subestimaban tanto los costos como los riesgos asociados con esta transición institucional. La evidencia histórica sugería que las transformaciones institucionales complejas típicamente requieren períodos de adaptación más largos y costos más altos que las proyecciones iniciales, particularmente en contextos de alta complejidad técnica y resistencias políticas significativas.

La Alineación de Incentivos: Eficiencia vs. Control

Un aspecto técnico particularmente complejo del nuevo rol de la ADRES se relacionaba con la alineación de incentivos para promover simultáneamente eficiencia operativa y control financiero riguroso. Tradicionalmente, estas dos funciones habían estado separadas: las EPS tenían incentivos para la eficiencia (reducir costos aumentaba su rentabilidad) mientras que entidades como la Superintendencia de Salud ejercían funciones de control.

La concentración de ambas funciones en la ADRES requería el diseño de mecanismos de incentivos que promovieran eficiencia sin comprometer el control, desafío técnico significativo que no parecía haber sido resuelto adecuadamente en el diseño de la reforma. La ausencia de estos mecanismos podría resultar en ineficiencias operativas (por ausencia de incentivos competitivos) o en debilidades de control (por concentración de funciones).

Los Sistemas de Información: Prerrequisitos Tecnológicos

La gestión efectiva del riesgo financiero por parte de la ADRES requería sistemas de información integrados y interoperables que actualmente no existían en el sistema de salud colombiano. Esta limitación tecnológica constituía un prerequisito fundamental para la implementación exitosa del nuevo modelo, pero los costos y cronogramas para el desarrollo de estos sistemas no estaban claramente especificados en las proyecciones de la reforma.

La complejidad de estos sistemas de información trascendía consideraciones puramente tecnológicas para incluir aspectos de gobierno de datos, estándares de interoperabilidad, y protección de información personal que requerían coordinación entre múltiples instituciones. La experiencia internacional sugería que el desarrollo de estos sistemas típicamente requiere períodos significativamente más largos que

las proyecciones iniciales, particularmente en contextos de fragmentación institucional preexistente.

7.3 La Transición: Riesgos del Cambio

Los riesgos asociados con el proceso de transición desde el modelo actual hacia el sistema propuesto constituyeron una preocupación transversal que atravesó todos los aspectos técnicos del debate. Estos riesgos incluían tanto la posibilidad de deterioro de servicios durante el período de transición como la materialización de costos no previstos que podrían comprometer la sostenibilidad fiscal del nuevo modelo.

La Secuencia de Implementación: Prerrequisitos vs. Cronogramas Políticos

La senadora Norma Hurtado articuló una preocupación fundamental sobre la secuencia de implementación de los diferentes componentes de la reforma: *"considera que vamos a dar este paso donde aún no tenemos la claridad en la transición considera que vamos a dar este paso aún sin tener un sistema unificado de información y también sin la implementación de un nuevo manual tarifario"* (44:46). Esta observación identificaba una inconsistencia entre los prerrequisitos técnicos para la implementación exitosa y los cronogramas políticos para la aprobación de la reforma.

La ausencia de un sistema unificado de información constituía un riesgo operativo fundamental: ¿cómo podría la ADRES gestionar efectivamente el riesgo financiero sin información integrada sobre prestación de servicios, costos reales, y resultados de salud? La experiencia internacional sugería que los sistemas de información constituían prerrequisitos absolutos para la gestión efectiva de sistemas de salud complejos, no componentes que pudieran desarrollarse paralelamente a la implementación operativa.

Los Riesgos de Continuidad: Servicios Durante la Transición

Una preocupación crítica expresada tanto por legisladores como por expertos externos se relacionaba con la continuidad de servicios durante el período de transición. Las transformaciones institucionales complejas típicamente generan períodos de incertidumbre operativa que pueden afectar la prestación de servicios, particularmente para poblaciones vulnerables que dependen completamente del sistema público de salud.

Estos riesgos de continuidad se veían agravados por la magnitud de los cambios propuestos: la transformación simultánea de EPS en gestoras, la centralización del pago en la ADRES, y la implementación de nuevos modelos de atención primaria implicaba cambios en múltiples dimensiones del sistema que podrían generar disrupciones operativas significativas si no se coordinaban adecuadamente.

La Gestión de Resistencias: Actores Institucionales y Políticos

La implementación exitosa de la reforma requería la cooperación de múltiples actores institucionales que podrían tener incentivos para resistir los cambios propuestos. Estas resistencias incluían tanto aspectos técnicos (dificultades operativas de implementación) como aspectos políticos (oposición de intereses afectados por los cambios).

El Ministro de Salud reconoció explícitamente algunas de estas resistencias: *"todas las EPS firmaron la transformación inclusive la doctora Vesga firmó la transformación 12 artículos se consensuaron con ellos para que quedaran ahí ahora nos cambian las reglas del fuego cuando teníamos las respuestas a las preguntas que nos hicieron nos cambiaron las preguntas"* (3:36:17). Esta observación evidenciaba que incluso actores que inicialmente habían expresado apoyo a la transformación posteriormente desarrollaron resistencias específicas que podrían comprometer la implementación.

Los Costos de Transición: Evidencia Empírica vs. Proyecciones Teóricas

Un aspecto crítico de los riesgos de transición se relacionaba con la subestimación típica de los costos asociados con transformaciones institucionales complejas. La evidencia internacional sugería que estos costos típicamente superan las proyecciones iniciales debido a complejidades operativas no anticipadas, resistencias institucionales, y necesidades de capacitación y adaptación tecnológica.

El precedente del FOMAG proporcionaba evidencia empírica específica sobre estos riesgos: los 2 billones de pesos perdidos incluían no solo ineficiencias operativas sino también costos de transición institucional que habían sido subestimados en las proyecciones iniciales. Esta evidencia sugería que las proyecciones de la reforma podrían estar subestimando significativamente los costos reales de implementación.

La Reversibilidad: Opciones en Caso de Fallas de Implementación

Una dimensión crítica de la gestión de riesgos de transición se relacionaba con la reversibilidad de los cambios propuestos en caso de que la implementación no produjera los resultados esperados. Las transformaciones institucionales complejas generan costos hundidos significativos que dificultan la reversión hacia modelos anteriores, creando riesgos de quedar atrapados en equilibrios institucionales subóptimos.

Las proyecciones de la reforma no parecían incluir consideraciones específicas sobre opciones de reversión o mecanismos de contingencia en caso de fallas de implementación. Esta ausencia constituía un riesgo adicional que podría materializarse en costos fiscales y sociales significativos si los cambios propuestos no generaran los beneficios proyectados.

Los nudos críticos identificados revelaron que el debate sobre la reforma de salud trascendía las consideraciones puramente técnicas para involucrar cuestiones fundamentales sobre diseño institucional, gestión de riesgos, y capacidades estatales. La resolución de estos nudos requería no solo análisis técnico riguroso sino también decisiones políticas sobre la distribución apropiada de riesgos entre el Estado y el sector privado, los cronogramas apropiados para transformaciones institucionales complejas, y los mecanismos de contingencia requeridos para gestionar las incertidumbres inherentes a las reformas estructurales de gran envergadura.

8.3 Los Vacíos No Resueltos

Al final del debate del 27 de mayo de 2025, múltiples preguntas fundamentales permanecían sin respuestas técnicamente satisfactorias, evidenciando que la confrontación entre la argumentación gubernamental y las objeciones legislativas había identificado problemas sin resolverlos. Estos vacíos no resueltos constituían el núcleo de las incertidumbres que dificultaban la toma de decisiones informadas sobre la viabilidad de la reforma propuesta.

El Vacío de la Siniestralidad: Metodologías en Conflicto

La controversia sobre las metodologías de cálculo de siniestralidad permaneció sin resolución técnica satisfactoria. Mientras el gobierno utilizaba metodologías que arrojaban siniestralidades del 94%, fuentes independientes y datos de EPS intervenidas sugerían siniestralidades superiores al 105%. Esta diferencia de 10+ puntos porcentuales implicaba diferencias fiscales de aproximadamente 9+ billones de pesos anuales, magnitud que alteraba fundamentalmente las proyecciones de sostenibilidad.

La ausencia de resolución metodológica sobre siniestralidad evidenciaba limitaciones estructurales en los sistemas de información del sector salud que impedían la generación de datos técnicos confiables para la toma de decisiones de política pública. Esta limitación comprometía no solo la evaluación de la reforma propuesta sino también la capacidad general del sistema para la gestión basada en evidencia.

El Vacío de Capacidades Institucionales: ADRES como Incógnita Operativa

Las preguntas sobre la capacidad operativa de la ADRES para asumir las nuevas funciones asignadas permanecieron sin respuestas técnicamente específicas. Mientras el gobierno argumentaba que la entidad tenía recursos financieros disponibles, las preguntas sobre capacidades técnicas, sistemas de información, y competencias organizacionales específicas requeridas para la gestión del riesgo financiero no fueron abordadas satisfactoriamente.

Esta ausencia de claridad sobre capacidades institucionales constituía un vacío crítico porque la materialización exitosa de las eficiencias proyectadas por la reforma dependía fundamentalmente de la capacidad de la ADRES para gestionar efectivamente funciones que históricamente habían sido desempeñadas por múltiples actores privados con incentivos de mercado para la eficiencia.

El Vacío de la Transición: Secuencia y Cronogramas

Las preguntas sobre la secuencia apropiada de implementación de los diferentes componentes de la reforma permanecieron sin respuestas operativas específicas. La senadora Norma Hurtado había articulado esta preocupación con precisión: *"más allá de esta presentación esperábamos una contundente exposición donde usted le dijera a estos colombianos que sí estamos en una que sí estamos estudiando una reforma que es sostenible en el tiempo"* (2:44:07). Esta expectativa de claridad operativa no fue satisfecha durante el debate.

La ausencia de cronogramas operativos específicos constituía un vacío crítico porque las transformaciones institucionales complejas requieren secuenciación cuidadosa para evitar disrupciones operativas que podrían comprometer tanto la continuidad de servicios como la sostenibilidad política de la reforma. Sin esta claridad operativa, la evaluación de los riesgos de implementación permanecía en el ámbito de la especulación rather than análisis técnico riguroso.

El Vacío del Financiamiento: Fuentes Permanentes vs. Temporales

La controversia sobre la naturaleza permanente vs. temporal de las fuentes de financiación propuestas no fue resuelta satisfactoriamente. Mientras el gobierno presentó un paquete de fuentes que incluía tanto recursos permanentes (impuestos saludables, IVA social) como recursos temporales (excedentes de cuentas maestras, FOSPEC), la proporción específica de cada categoría y las implicaciones para la sostenibilidad de largo plazo permanecieron sin clarificación técnica específica.

Esta ausencia de claridad sobre la composición temporal de las fuentes de financiación comprometía la evaluación de la sostenibilidad fiscal de la reforma, particularmente en los años posteriores al agotamiento de las fuentes temporales. Sin esta claridad, las proyecciones de sostenibilidad permanecían sujetas a incertidumbres significativas que dificultaban la toma de decisiones informadas.

El Vacío de los Costos de Transición: Experiencia vs. Proyecciones

La evidencia empírica sobre costos de transición institucional (particularmente del caso FOMAG) contrastaba con las proyecciones relativamente optimistas de la reforma sobre los costos de implementación. Esta discrepancia no fue resuelta mediante análisis específico de las diferencias entre los contextos del FOMAG y la

reforma propuesta, dejando sin respuesta preguntas críticas sobre la extrapolabilidad de la experiencia reciente.

Los costos de transición constituían un vacío crítico porque la evidencia internacional sugiere que estos costos típicamente superan las proyecciones iniciales, particularmente en contextos de alta complejidad institucional y resistencias políticas significativas. Sin análisis específico de estos riesgos, las proyecciones fiscales de la reforma permanecían sujetas a incertidumbres que podrían materializarse en sobrecostos significativos.

El Vacío de la Gobernanza: Mecanismos de Control y Coordinación

Las preguntas sobre los mecanismos específicos de gobernanza del nuevo sistema permanecieron sin respuestas operativas detailladas. Mientras la propuesta incluía referencias generales a fortalecimiento institucional y mejoramiento de sistemas de información, los mecanismos específicos de coordinación entre múltiples actores institucionales, los procedimientos de control interno, y los sistemas de rendición de cuentas no fueron especificados con el detalle requerido para evaluación técnica rigurosa.

Esta ausencia de especificidad en mecanismos de gobernanza constituía un vacío crítico porque la efectividad de sistemas de salud complejos depende fundamentalmente de la calidad de la coordinación inter-institucional y los mecanismos de control interno. Sin esta claridad, la evaluación de la viabilidad operativa de la reforma permanecía incompleta.

Las Implicaciones de los Vacíos: Decisiones bajo Incertidumbre

Los vacíos no resueltos evidenciaron una característica fundamental de las decisiones sobre reformas estructurales complejas: la necesidad de tomar decisiones bajo condiciones de incertidumbre técnica significativa. Esta incertidumbre no reflejaba deficiencias en la calidad del debate sino limitaciones inherentes a la predicción de comportamientos de sistemas complejos bajo condiciones de transformación estructural.

Sin embargo, la magnitud de los vacíos no resueltos sugería que la información disponible era insuficiente para decisiones informadas sobre una reforma que afectaría directamente a 50 millones de colombianos y representaría cambios fiscales de decenas de billones de pesos anuales. Esta insuficiencia informativa planteaba preguntas sobre los criterios apropiados para la toma de decisiones legislativas en contextos de alta incertidumbre técnica.

Los vacíos no resueltos también evidenciaron limitaciones en las capacidades técnicas del Estado colombiano para la evaluación rigurosa de políticas públicas complejas. La ausencia de respuestas técnicamente satisfactorias a preguntas fundamentales sugería la necesidad de fortalecimiento de capacidades analíticas

tanto en el Ejecutivo como en el Legislativo para el procesamiento efectivo de reformas de alta complejidad técnica.

El análisis crítico reveló, por tanto, que tanto la propuesta gubernamental como las objeciones legislativas contenían fortalezas y debilidades significativas, pero que el debate había logrado identificar vacíos críticos que requerían resolución adicional antes de decisiones definitivas sobre la reforma. Esta conclusión sugería la necesidad de procesos de evaluación técnica más extendidos y rigurosos para reformas de esta magnitud y complejidad.

X. ANEXOS Y REFERENCIAS

10.1 Metodología de Análisis

La presente relatoría analítica adoptó una metodología de análisis cualitativo temático complementada con evaluación técnica de datos cuantitativos presentados durante el debate. Esta aproximación metodológica buscó equilibrar la fidelidad descriptiva al desarrollo cronológico del debate con la profundidad analítica requerida para identificar patrones argumentativos, consistencias técnicas, y vacíos informacionales que caracterizaron la confrontación entre diferentes posiciones políticas.

Criterios de Selección de Información

La selección de citas textuales siguió tres criterios principales: (1) **representatividad argumental**, priorizando intervenciones que sintetizaran posiciones centrales de cada actor; (2) **contenido técnico específico**, enfatizando momentos donde se presentaron datos cuantitativos, metodologías de cálculo, o referencias empíricas verificables; y (3) **momentos de confrontación directa**, identificando intercambios que revelaran tensiones subyacentes sobre aspectos técnicos o políticos específicos.

La transcripción original de 5 horas y 11 minutos (311 minutos) de debate fue analizada mediante codificación temática que identificó 127 citas textuales significativas, de las cuales 89 fueron incorporadas directamente en el análisis. La selección priorizó intervenciones que contribuyeran al desarrollo argumental específico de cada sección temática, evitando redundancias que no agregaran valor analítico.

10.2 Listado de Participantes

Tabla Completa: Senadores, Ministros, Invitados con Intervenciones Principales

Actor	Cargo/Institución	Tiempo de Intervención	Contribución Principal
MINISTROS			

Germán Ávila	Ministro de Hacienda y Crédito Público	2:04:00-2:40:00; 2:52:00-3:02:00	Presentación técnica sostenibilidad fiscal (15 diapositivas); contextualización internacional del gasto en salud; defensa de supuestos macroeconómicos
Guillermo Alfonso Jaramillo	Ministro de Salud y Protección Social	3:02:00-3:45:00; 4:56:00-5:11:00	Defensa modelo atención primaria; crítica del modelo de mercado en salud; confrontación política con legisladores
Félix Martínez	Presidente ADRES	Acompañamiento técnico	Apoyo técnico a ministros
SENADORES CITANTES			
Norma Hurtado	Senadora (Partido de la U) - Citante principal	15:19-52:00; 2:41:53-2:52:00; 4:30:04-4:41:52	Cuestionamiento metodológico sistemático; identificación inconsistencias fiscales; crítica separación funciones Min. Hacienda/Salud
Lorena Ríos	Senadora (Partido Conservador) - Citante	53:37-58:18	Enfoque en viabilidad financiera y flujo de caja del sistema; estadísticas sobre cartera vencida IPSs

SENADORES PARTICIPANTES			
Ana Paola Agudelo	Senadora (Partido Liberal)	1:00:37-1:11:01	Preguntas específicas sobre Sistema General de Participaciones y financiación de reforma
Honorio Henríquez	Senador (Partido Conservador)	1:30:55-1:44:11; 4:42:22-4:53:50	Análisis técnico detallado inconsistencias presupuestales; denuncia amenazas políticas; defensa del debate democrático
Omar Restrepo	Senador (Pacto Histórico)	1:11:17-1:18:29	Reconocimiento crisis sistémica; análisis estructural de fallas del modelo actual
Martha Peralta	Senadora (Pacto Histórico)	1:18:37-1:26:02	Defensa técnica de la reforma; apoyo a proyecciones gubernamentales
Fabián Díaz	Senador (Pacto Histórico)	1:44:26-1:51:27	Diagnóstico histórico de fallas sistémicas; contexto sobre corrupción en EPS
Ferney Silva	Senador (Pacto Histórico)	1:51:33-1:59:01	Análisis de sobrecostos y potenciales ahorros del sistema; estadísticas sobre EPS liquidadas
EXPERTOS EXTERNOS			

Luis Fernando Sotelo	Subdirector Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud	3:48:35-3:54:14	Evaluación técnica independiente; identificación vacíos metodológicos en proyecciones fiscales
Victoria Eugenia Soto	Directora PROESA, Universidad ICESI	4:03:10-4:09:21	Análisis histórico evolución gasto de bolsillo; datos sobre protección financiera hogares
Paul Díaz	Representante ANDI	4:09:27-4:15:05	Crítica metodológica desde sector privado; cálculos alternativos siniestralidad (105.4%)
Fabián Cardona	Director SEPES	4:15:17-4:20:26	Análisis desafíos talento humano; proyecciones demográficas enfermedades crónicas
Santiago Marroquín	Vicepresidente AMCHAM	4:21:05-4:25:54	Posición empresarial matizada; preocupaciones sobre sostenibilidad fiscal
Néstor Gómez	Experto independiente	3:56:49-4:02:37	Análisis concentración funciones ADRES; propuestas separación de funciones

10.3 Cronología del Debate

Línea de Tiempo Detallada: Momentos Clave con Minutaje

Tiempo	Fase	Actor/Evento	Tema Central
INSTALACIÓN Y MARCO GENERAL			
1:25-14:13	Apertura	Presidenta Nadia Blel / Secretaria	Verificación quórum, lectura orden del día
14:18-15:18	Contextualización	Presidenta Nadia Blel	Reconocimiento histórico presencia Min. Hacienda
EXPOSICIÓN CRÍTICA PRINCIPAL			
15:19-17:30	Introducción	Sen. Norma Hurtado	Planteamiento pregunta central: "¿Cuánto vale la reforma?"
17:32-30:00	Análisis técnico	Sen. Norma Hurtado	Revisión cifras históricas del sistema
30:00-45:00	Cuestionamiento fiscal	Sen. Norma Hurtado	Identificación inconsistencias proyecciones
45:00-52:00	Síntesis crítica	Sen. Norma Hurtado	Responsabilidad con 50 millones de colombianos
INTERVENCIONES LEGISLATIVAS COMPLEMENTARIAS			
53:37-58:18	Apoyo técnico	Sen. Lorena Ríos	Datos sobre cartera vencida y flujo de caja
58:35-1:11:01	Preguntas específicas	Sen. Ana Paola Agudelo	Sistema General de Participaciones

1:11:17-1:18:29	Diagnóstico sistémico	Sen. Omar Restrepo	Crisis estructural del sistema actual
1:18:37-1:26:02	Defensa reforma	Sen. Martha Peralta	Apoyo a proyecciones gubernamentales
1:30:55-1:44:11	Crítica detallada	Sen. Honorio Henríquez	Análisis técnico inconsistencias presupuestales
1:44:26-1:51:27	Contexto histórico	Sen. Fabián Díaz	Diagnóstico fallas estructurales
1:51:33-1:59:01	Análisis eficiencias	Sen. Ferney Silva	Sobrecostos y potenciales ahorros
RESPUESTA GUBERNAMENTAL			
2:04:00-2:25:00	Datos macroeconómicos	Min. Hacienda Germán Ávila	Contextualización internacional, fuentes y usos
2:25:00-2:40:00	Proyecciones fiscales	Min. Hacienda Germán Ávila	Senda de sostenibilidad 2025-2034
2:52:00-3:02:00	Defensa metodológica	Min. Hacienda Germán Ávila	Justificación uso de supuestos económicos
3:02:00-3:30:00	Justificación médica	Min. Salud Jaramillo	Defensa atención primaria
3:30:00-3:45:00	Crítica modelo actual	Min. Salud Jaramillo	Fallas de mercado en salud
VOCES EXTERNAS (SESIÓN INFORMAL)			
3:47:00-3:54:14	Evaluación académica	Luis Fernando Sotelo	Vacíos metodológicos proyecciones

3:56:49-4:02:37	Análisis institucional	Néstor Gómez	Concentración funciones ADRES
4:03:10-4:09:21	Protección financiera	Victoria Eugenia Soto	Evolución histórica gasto de bolsillo
4:09:27-4:15:05	Crítica empresarial	Paul Díaz (ANDI)	Metodología siniestralidad alternativa
4:15:17-4:20:26	Desafíos operativos	Fabián Cardona (SEPES)	Talento humano y demografía
4:21:05-4:25:54	Posición empresarial	Santiago Marroquín (AMCHAM)	Preocupaciones implementación
CONFRONTACIÓN Y CIERRE			
4:30:04-4:41:52	Insistencia técnica	Sen. Norma Hurtado	Demanda claridad operativa
4:42:22-4:53:50	Tensión política	Sen. Honorio Henríquez	Amenazas y debate democrático
4:56:00-5:11:00	Confrontación directa	Min. Salud Jaramillo	Descalificaciones y defensas
5:11:20-5:11:44	Suspensión	Presidenta	Debate continuará en fecha posterior

10.4 Normativa y Documentos Referenciados

Normativa Constitucional y Legal

- **Constitución Política de Colombia (1991):** Derecho fundamental a la salud, control político
- **Ley 100 de 1993:** Sistema General de Seguridad Social en Salud (modelo vigente)
- **Ley 1438 de 2011:** Fortalecimiento atención primaria (Dilian Francisca Toro)
- **Ley 1751 de 2015:** Ley Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud
- **Ley 1607 de 2012:** Reducción aportes patronales
- **Ley Quinta de 1992:** Reglamento del Congreso

Actos Legislativos

- **Acto Legislativo 01 de 2001:** Modificación SGP (Pastrana) - 629 billones reducción
- **Acto Legislativo 04 de 2007:** Extensión modificaciones SGP (Uribe)
- **Acto Legislativo 03 de 2024:** Modificaciones recientes SGP

Proyectos de Ley

- **Proyecto 410/2025 Senado - 312/224 Cámara:** Transformación sistema salud
- **31 proyectos conexos** para próxima sesión Comisión Séptima

Documentos Técnicos

- **Aval Fiscal 13 mayo 2025:** Concepto aprobatorio condicionado Min. Hacienda
- **Aval Fiscal 11 septiembre 2024:** Versión anterior (Gaceta 17 sept)
- **Resolución ADRES 20547/2024:** Liquidación presupuestal (34.9 vs 38.1 billones)

Pronunciamientos Judiciales

- **Auto 007/2025 Corte Constitucional:** Insuficiencia UPC
- **Autos 008 y 009:** Mesas técnicas UPC

10.5 Cifras y Datos Clave Consolidados

Tabla Resumen: Principales Indicadores Financieros y de Gestión

INDICADOR	VALOR ACTUAL	PROYECCIÓN 2034	FUENTE/OBSERVACIÓN
INDICADORES FISCALES			
Gasto salud % PIB	8.1%	7.67%	Min. Hacienda (vs. 8.8% OCDE)
Aportes nación (billones)	38.1	62.8	Diferencia 3.2 bill con ADRES
Balance anual	-2.8 billones (Sen.)	+6.8 billones (Min.)	Disputa metodológica
Deuda acumulada	~30 billones	No especificado	Estimación legislativa

INDICADORES OPERATIVOS			
Cobertura población	99% (51.9 millones)	Mantener	Crecimiento desde 29% (1995)
Siniestralidad oficial	94.6%	Estable	Metodología gubernamental
Siniestralidad real	102-109%	No proyectada	EPS intervenidas/ANDI
EPS liquidadas	130/156 (83%)	Transformación	Sen. Ferney Silva
Cartera vencida IPSs	85.5%	Reducción proyectada	Sen. Lorena Ríos
NUEVAS FUENTES FINANCIACIÓN			
Impuestos saludables	0 (2025)	3-4.6 billones/año	A partir 2026
IVA social (0.5%)	2.1 billones	3.4 billones	Permanente
Punto PIB adicional	0	17 billones	Meta 2032
Fuentes temporales	1.1 billones	Agotamiento 2027	FOSPEC, excedentes
PROTECCIÓN FINANCIERA			
Gasto bolsillo hogares	36% → 38%	Sin proyección	Deterioro 2023-2024
Gasto mensual promedio	$141,000	No proyectado	Incremento reciente
Gasto catastrófico	2% → 2.5%	Hasta 60% si falla	Riesgo sin control
Tutelas salud	247,000 (+63%)	Sin proyección	Crecimiento gobierno actual
CAPACIDAD INSTITUCIONAL			
Ejecución ADRES	50% actual	Gestión riesgo total	Sin evaluación específica
Profesionales salud	Déficit actual	Demanda exponencial	"No tenemos ni tendremos"
Sistemas información	Fragmentados	Unificado	Sin cronograma desarrollo

Nueva EPS pasivos	6-8 billones	Por definir	11 millones afiliados

Notas: Cifras en billones de pesos corrientes salvo indicación. Proyecciones sujetas a supuestos macroeconómicos no detallados. Discrepancias metodológicas sin resolver entre fuentes gubernamentales e independientes.

3. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY.

El Proyecto de Ley de Reforma a la Salud, busca reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para convertirlo en un Sistema de Salud enfocado en el Aseguramiento Social en Salud, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Promueve un modelo de salud centrado en la atención primaria, organiza las instancias de gobernanza y dirección del sistema con un enfoque diferencial y territorial, coordina a las instituciones que prestan servicios de salud, redefine la asignación y uso de los recursos financieros, crea un sistema de información público, unificado e interoperable, refuerza la inspección, vigilancia y control, establece mejores condiciones para el talento humano en salud (THS), y una atención oportuna, especialmente en zonas vulnerables. y define las normas para la transición y evolución institucional del SGSSS.

4. ESTADO ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pilar fundamental de la protección social en Colombia conforme a lo establecido en la Ley 100 de 1993, atraviesa una crisis financiera de carácter estructural que se ha venido consolidando a lo largo de la última década, y que actualmente alcanza niveles de insostenibilidad que comprometen de forma directa la garantía del derecho fundamental a la salud consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política. La situación de iliquidez estructural del sistema es el resultado de una acumulación progresiva de obligaciones impagas, deficiencias en los giros presupuestales por parte del Estado, evasión y elusión en el pago de las contribuciones obligatorias al régimen contributivo, así como una arquitectura institucional fragmentada que ha permitido la proliferación de deudas sin mecanismos efectivos de recaudo y depuración.

De acuerdo con la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), al corte del primer trimestre de 2024, la deuda total del Estado colombiano con el SGSSS se encuentra en un rango que oscila entre el 1,5% y el 1,8% del Producto Interno Bruto, lo cual representa una carga que supera los 26 billones de pesos colombianos (Infobae, 2025). Esta cifra, además de reflejar una profunda desarticulación entre el gasto real del sistema y los recursos asignados para su operación, evidencia un incumplimiento sistemático del deber estatal de asegurar la sostenibilidad financiera del sistema, establecido en normas como la Ley 1122 de 2007 y ratificado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La primera fuente estructural de esta deuda radica en la irregularidad de los giros que deben realizarse desde el Presupuesto General de la Nación (PGN) con destino al financiamiento del régimen subsidiado. Conforme al artículo 48 de la Constitución, el Estado es responsable de garantizar la cobertura y sostenibilidad del aseguramiento en salud, especialmente para la población más vulnerable. No obstante, informes de la Contraloría General de la República revelan que entre los años 2020 y 2023 se acumuló un déficit de aproximadamente 8,2 billones de pesos en estos giros obligatorios (Contraloría General, 2024). Este incumplimiento genera una cadena de consecuencias negativas en cascada: las Entidades Promotoras de Salud (EPS) dejan de recibir los recursos a tiempo, no pueden transferir pagos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y estas últimas, a su vez, se ven forzadas a reducir o suspender la prestación efectiva de servicios de salud, afectando así el goce efectivo del derecho a la salud.

En segundo lugar, subsisten pasivos del extinto Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), entidad que fue liquidada conforme a lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y cuyas funciones fueron trasladadas a la ADRES. A pesar de dicha transición institucional, muchas obligaciones adquiridas durante el funcionamiento del FOSYGA no han sido reconocidas ni pagadas, configurando así una carga financiera histórica que continúa afectando los balances de las EPS, las cuales siguen a la espera de la compensación por servicios ya prestados. A este fenómeno se suman las deudas de la ADRES misma, las cuales, según declaraciones del presidente de ACEMI registradas en marzo de 2025, ascienden a más de $419.000 millones, correspondientes a ajustes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del año 2022 que aún no han sido desembolsados en su totalidad (La República, 2025).

Asimismo, no puede pasarse por alto que las EPS enfrentan una creciente dificultad en la gestión del recaudo de aportes al régimen contributivo, fenómeno que tiene su origen en la persistente informalidad laboral del país, así como en el fenómeno de evasión y elusión en el pago de cotizaciones obligatorias. Este contexto erosiona la base financiera sobre la que se sostiene el principio de solidaridad, uno de los fundamentos del sistema. Según cifras de ACEMI, la siniestralidad del sistema de salud en el año 2024 alcanzó el 109%, lo que significa que por cada $100 recibidos por concepto de UPC, se generaron gastos por $109, lo cual produjo un déficit operativo de $5,95 billones en el año, sin incluir los $5,2 billones adicionales correspondientes a gastos administrativos de las EPS (APN Noticias, 2025).

La presión financiera a la que están sometidas las EPS ha conducido a una descapitalización. Al mes de marzo de 2024, las pérdidas acumuladas del conjunto de EPS superaban los $7 billones de pesos, lo que constituye una situación alarmante no solo desde una perspectiva contable, sino también desde una perspectiva jurídica y constitucional, pues compromete gravemente la viabilidad del aseguramiento como derecho prestacional garantizado por el Estado. Esta situación vulnera de forma directa los principios de eficiencia, sostenibilidad y universalidad previstos en el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015, y plantea serias dudas sobre la

capacidad del sistema para continuar cumpliendo con los estándares mínimos de acceso, oportunidad y calidad en la atención.

El sistema de salud colombiano atraviesa en 2025 un momento crítico. Una combinación de factores, incluyendo decisiones sobre el incremento de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) y el salario mínimo, en una situación de profunda crisis financiera y operativa, según ANIF[31], el sistema enfrenta un déficit acumulado que supera los 19,8 billones de pesos en los últimos tres años, con una cifra de 9,9 billones correspondiente solo al año 2024. Con una cartera vencida que supera los 18 billones de pesos y la reducción de más de 1.200 prestadores durante 2024, lo que intensifica las amenazas de iliquidez, interrupciones asistenciales y riesgos legales.

Esta alarmante situación financiera está estrechamente ligada, como señalan diversas voces y el análisis presentado, a la insuficiencia de los incrementos realizados a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC). Los ajustes en la UPC, como el incremento del 5,36% para 2025, son considerados por muchos actores como insuficientes para cubrir los costos operativos crecientes del sistema. Esta percepción se fundamenta en análisis técnicos que, por ejemplo, para el año 2024, indicaron que para cubrir los costos del Plan de Beneficios en Salud (PBS) con suficiencia, se requería un incremento de entre el 7% y el 8% en la UPC. La ausencia de un estudio de suficiencia similar para 2025 genera una considerable incertidumbre sobre la capacidad del sistema para responder a los desafíos financieros.

Situación de los Pacientes: Análisis de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS)

El comportamiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) constituye un indicador esencial para evaluar el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) desde la óptica de los usuarios. La dinámica de este instrumento de control ciudadano permite inferir no solo la calidad del servicio prestado, sino también la eficacia de los canales de atención al usuario, la oportunidad en la resolución de conflictos y la percepción general de satisfacción con el sistema. En ese sentido, el análisis de las PQRS permite una aproximación empírica al cumplimiento del artículo 49 de la Constitución Política, que establece la salud como un derecho fundamental y un servicio público esencial.

Según el informe estadístico de la Superintendencia Nacional de Salud correspondiente al año 2023, se registraron un total de 2.847.391 PQRS relacionadas con el sistema de salud colombiano. De esta cifra, las peticiones ocuparon el mayor porcentaje con 1.892.456 registros, equivalentes al 66.4% del total. Le siguieron las quejas con 687.231 casos (24.1%), los reclamos con 198.574 registros (7.0%) y finalmente las sugerencias con 69.130 casos (2.4%) (Superintendencia Nacional de Salud, 2023). Este volumen masivo de interacciones evidencia un sistema que, a pesar de sus múltiples limitaciones estructurales y

[31] https://www.anif.com.co/informe-semanal/apagon-financiero-en-el-sector-salud/

financieras, conserva cierto grado de apertura institucional hacia la recepción de la voz ciudadana, lo cual, en principio, es un elemento favorable dentro de un Estado Social de Derecho.

No obstante, el contenido de las quejas revela una sintomatología crítica del sistema. De acuerdo con los mismos datos oficiales, el 34.2% de las quejas presentadas se relacionan con la negación de servicios, mientras que el 28.7% corresponden a demoras injustificadas en la atención, el 18.9% a inconformidades con la facturación o los cobros, el 12.8% a deficiencias en la calidad del servicio y el 5.4% a otros motivos diversos. Estas cifras revelan con claridad que las falencias del sistema no solo son de índole financiera o administrativa, sino que se manifiestan de forma directa en la ruptura de la relación médico-paciente, en la falta de acceso efectivo a servicios oportunos y en la desconfianza de los usuarios respecto a la transparencia de los procesos de facturación.

Las consecuencias directas de esta crisis recaen, infortunadamente, sobre los ciudadanos. La vulnerabilidad asistencial se manifiesta en un incremento de tutelas y Peticiones, Quejas y Reclamos (PQRS). Si bien las fuentes señalan un aumento general del 15% en tutelas y PQRS debido a fallas en la continuidad asistencial, ANIF ofrece cifras aún más específicas y preocupantes; para 2024, las tutelas radicadas por vulneración al derecho a la salud alcanzaron las 903 mil, lo que representa un incremento del 27% respecto a 2023. Asimismo, para enero de 2025, las quejas y reclamos relacionadas con servicios de salud crecieron un 55,1% frente a enero de 2023.

Ante la gravedad de la situación y el reconocimiento de la insuficiencia financiera, ANIF destaca que, en 2025, la Corte Constitucional declaró un incumplimiento general de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) y ordenó su reajuste tanto para 2024 como para 2025, al considerarla insuficiente para las necesidades del sistema.

Así mismo, el incremento del salario mínimo del 9,54% crea un desbalance significativo frente al aumento de la UPC, dado que el 63% de los costos de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) corresponde a nóminas. Este diferencial de más de cuatro puntos porcentuales representa una carga financiera adicional de aproximadamente 3 billones de pesos para el sistema.

El manejo de los pasivos por servicios incurridos pero no reportados (IBNR) no fue considerado a fondo al definir la UPC 2025. Las reservas para IBNR representan entre el 8% y 10% de los costos anuales de las EPS. La falta de provisión adecuada para IBNR podría agravar los riesgos de insolvencia.

Los hospitales públicos destinan hasta el 70% de sus presupuestos a costos laborales, mientras que en el sector privado, los contratos a menudo no reflejan los costos reales.

Sin embargo, el análisis de las cifras para el Régimen Contributivo y Subsidiado en 2025 revela una preocupante insuficiencia presupuestaria. La asignación anual de $502 mil millones apenas cubriría 1.62 meses de gastos, basándose en

postulaciones mensuales mínimas reportadas de $310 mil millones en diciembre de 2024. Esto evidencia un déficit significativo que deja un vacío financiero de aproximadamente 10.38 meses. Esta desfinanciación compromete gravemente la protección y atención de la población, especialmente a aquellos con enfermedades raras y de alto costo. Aunque el aumento en Compra Centralizada (+185.8%) sugiere un enfoque en medicamentos y tecnologías costosas, su suficiencia frente a la demanda es cuestionable. La inclusión de ajustes para deuda histórica es un intento de abordarla, pero el monto asignado es insuficiente considerando la deuda reportada de más de 2.9 billones en presupuestos máximos.

La Acción de Tutela: Mecanismo de Protección Judicial del Derecho a la Salud

En Colombia, la acción de tutela, consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política y reglamentada mediante el Decreto 2591 de 1991, se ha consolidado como un mecanismo judicial fundamental para la protección del derecho a la salud. Lejos de ser un recurso marginal, su uso recurrente por parte de los ciudadanos refleja tanto la legitimidad de la jurisdicción constitucional como las insuficiencias estructurales del sistema de salud que obligan a los usuarios a acudir al aparato judicial para obtener aquello que debería ser garantizado de forma directa y oportuna por las entidades responsables.

Durante el año 2023, según datos reportados por la Defensoría del Pueblo, se interpusieron 127.892 tutelas relacionadas con asuntos de salud, lo que representa el 23.4% del total de acciones de tutela presentadas en el país. Aunque esta cifra refleja una leve disminución frente a los años anteriores, la tendencia histórica revela que el sector salud ha sido, durante más de una década, la materia principal de litigio constitucional en Colombia. Los datos de años anteriores refuerzan esta tendencia: en 2019 se presentaron 142.786 tutelas (26.1%), en 2020 fueron 134.521 (24.8%), en 2021 se registraron 129.847 (24.2%) y en 2022 fueron 125.963 (23.8%) (Defensoría del Pueblo, 2024).

El análisis de las causas más recurrentes de estas acciones permite comprender las tensiones entre la normatividad del sistema de salud y su operación concreta. El 31.2% de las tutelas tienen como fundamento la negación de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS, anteriormente POS), el 24.7% se relacionan con procedimientos quirúrgicos no autorizados, el 19.8% con demoras en la asignación de citas médicas especializadas, el 13.4% con la falta de exámenes diagnósticos oportunos y el 10.9% corresponde a otros motivos diversos. La reiteración de estas causales sugiere que el sistema, en su arquitectura normativa y financiera, no está cumpliendo de manera eficaz con el principio de integralidad que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 impone al derecho a la salud.

De continuar con la problemática de la insuficiencia desataría una verdadera crisis de salud en el país y traería las siguientes consecuencias:

- No pago a los acreedores y prestadores
- No inversión en equipos
- No pago de salarios

- Aumento de despidos
- Cierre de servicios
- Falta de insumos y medicamentos
- Detrimento en la prestación de servicios a los usuarios

Si esto no se corrige se darían los siguientes escenarios:

Si el usuario cuenta con el dinero, compra una póliza de seguro o paga los servicios de salud de su bolsillo. Si no cuenta con los recursos, su salud se verá muy afectada y en las más graves instancias, podría llegar a la muerte. La solución hoy es financiar con mayores recursos el sistema de salud, pero también hay alternativas para mejorar y corregir la problemática de las asimetrías de concentraciones de pacientes con enfermedades de alto costo, que al darse una distribución más equitativa pueden ayudar significativamente a la sostenibilidad financiera de las EPS con alta concentración de riesgo.

El informe de la Contraloría General de la República - Estado del Sistema de Salud en Colombia según la Contraloría General de la República (vigencia 2024)

A continuación, te presento un informe analítico que complementa la ponencia “La Acción de Tutela: Mecanismo de Protección Judicial del Derecho a la Salud”, integrando los hallazgos más relevantes del informe de la Contraloría General de la República sobre el estado del aseguramiento en salud (vigencia 2024):

Estado del Sistema de Salud en Colombia según la Contraloría General de la República (vigencia 2024)

1. Diagnóstico estructural del sistema

Según la CGR, el sistema de salud colombiano continúa enfrentando serias dificultades estructurales que repercuten directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud. La Contraloría General de la República (CGR), en su más reciente informe, evidenció una serie de deficiencias en el aseguramiento y la gestión de recursos por parte de las EPS y los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, con impactos significativos en el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud.

Uno de los principales hallazgos es la elevada concentración del aseguramiento en unas pocas EPS, muchas de las cuales están actualmente bajo medidas de intervención o vigilancia especial. Al cierre de 2024, 29.5 millones de personas (59,2% del total de afiliados) estaban vinculadas a EPS intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, lo cual representa un riesgo sistémico para la estabilidad y sostenibilidad del sistema.

2. Sostenibilidad financiera en crisis

El informe señala un deterioro progresivo en la situación financiera de las EPS. Muchas de ellas presentan patrimonio negativo, falta de liquidez y crecimiento en las deudas con prestadores de servicios de salud (IPS) y proveedores de medicamentos. La Nueva EPS, la más grande del país, no presentó estados financieros certificados, lo que impide una evaluación transparente de su gestión. No obstante, se advierte un riesgo elevado de insolvencia en esta entidad.

Además, el proceso de compensación por Unidad de Pago por Capitación (UPC) no ha sido suficiente para cubrir el alto costo asociado a pacientes crónicos o con enfermedades de alto costo que han sido trasladados desde EPS liquidadas, generando presión fiscal y desequilibrio financiero en las EPS receptoras.

3. Acceso a servicios y calidad de atención

La Contraloría destaca que, pese a la cobertura del 98.5% de la población, persisten barreras graves de acceso: demoras en citas médicas, negación de servicios y tratamientos, y escasez de medicamentos. Estas situaciones afectan directamente el principio de integralidad y oportunidad del derecho a la salud, llevando a miles de ciudadanos a interponer acciones de tutela como mecanismo de protección judicial.

4. Relación con las acciones de tutela

La evidencia fiscal y administrativa recogida por la Contraloría complementa el fenómeno jurídico de la judicialización del derecho a la salud. La falta de capacidad de las EPS para garantizar servicios esenciales y la ineficiencia en el uso de recursos son factores que explican por qué la tutela sigue siendo un mecanismo de acceso habitual para los usuarios. Esto representa una paradoja en el modelo de aseguramiento: un sistema que formalmente garantiza la salud como derecho, pero que, en la práctica, lo judicializa masivamente.

5. Impactos si no se corrige la situación

De mantenerse las actuales condiciones, el país enfrentaría un agravamiento de la crisis de salud, manifestado en:

- No pago a prestadores ni proveedores.
- Cierre de servicios y hospitales.
- Falta de insumos y medicamentos.
- Pérdida de empleos en el sector.
- Aumento de muertes evitables por falta de atención.

Además, se generaría una peligrosa segmentación en el acceso: quienes tienen recursos podrían acudir a seguros privados o al pago directo; quienes no, quedarían desprotegidos frente al sistema.

6. Líneas de solución identificadas

La Contraloría sugiere que, además de aumentar el financiamiento del sistema, es urgente corregir las asimetrías en la distribución del riesgo y las cargas asociadas a enfermedades de alto costo. Esto implica reformar el modelo de redistribución de la UPC y fortalecer los mecanismos de supervisión, control y reorganización del sector asegurador para garantizar sostenibilidad y equidad.

El informe de la Contraloría no solo valida el uso masivo de la acción de tutela como síntoma de un sistema en crisis, sino que demuestra que los problemas estructurales y financieros del aseguramiento en salud están directamente relacionados con la judicialización del derecho a la salud. Este diagnóstico refuerza la urgencia de adoptar medidas correctivas desde una perspectiva fiscal, administrativa y normativa, con el fin de garantizar la efectividad del derecho fundamental a la salud sin necesidad de acudir a los estrados judiciales.

6. LA ACCIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La Corte Constitucional el jueves 1 de febrero del 2024, ordenó una serie de medias al Ministerio de Salud para que dé cumplimiento a las disposiciones que buscan la suficiencia de los presupuestos máximos para financiar los servicios y tecnologías en salud del Plan de Beneficio en Salud (PBS) que no se sufragan con la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

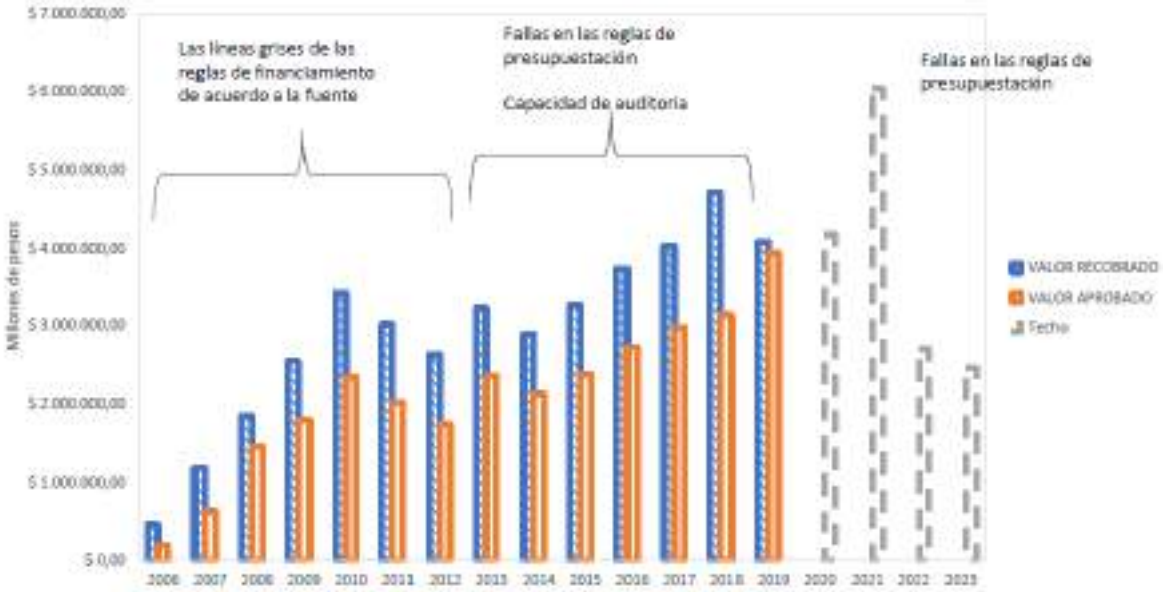
La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 evaluó el nivel de cumplimiento de las órdenes que buscan la suficiencia de estos recursos, mediante el Auto 2881 de 2023, dado que evidenció falencias en la expedición de la metodología requerida para establecerlos oportunamente. Las falencias identificadas, impactan directamente en la liquidez de las EPS y el flujo de recursos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, “pues la cartera adeudada por este concepto no solo está creciendo, sino también ha superado hasta dos años de vencida y ordenó:

- Dentro de los 45 días calendario siguientes cancelar efectivamente los valores pendientes por concepto de reajustes.
- Dentro de los 45 días calendario siguientes, presentar un cronograma en el que establezca las acciones necesarias para reconocer y pagar los valores pendientes por concepto de reajustes a los techos de la vigencia 2022. El plan de trabajo no podrá exceder el término de 6 meses para su culminación.

- Dentro de los 30 días calendario siguientes, expedir y notificar el acto administrativo de reconocimiento de los techos correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2023.
- Dentro de los 45 días calendario, presentar cronograma para definir la metodología de reajuste definitivo de los techos del año 2023.

Al respecto, la Corte Constitucional ha analizado las causas del retraso y los errores en las reglas de presupuestación de estos recursos que son vitales para financiar las tecnologías en salud que no forman parte del PBS y los Servicios Sociales Complementarios que continúan siendo una oportunidad de mejora del sistema de salud.

Gráfico 2 El problema con los presupuestos máximos



Fuente: Mesas Técnicas estudio proyecto de ley en Comisión Séptima, datos MinSalud - ADRES

Por otra parte, la Corte Constitucional y su Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 que, a través del Auto 2882 de noviembre de 2023, declaró “el nivel de cumplimiento bajo de la orden vigesimocuarta” ordenando al Ministerio de Salud en un plazo de dos meses ponerse al día con los compromisos adquiridos por la cartera ministerial a mediados de 2019, en lo relacionado con el llamado Acuerdo de Punto Final.

Para saldar los compromisos adquiridos en el Acuerdo de Punto Final y que no han sido cumplidos, como lo evidenció la Sala, el Ministerio de Salud tendrá dos meses, es decir, hasta el 26 de abril.

Auto 2049 de 2024:

En el Auto 2049 de 2024, la Sala verificó la situación de los PM (Presupuesto Máximos) durante la vigencia 2024, analizando si se han definido y girado de forma oportuna y si son suficientes. Sin embargo, la Corte observó que, a pesar de las adiciones presupuestales realizadas, el valor total asignado para los PM de 2024 es **insuficiente** para cubrir los pagos del segundo semestre. Adicionalmente, ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) estimó un faltante de $2.7 billones para esa fecha y resaltó la gravedad de la crisis financiera generada por la insuficiencia de los PM y la UPC. La falta de apropiación de recursos suficientes por parte del Ministerio de Salud para garantizar la financiación de los servicios PBS no UPC en 2024 constituye un retroceso e incumplimiento.

Adicionalmente, se constató que para 2024 se siguen presentando los problemas identificados previamente:

- Los PM se siguen definiendo durante la misma vigencia fiscal.
- Se definen para periodos cortos (dos meses).
- Se reconocen mediante actos administrativos individuales por cada EPS, lo que genera confusión, desorden, y falta de transparencia y equidad.
- El cálculo parcial de los PM no permite una adecuada gestión de los recursos y genera incertidumbre para las EPS.
- El pago se realiza de forma tardía una vez reconocidos.

De igual forma, en el Auto 2049 de 2023 la Sala decidió dar apertura al incidente de desacato de oficio en contra del Ministro de Salud y Protección Social. La razón específica fue el incumplimiento de las órdenes tercera y sexta del Auto 2881 de 2023. Estas órdenes se referían al pago de los reajustes de los PM de la vigencia 2022 y a la creación de una metodología unificada de definición y reajuste de los PM. La Sala constató que, a la fecha, ni el pago del ajuste de 2022 se había realizado, ni la metodología unificada se había creado.

Para proceder a la apertura del incidente de desacato, la Sala verificó los presupuestos formales de procedencia:

1. Legitimación: La Sala Especial de Seguimiento está legitimada para iniciar el incidente de oficio, como encargada del seguimiento a las órdenes de la Sentencia T-760.
2. Existencia de una orden concreta incumplida: Las órdenes tercera y sexta del Auto 2881 de 2023 son órdenes concretas presuntamente incumplidas.
3. Precisión del tipo de orden: Son órdenes de ejecución proferidas en el marco del seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760, buscando la suficiencia de la fuente de financiación.
4. Identificación del responsable: La persona responsable del cumplimiento es el Ministro de Salud y Protección Social.

Auto 088 de 2025:

Este Auto tuvo como propósito resolver una solicitud de aclaración presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social y, adicionalmente, corregir de oficio errores materiales en el Auto 2049 de 2024; el cual es relevante porque en él, la

Sala declaró el incumplimiento general del componente de suficiencia de presupuestos máximos (PM) para 2024 y abrió un incidente de desacato contra el Ministro de Salud.

El Ministerio de Salud presentó seis peticiones específicas buscando la aclaración del Auto 2049 de 2024. La Corte evaluó cada una de ellas bajo los requisitos de procedencia para la aclaración, especialmente la carga argumentativa (identificar frases o conceptos ambiguos en la parte resolutiva o que influyan en ella). Las solicitudes que no cumplieron con este requisito y buscaron debatir el fondo fueron rechazadas.

Solicitudes del Ministerio de Salud y respuestas de la Corte:

- **Primera:** El Ministerio de Salud y Protección Social, solicitó aclarar la naturaleza del Auto 2049 de 2024. Adicionalmente requerían saber si, además de abrir el incidente de desacato (ordinal quinto), también contenía nuevas órdenes (especialmente en los ordinales sexto y séptimo, sobre PMs de 2024 y 2025) que no estaban en el Auto 2881 de 2023 supuestamente incumplido. El Ministerio de Salud consideró que esto generaba ambigüedad.

  En consecuencia de esto, la Sala rechazó esta petición. Determinó que el Ministerio de Salud no identificó frases ambiguas, sino que intentó debatir el fondo de la decisión. La Corte aclaró que el Auto 2049 de 2024 tenía múltiples propósitos: evaluar el cumplimiento de los Presupuestos Máximos de 2024, calificar el acatamiento del Auto 2881 de 2023, y abrir el incidente de desacato. Los ordinales sexto y séptimo no se relacionaban con el incidente de desacato, sino con la declaratoria de incumplimiento general de los PM de 2024.

- **Segunda:** El Ministerio de Salud pidió aclarar una referencia incorrecta en el numeral 5.1 del ordinal quinto del Auto 2049 de 2024. Se refería al "considerando 128", pero el auto solo contenía 115 considerandos.

  En consecuencia, la Sala identificó esto como un error material y procedió a corregir el Auto 2049 de 2024. La referencia correcta era el "considerando 98".

- **Tercera:** El Ministerio de Salud solicitó aclarar el numeral 6.1 del ordinal sexto del Auto 2049 de 2024. El cual, señaló que el plazo para cancelar ciertos PM de 2024 (julio a octubre), fijado para antes de finalizar 2024, ya había expirado cuando el Auto 2049 fue notificado en enero de 2025.

  Conforme a esto, la Sala accedió a esta solicitud de aclaración. Reconoció que el Ministerio de Salud tenía razón sobre el plazo vencido al momento de la notificación. En consecuencia, aclaró el numeral 6.1 (y de oficio el 6.2, que estaba en la misma situación) estableciendo que las órdenes de cancelar los PM correspondientes a periodos de julio a diciembre de 2024 deberán cumplirse dentro de los dieciocho (18) días calendario siguientes a la notificación del Auto 088 de 2025.

- **Cuarta:** El Ministerio de Salud estimó que, con la orden 6.4 (que fijó plazos para el pago mensual de los PM de 2025 en los 15 primeros días del mes), la Sala estaba "coadministrando y legislando", extralimitándose en sus facultades y contrariando la normativa vigente.

  Debido a esto, la Sala rechazó esta petición considerando que era un "juicio de valor" y un intento de discutir el fondo de la decisión, no una duda sobre la redacción de la orden. La Corte destacó que el plazo de 15 días que ordenó se ajusta a lo establecido en resoluciones emitidas por el propio Ministerio de Salud

- **Quinta**: El Ministerio de Salud solicitó aclarar una referencia incorrecta en el numeral 6.5 del ordinal sexto del Auto 2049 de 2024. Sin embargo, señaló referencias a "literales a), b) y d) inexistentes.

  Conforme a esto, la Corte identificó esto como un error material y procedió a corregir el Auto 2049 de 2024. La referencia correcta era a los "numerales 6.1, 6.2 y 6.4 de este ordinal".

- **Sexta:** El Ministerio de Salud, solicitó aclarar una referencia incorrecta en el ordinal séptimo del Auto 2049 de 2024. De manera similar a la anterior, identificó referencias a "literales a), b) y d)" inexistentes.

  Por consiguiente, la Corte identificó esto como un error material y procedió a corregir el Auto 2049 de 2024. La referencia correcta era a los "numerales 6.1, 6.2 y 6.4 del ordinal sexto de esta providencia". Adicional a esto, la Corte corrigió de oficio un error de digitación en el ordinal cuarto del Auto 2049 de 2024, cambiando la referencia a "Auto 28881 de 2023" por "Auto 2881 de 2023".

  En síntesis, la respuesta de la Corte en el Auto 088 de 2025 rechazó las peticiones del Ministerio de Salud que buscaban rediscutir el fondo de las decisiones o la competencia de la Corte, y concedió una aclaración sustancial (el plazo para el pago de PM de finales de 2024) debido a que el término original había expirado por la fecha de notificación.

Auto 007 de 2025:

El Auto declara el incumplimiento general en relación con el componente de suficiencia de la UPC en ambos regímenes (Contributivo - RC y Subsidiado - RS) y declara la insuficiencia de la UPC de 2024.

La Corte llega a esta conclusión basándose en varios hallazgos y problemas identificados, principalmente relacionados con la información utilizada para calcular la UPC, la metodología de cálculo y otros factores que afectan su suficiencia:

1. **Deficiencias en el Sistema de Información:**

- Existe una falta de herramientas para contrastar la información reportada por las EPS con otras fuentes. Este problema se identificó desde 2011 y el Ministerio de Salud no ha implementado un mecanismo para solucionarlo.

- La información proviene principalmente de las EPS, pero no hay un método de verificación robusto, lo que permite que las EPS presenten datos inconsistentes o incompletos.
- La calidad de los datos es baja, lo que impide reflejar las verdaderas frecuencias de uso de los servicios de salud. Un gran porcentaje de registros (63%) no supera los procesos de validación del Ministerio de Salud.

2. **Metodología de Cálculo de la UPC:**

- Se considera necesario revisar y actualizar la metodología y los ajustadores de riesgo. Los ajustadores actuales (edad, sexo, ubicación geográfica) explican solo un bajo porcentaje de la variabilidad del gasto.
- Se deben incluir otras variables sensibles como perfil epidemiológico, incidencia y prevalencia de enfermedades.
- La metodología se basa en información de dos años atrás, lo que contribuye al rezago.
- La Corte ordena al Ministerio de Salud reajustar la metodología e incluir nuevas variables y ajustadores de riesgo ex ante y ex post en el cálculo.

3. **Factores que Influyen en la Suficiencia de la UPC:**

- Siniestralidad: Actores del sector salud coinciden en que la siniestralidad ha aumentado y los costos son mayores que los ingresos, indicando que la UPC no alcanza para cubrir el PBS UPC. El cálculo de siniestralidad no incluye gastos administrativos. La Corte pide al Ministerio de Salud tener en cuenta el aumento de la siniestralidad.
- Inflación: Los recursos pierden valor adquisitivo. La actualización del valor de la UPC debe ser al menos igual o superior al IPC. La Corte ordena al Ministerio de Salud actualizar el valor de la UPC sobre esta base.
- Destinaciones Específicas y Retiro de Porcentajes: Destinar un porcentaje de la UPC (5%) para Equipos Básicos de Salud (EBS) desfinancia la prima destinada al PBS. La Corte reitera que fraccionar la UPC es inconstitucional. Eliminar primas adicionales previamente reconocidas (ej. por concentración de población adulta mayor) sin justificación clara afecta la suficiencia. La Corte ordena al Ministerio de Salud y Protección Social abstenerse de fraccionar la UPC o establecer destinaciones porcentuales específicas diferentes al PBS UPC.

4. **Impacto en las EPS y Reservas Técnicas**

   La insuficiencia de la UPC afecta la capacidad de las EPS para cumplir con las reservas técnicas y requisitos de patrimonio. Esto las pone en un dilema entre garantizar el servicio y cumplir con sus obligaciones financieras, afectando la sostenibilidad del sistema.

5. **Entes de Investigación y Control**

- Hay un elevado número de hallazgos relacionados con la UPC reportados por la Contraloría (más de 400), pero la Fiscalía no reporta procesos siquiera en etapa de imputación, con muchas investigaciones inactivas.
- Los hallazgos reportados no evidencian la magnitud del impacto en la suficiencia de la UPC ni demuestran desviación de dineros de la UPC.
- La Corte ordena a la SNS, Contraloría y Fiscalía desplegar investigaciones sobre posible uso indebido de recursos de la UPC e informar semestralmente sobre los resultados y los compromisos de trabajar en equipo.

6. **Participación de Actores del Sector Salud**

- El Ministerio de Salud no ha garantizado la participación activa y transparente de los actores del sector en la determinación del valor de la UPC.
- La Corte ordena crear una mesa de trabajo con múltiples actores (incluyendo EPS, IPS, gremios, pacientes, academia) para revisar la UPC de 2024 y lograr su suficiencia, así como analizar temas clave que impactan el cálculo.

7. **Ajustes Ex Post:**

- Es necesario reajustar el valor de la UPC dentro de cada vigencia para mitigar el impacto del paso del tiempo y el rezago.
- La Corte ordena al Ministerio de Salud crear un mecanismo de ajuste ex post de la UPC en la mesa de trabajo, que deberá ejecutarse en cada vigencia (a partir de 2025) basado en estudios técnicos y seguimiento periódico. También ordena reajustar la UPC de 2024.

Auto 089 de 2025:

Mediante el auto 089 de 2025 la Corte Constitucional está respondiendo a una solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual había solicitado a la Corte que les aclarara un Auto anterior (Auto 007 de 2025).

En ese Auto anterior (el 007), la Corte había dicho que el Ministerio no estaba cumpliendo con el deber de asegurar que el dinero que se paga por la salud (la UPC) fuera suficiente para 2024. El Ministerio tenía muchísimas dudas y preguntas (14 motivos de duda y 50 preguntas) sobre esa decisión y otras órdenes del Auto 007.

Con base a lo anterior, la Corte manifiesta dice lo siguiente:

1. Rechaza la solicitud de aclaración del Ministerio.
2. Argumenta el rechazo de esta solicitud manifestando que no era una verdadera solicitud de aclaración.
3. La Corte aclara que una solicitud de aclaración es para cuando hay palabras o frases específicas en la decisión que son confusas y generan verdaderas dudas sobre su significado, especialmente en la parte de la decisión final.
4. Adicionalmente, la Corte manifiesta que el Ministerio, en lugar de señalar palabras confusas, lo que hizo fue atacar las decisiones de la Corte, cuestionar las razones por las que la Corte decidió (como preguntar qué

estudio técnico usó la Corte para decir que el dinero no era suficiente), o pedirle a la Corte que les dijera cómo ejecutar o cumplir las órdenes.

5. La Corte señala que el Ministerio estaba intentando reabrir el debate y volver a discutir temas que ya se habían tratado en el Auto anterior.
6. La Corte reitera que su función es supervisar que el Ministerio cumpla con las órdenes sobre la suficiencia del dinero para la salud. Sin embargo, no es función de la Corte decir cuánto dinero es suficiente o cómo el Ministerio debe calcularlo o llevar a cabo sus procedimientos. Esa es responsabilidad del Ministerio, basado en las leyes y estudios técnicos.
7. Por lo tanto, como la solicitud del Ministerio no mostraba dudas reales sobre la redacción, sino que era un intento de cuestionar el fondo de las decisiones y pedir instrucciones de ejecución, no cumplió con los requisitos para una aclaración.

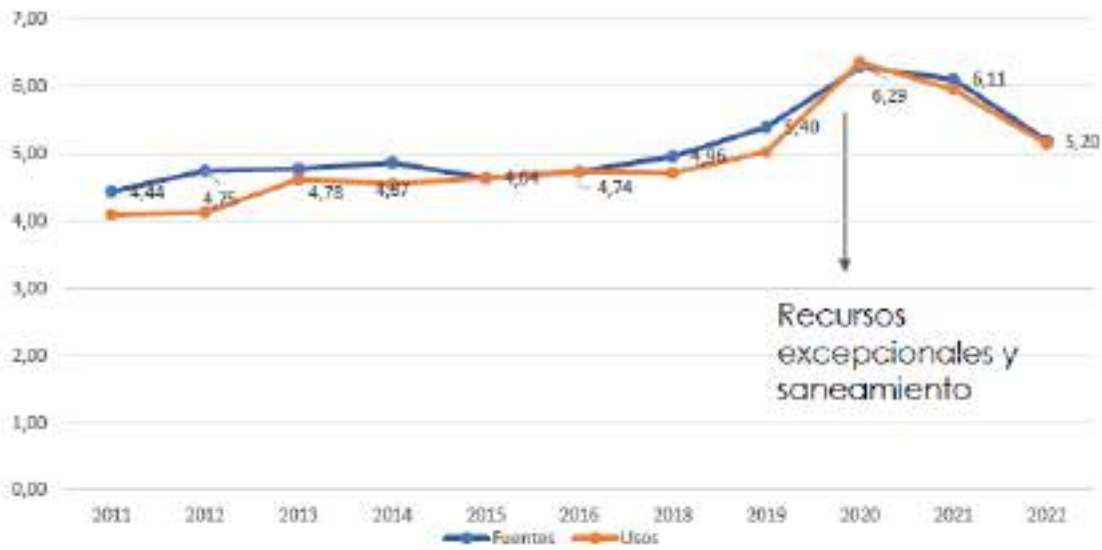
Finalmente, la Corte le informa al Ministerio que contra esta decisión de rechazo no hay ningún recurso.

Insuficiencia de la UPC

El sistema se encuentra a la mitad de una tensión financiera crítica por causa de la insuficiencia de los recursos de la UPC, es importante examinar este asunto, toda vez que se siguen alimentando relatos que sostienen que dichos recursos serían suficientes en la actualidad, e inclusive suficientes para pagar la totalidad del nuevo gasto que ocasionaría la reforma a la salud.

La crisis explícita está siendo ocasionado directamente a partir de los errores de cálculo asociados a la UPC que es el componente clave que materializa la solidaridad y la protección financiera de la población, siendo determinantes para realizar el goce efectivo del derecho. En primera medida, como lo señala el gráfico a continuación, los recursos del sistema suelen estar marginalmente desfasados de manera deficitaria, elemento clave para entender que es el Gobierno Nacional quien en esta lógica ha autorizado el uso de recursos extraordinarios para financiar el desbalance, mediante la desacumulación de reservas.

Gráfico 3 Fuentes y usos de los recursos del sistema de salud como porcentaje del PIB (2011 – 2022)



Fuente: Mesas Técnicas estudio Reforma a la Salud Comisión Séptima, Datos MinSalud - ADRES

7. HITOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

No se pueden desconocer los logros alcanzados el actual SGSSS, norma que se ha venido adaptando a las transformaciones sociales y ha contado con actualizaciones importantes para el funcionamiento del mismo, en pro de la mejora de la salud de los habitantes del territorio nacional, tales como la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, a medida que ha evolucionado la sociedad, ha evolucionado el Sistema de Salud en la medida que los temas presupuestales lo han permitido y las condiciones geográficas y de seguridad. Como resultado de amplias conversaciones con los diferentes actores del sistema de salud, se evidencia que, en efecto, el actual modelo requiere unas mejoras de manera que se puedan abordar los principales puntos de avance del modelo actual partiendo de la mejora en el modelo de atención primaria para la población, atención eficiente en la población rural dispersa y de difícil acceso, mejoras que tiendan a reducir las desigualdades que puedan estar presentes en el goce del derecho a la salud a pesar de la cobertura universal que a la fecha se ha logrado gracias a la ley 100 de 1993.

Aunado a lo anterior, es de gran importancia manifestar tres de los aciertos que la normatividad que rige el sistema de seguridad social en salud ha logrado durante los últimos 30 años respecto de la perspectiva del paciente, estos son a) la disminución en las tasas de mortalidad evitable atribuibles al sistema de salud y, b) bajo gasto privado o “de bolsillo” y, c) el aumento en la cobertura del sistema de salud d) el aumento de la expectativa de vida.

Cobertura Universal

Desde 1993 y gracias al actual modelo se seguridad social en salud, se permitió que, conforme a cifras del año 2022, el porcentaje de cobertura en salud sea del 94,7%, el más alto en los últimos años según el DANE:

Personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud

(SGSSS), total y por regímenes (%) Total nacional y área[32]

Afiliación y régimen	Total nacional				Diferencia significativa 2019-2022	Cabecera				Diferencia significativa 2019-2022	Centro poblado y rural disperso				Diferencia significativa 2019-2022
	2019	2020	2021	2022		2019	2020	2021	2022		2019	2020	2021	2022	
Afiliados*	92,8	93,2	93,0	94,7	Si	92,3	92,8	92,7	94,4	Si	94,3	94,3	94,3	95,7	Si
Contributivo**	48,4	45,4	46,5	44,9	Si	55,6	54,7	56,0	54,3	Si	16,5	16,0	16,3	15,1	Si
Subsidiado**	51,3	54,3	53,2	54,8	Si	41,0	44,9	43,6	45,4	Si	83,2	83,8	83,4	84,7	Si

Fuente: DANE, ECV.

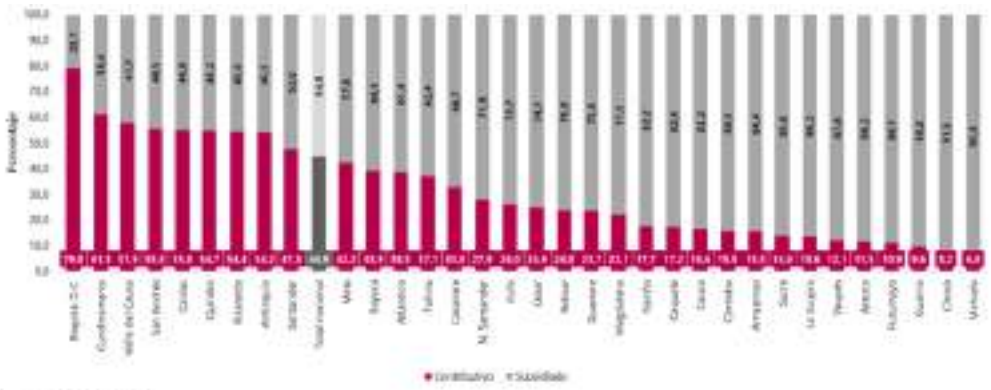
*Porcentaje de personas sobre el total de la población

**Porcentaje de personas sobre el total de quienes manifestaron estar afiliados al SGSSS

Nota 1: Los porcentajes faltantes para completar el 100% corresponden a la opción "No sabe".

Nota 2: El régimen contributivo incluye los regímenes especiales.

Personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por regímenes (%) Total nacional y departamentos 2022[33]



Fuente: DANE, ECV.

Los porcentajes faltantes para completar el 100% corresponden a la opción "No sabe"

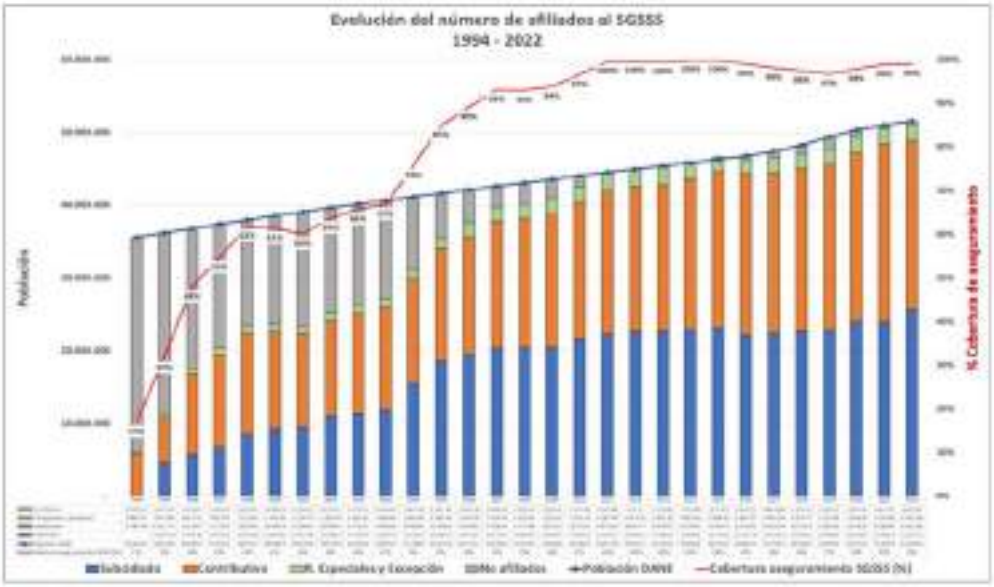
Estas cifras no son minúsculas y no pueden ser invisibles ni someter a juicio de inferioridad, ya que gracias a esos niveles de cobertura que la misma ponencia del proyecto de ley en estudio resalta en su texto esta gráfica:

Evolución en términos de afiliados al SGSSS 1994-2022[34]

[32] https://www.dane.gov.co/.

[33] https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/comunicado_ECV_2022.pd

[34] Tomado de la ponencia para primer debate PL 339 Cámara- MINSALUD



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (1995 - 2022) Artículo: Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia, 1993 - 2018 de Carlos Alberto Jaimes/en 2009 Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Así entonces podemos afirmar, como lo hace FEDESARROLLO, que para 1994, la cobertura del sector, los beneficios en salud, se encontraban muy fragmentados, el 7% de la cobertura estaba dirigida a los empleados públicos, el 18% estaba afiliada al ISS, solo un poco más del 20% de la población estaba afiliada a un sistema de cobertura integral de servicios salud[35] Para el año 2000 este porcentaje se acercaba al 60% y en 2016 rodeaba el 95% y la población bajo asistencia pública no superaba el 55%. En términos generales se estima una cobertura generalizada del 22% por desfinanciación como primer problema de cobertura. Para agosto de 2022, Colombia alcanza el 99,6 % de la cobertura del aseguramiento universal, con una distribución de 24.399.839 personas en el Régimen Contributivo y 24.745.934 en el Subsidiado.

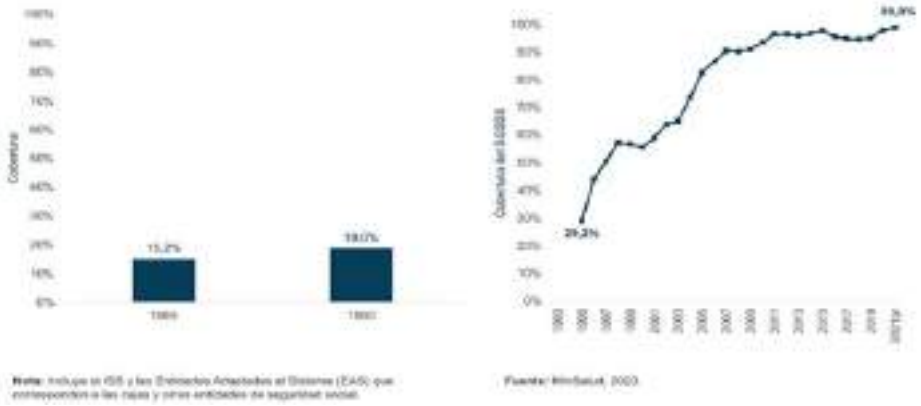
Para el 2014 se estimaba que el porcentaje de personas que necesitó atención en salud y tuvo acceso a la misma fue del 75.5%, mostrando que el acceso a la salud ha sido garantizado a la mayor parte de la población. Mientras en 1993 un tercio de las personas pertenecientes al primer quintil de ingresos manifestaban no haber tenido acceso a la salud, hoy solamente el 3% de esta población afirma haber tenido dificultades con el acceso.

Este mismo aumento en cobertura lo destaca la ANDI en su presentación en la mesa técnica sobre reforma a la salud de febrero de 2024 en donde afirman y lo representan en la siguiente gráfica que antes de los años 90, sólo uno de cada cinco

[35] https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3516/LIBRO_2018_COMISION%20GA

colombianos tenía cobertura en salud, hoy en día, 2023 podemos afirmar que tenemos cobertura universal.

Cobertura en salud de 1993 a 2021[36]



De esta manera estamos logrando entre otros, el objetivo propuesto en el numeral 1 del artículo 153 de la ley 100 de 1993 que dispone:

ARTÍCULO 153. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.1 Universalidad. El Sistema General de Segundad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

3.2 Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.3 Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

[36]Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

3.5 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

3.7 Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.10 Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

3.11 Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

3.12 Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

3.14 Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social

en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

3.15 Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.17 Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

3.18 Irrenunciabilidad. El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

3.19 Intersectorialidad. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

3.20 Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

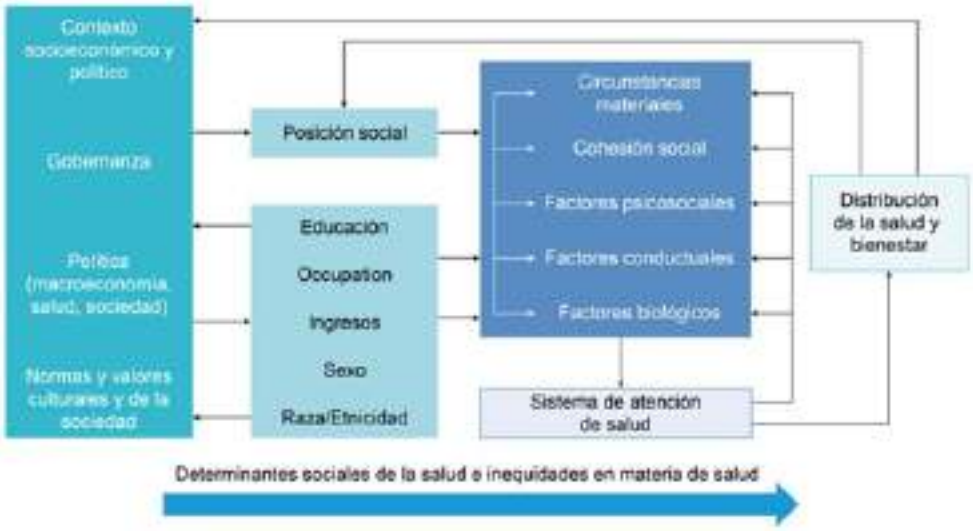
3.21 Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad[37].

Los llamados determinantes sociales, son definidos según la OMS y la OPS como "*las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso

[37] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr003.html#150

se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)[38]

El Marco conceptual de los determinantes de la salud[39]



En igual sentido, el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos establece que los determinantes sociales son "Condiciones sociales, económicas y físicas del lugar donde una persona nace, vive, estudia, trabaja, se divierte y envejece, que pueden afectar la salud, el bienestar y la calidad de vida. Los determinantes sociales de la salud son, por ejemplo, el grado de escolaridad, el ingreso, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud. Estos determinantes tienen efectos importantes en los resultados de salud, en especial, en ciertos grupos de personas. Por ejemplo, es más probable que las personas que no pueden comprar alimentos saludables y que no viven en áreas seguras para hacer ejercicio ingieran una dieta poco saludable, sean sedentarios y presenten obesidad, lo que quizás aumente el riesgo de ciertas enfermedades, como el cáncer. También se llama determinantes sociales en salud y DSS. (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.)"

Las definiciones citadas permiten considerar que los determinantes sociales en salud son factores que se relacionan con la prestación del servicio público, sin embargo, al tratarse de temas como acceso a agua potable, seguridad alimentaria, educación, conexión de territorios por vías adecuadas, trabajo digno, acceso a vivienda digna, entre otros, no son aspectos que atañen o que se encuentran en cabeza de los actores del sistema de salud; por el contrario, son asuntos que atañen

[38] https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

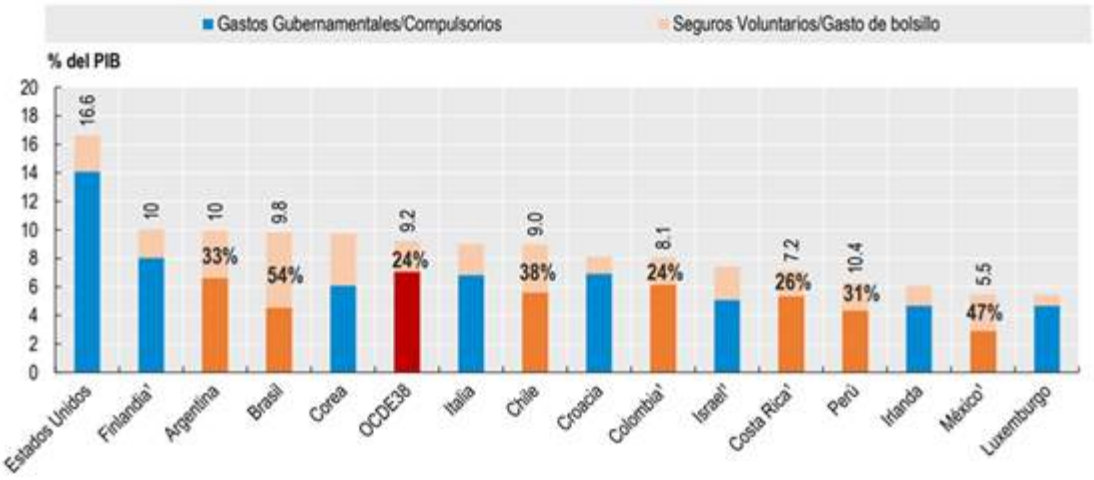
[39] Fuente: Organización Panamericana de la Salud

al Estado Colombiano y que puede tratar por medio de políticas públicas en cabeza de sectores como vivienda, trabajo, educación y transporte, de ahí que los vacíos atribuibles a los determinantes de la salud, por acción u omisión del Estado no pueden ser endilgados en juicio de responsabilidad al Sistema de Salud actual y mucho menos justificarse en ellos para atacar la cobertura del sistema.

En conclusión, el sistema actual, en términos de cobertura, no es un sistema que muestre un fracaso y, por ende, se deba desconocer lo avanzado durante estos 30 años; se requieren mejoras respecto a temas como i) déficit de profesionales en salud, ii) acceso a servicios de salud en territorios apartados, dispensación de medicamentos y atención primaria, iv) sostenibilidad financiera y, v) enfoque preventivo, mejorar al personal de salud, en contratación, pagos y condiciones laborales, agilidad en la entrega de medicamentos y autorizaciones de exámenes y atenciones médicas con especialistas. Establecer incentivos por agilidad en la entrega de medicamentos, fomentar la telemedicina y sanciones para EPS que no cumplan, promoción, prevención y atención en el sector rural. Asignarle a una sola EPS, la atención rural con UPC diferencial y con incentivos por calidad en la atención, fomentar la telemedicina, establecer tope de contratación con Empresas Sociales del Estado, incluir el transporte y gastos de hospedaje en presupuestos máximos con giro directo. Creación del CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, como órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para analizar, deliberar y recomendar la adopción e implementación de políticas públicas en salud y si lugar a dudas el sistema único de información, tomando como base lo que ya hay, SISPRO, RUAF, LUPA AL GIRO, mejorarlo y fortalecerlo, no hay necesidad de crear otro, hacerlo compatible con la historia clínica interoperable, actualizar lo que ya existe. Exigirles óptima Acreditación en Salud a las EPS y garantía de pago a acreedores en caso de liquidación, para que cumplan de manera eficiente y oportuna con la garantía de la salud de los colombianos. Creación de un fondo que garantice el pago ante eventuales liquidaciones, entre otros temas que insistimos, no requieren reforma del sistema.

Gasto de Bolsillo en Salud, disminución

Según cifras de la OCDE (OCDE, 2023), el gasto privado en salud se encuentra ubicado en el promedio de los países de esta organización, mientras que los países latinoamericanos se encuentran por encima de esta cifra, y se destaca que Colombia, contrario a lo que se afirma, está por debajo del promedio, en tendencia positiva, lo cual significa que, gracias al sistema de salud actual, el colombiano no tiene que destinar de sus ingresos un alto porcentaje en salud, sino destinarlos a otros menesteres que propenden la calidad de vida, que aumentan el bienestar de las familias Colombianas.



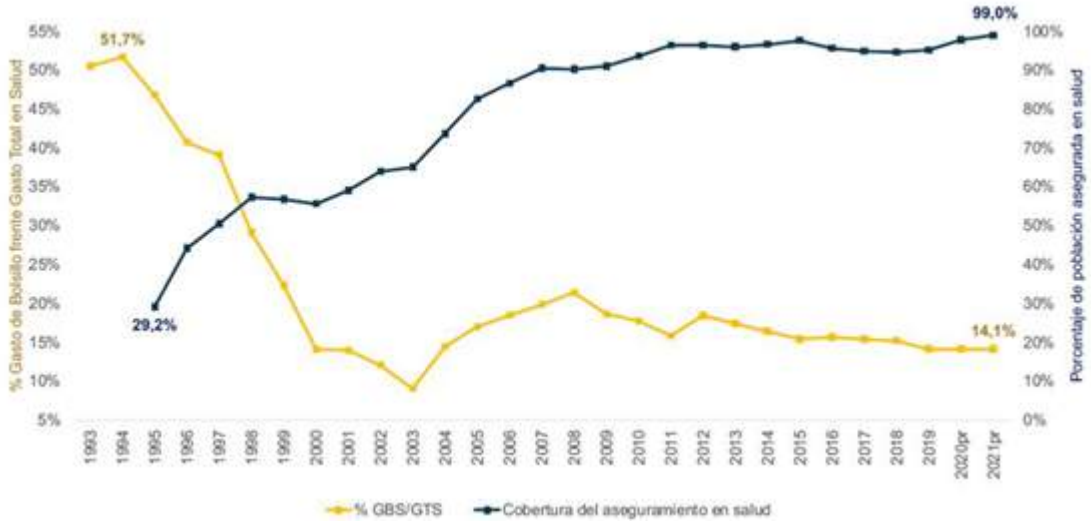
[40]

Este es un logro que se puede atribuir al sistema de salud actual, que entre otros aspectos incluye y ha facilitado el acceso a los medicamentos en favor de los afiliados, no solo a nivel resolutivo de atención de la enfermedad sino a nivel de prevención de la misma, suministrando las tecnologías en salud necesarias indispensables en manejo y control de la enfermedad, lo que se ha denominado la "ruta del medicamento", ello en virtud del sistema de aseguramiento actual del sistema de salud, toda vez que el usuario del sistema tiene garantizada la institución encargada de dispensar los medicamentos o, la IPS prestadora de diversos servicios como toma de laboratorios o diversos exámenes.

Estas cifras son destacadas por LA ANDI y ACEMI quienes destacan que el gasto de bolsillo en salud de los colombianos, gracias al modelo de aseguramiento universal, con aseguramiento en salud y financiero implementado por la ley 100 de 1993, ha permitido reducir entre 1993 y 2021 un 37,6% de dicho concepto en favor de los colombianos.

[40] https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe

Gasto de Bolsillo frente gasto total en Salud 1993-2021[41]



Sin lugar a dudas, a medida que el gobierno nacional, el Estado aumentó los recursos para la salud, optimice y agilice el flujo de recursos, menos aportes tendrán que hacer los colombianos para el mantenimiento de su salud, bien sea para prevenir enfermedad, reducir sintomatología o curar las enfermedades.

En febrero de 2022, el Ministerio de Salud en el estudio denominado BOLETÍN GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS[42], afirmó que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud –OMS–, la cobertura universal en un sistema de salud se logra asegurando el mejor desempeño posible en tres ejes: a) La población cubierta por el sistema de salud (afiliados), b) acceso a los servicios cubiertos por el Plan de Beneficios (Servicios, tecnologías y beneficios) y c) la reducción en el gasto de bolsillo de las personas (WHO, 2010).

En el caso de Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– es de base altamente garantista del derecho a la salud bajo un esquema de cobertura universal, en dónde el 97% de la población se encuentra asegurada y el Plan de Beneficios cubre el 66% del total de tecnologías que cuentan con registro sanitario en Colombia. Ahora, sobre el gasto de bolsillo, entendido como los pagos directos que realizan las personas para cubrir bienes y servicios del sector salud, existen diversas estimaciones que se han llevado a cabo en estudios previos.

[41] https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe

[42] Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud Ministerio de Salud y Protección Social Leonardo Arregocés Castillo, febrero 2022

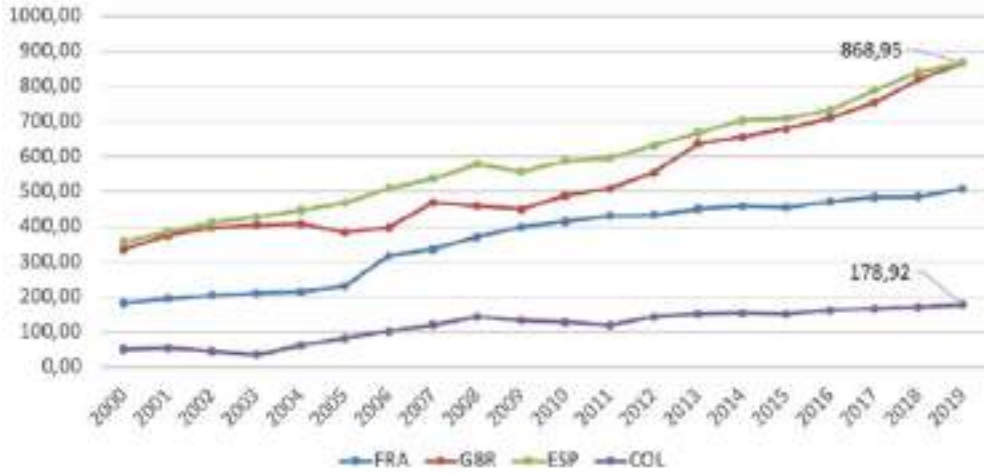
Según (Minsalud, 2015), el gasto de bolsillo se constituye como una barrera de acceso a los medicamentos, explicada por altos precios en estos bienes y por su impacto sobre el presupuesto de los hogares, especialmente cuando el gobierno central destina una menor asignación de recursos para financiar este rubro. A nivel cuantitativo, en los últimos 10 años, los estudios que han llevado a cabo estimaciones alrededor del gasto de bolsillo en el sector lo han hecho a través de la participación del gasto de bolsillo de los hogares en bienes y servicios de salud sobre el total del gasto en salud o como porcentaje del PIB. A partir de la Encuesta de Calidad de Vida de Colombia, (Guerrero et al., 2016) encuentran que la participación del gasto de bolsillo en salud en el PIB disminuyó en el periodo 2008-2014, pasando de 1,6% a 1,18%; con esta misma fuente de datos, (MinSalud, 2015b) encontró que el gasto de bolsillo en salud con respecto al gasto total en salud pasó de 24% en 2008 a 15,5% en 2014. Partiendo de datos publicados por la OMS, (Pérez-Valbuena & Silva-Ureña, 2015) estimaron que el gasto de bolsillo en salud representaba el 15,9% del gasto total en salud en el 2011; así también, (Guerrero et al., 2015) encontraron que este porcentaje fue de 14,8% en 2012, mientras que la participación sobre el PIB era del 1% para el mismo año

Los anteriores datos indican que el gasto de bolsillo en Colombia está convergiendo hacia niveles por debajo del 20%, bajo los cuales la probabilidad de riesgo de incurrir en gastos catastróficos es tal que no genera mayores alarmas (WHO, 2010); mientras que el promedio latinoamericano era de 36,7% para 2011 (Pérez-Valbuena & Silva-Ureña, 2015). No obstante, el desligar el acceso a medicamentos de la capacidad de pago de cada ciudadano es un reto que las diferentes entidades gubernamentales deben enfrentar en el abordaje de las políticas públicas en salud. El gasto de bolsillo en bienes farmacéuticos es un indicador de qué tan universal es el gasto de salud de un país y cuál es su progresividad, ya que este gasto se encuentra en función del nivel de ingresos con el que cuente el hogar, lo cual podría constituir una barrera al acceso.

Así las cosas, es necesario resaltar la objetividad del estudio y la ratificación además de coherencia de las cifras ya enunciadas sobre gasto de bolsillo en salud en Colombia, que benefician a la población colombiana y que son ratificadas por otros expertos.

ACEMI por ejemplo informó en septiembre de 2022 como la reducción del gasto de bolsillo en salud de los colombianos ha influido en la protección financiera de los hogares, y al igual que nosotros, destaca que esto es un logro social del sistema de salud que hoy tenemos, con mejoras realizadas, y retos por afrontar y superar, que con buena voluntad política, honestidad y tecnicismo propenderá por la contribución en la reducción de la pobreza, equidad y disminución de brechas relacionadas con el acceso material a la salud.

Gasto de bolsillo per cápita en América Latina



No solo la OCDE, la CEPAL en su informe de 2021, Colombia se encuentra entre los países de América Latina y el Caribe con el mayor financiamiento público cercano a la meta del 6% del PIB, esto se debe al buen manejo que se han dado de los recursos y la figura del aseguramiento de la enfermedad y del riesgo en salud que actualmente asumen las EPS, creadas por la ley 100 de 1993 y que la reforma que nos ocupa pretende reducir, y anular sus contribución al mejoramiento de la salud de los colombianos. Esto es posible gracias a los aportes estatales que, según el ministerio de salud en el 2022, el gasto público en salud se ubicó en promedio en los últimos 4 años en 5,8%, en cercano porcentaje que Costa Rica con 5,5%, lo antecede Argentina con el 5,9 %, Uruguay 6,7%.

Esto redunda en beneficio de los colombianos, respecto del gasto de bolsillo en salud, que como ya lo dijimos, el gasto per cápita de Colombia es uno de los más bajos de la OCDE, y de la Alianza del Pacífico. De 45 países analizados, Colombia figura entre las primeras cinco posiciones, por encima de Turquía, México, China e India. Le siguen dos países latinoamericanos que son: Brasil y Costa Rica. Consecutivamente, Rumanía, Croacia, Bulgaria, Eslovaquia, Letonia y Hungría, gracias al aseguramiento que caracteriza la prestación del servicio de salud en nuestro país.

Insistimos, que el Sistema de Seguridad Social en Salud implementado por la ley 100 de 1993, ha garantizado, sin importar la clase social, la salud a todos los colombianos y que tengan garantía al mismo plan de beneficios en salud, a través un sistema progresivo que garantiza qué a mayores ingresos, mayores aportes, esto es solidaridad equitativa diferencial. Así un ciudadano que gana $13.000.000 aporta 10 veces más que un ciudadano que devenga $1.300.000 y tienen acceso a los mismos beneficios, eso es equidad, reducción de brechas y mejoramiento de la calidad de vida, toda vez que ese colombiano que recibe lo equivalente a un salario mínimo hoy en día puede destinar parte de sus ingresos en otras necesidades diferentes a su atención en salud por cuanto esas, conforme lo ordena la Constitución Política de Colombia y la ley 1751 de 2015, se encuentran cubiertas por el Estado en términos financieros y aseguradas por las EPS, en términos de cobertura y riesgos en salud.

Hoy en día quienes se encuentran en el régimen subsidiado pueden acceder al Plan de Beneficios en Salud, sin aportar o depender de una relación laboral, si a esto se le suma el aumento de la cobertura en términos de afiliación al sistema de salud colombiano que es lo suficientemente amplia, termina incidiendo de manera favorable, positiva, para que sus beneficiarios no tengan que hacer gasto de bolsillo en salud, sin restarle la importancia que tiene el buen y oportuno uso que de los recursos del Presupuesto General de la Nación, se les asigna a la atención de los pacientes y colombianos, no a través de una intermediación como equivocadamente lo han afirmado a lo largo de los debates y discusiones que han surgido alrededor de esta reforma, sino gracias al aseguramiento del riesgo que han asumido las EPS a través de las atenciones multimodales que desde el 2010 al 2017 le han brindado en servicios en salud a más de 77% de la población afiliada.

Estos son logros que no le podemos desconocer a la ley 100 de 1993, que siguiendo con el tema del gasto de bolsillo en salud de los colombianos, ha permitido ubicarlo en uno de los más bajos del mundo y el segundo más bajo de Latino américa únicamente superados por Argentina, de hechos según el estudio "pasado, presente y futuro del financiamiento global de la salud del año 2019[43] El gasto de bolsillo de los colombianos equivalía al 20,6% del gasto total en salud y esto ubica a Colombia como el segundo país de Latinoamérica con el menor egreso en esta categoría, después de Argentina (14,8%). El estudio tuvo en cuenta los datos de 195 países y se publicó en la revista británica The Lancet, n Latinoamérica y el Caribe, el gasto de bolsillo en salud es del 39,5% en promedio, el porcentaje más alto lo tenía Brasil, cuyos habitantes debían asumir con pago directo el 43,9% de los bienes o servicios relacionados con la salud. Le siguen Ecuador (41,4%), México (40%) y Chile (34,7%).

Para efectos de aclarar que las cifras no son solo con ocasión de la reforma, sino que datan de antes de que se pusiera en la mesa de la temática legislativa y política la salud de los colombianos, se trae a colación esos estudios, en donde se da cuenta que uno de los hallazgos fue que en los países catalogados por el Banco Mundial como de ingreso medio-alto, entre los que están Colombia y casi todos los de Latinoamérica, es donde más ha crecido el gasto en salud. Ese crecimiento se debe a la economía: cuando la gente tiene más dinero, gasta más en bienes como la salud. En este sentido, otro hallazgo fue que el gasto de bolsillo en Colombia sigue siendo uno de los más bajos de América Latina y esto quiere decir que la inversión del gobierno sigue siendo la más grande, así debe seguir siendo y mejorar todo lo que se ha construido en términos de bienestar en salud en favor de los colombianos.

Gracias al sistema de salud colombiano "Hay personas que aportan $125.000 mensuales y les pueden hacer un trasplante que cuesta 300 millones de pesos, esto a pesar de los altos índices de inflación, el sistema de salud colombiano actual, ha protegido el bolsillo de los colombianos, a pesar de las críticas, el sistema de salud de Colombia, es más equitativo que el de otros países. En lugar de atacar hay que

[43] https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30841-4/fulltext

creer en él y corregir lo que no funciona" afirma Sergio Prada Doctor en Políticas Públicas.

Un colombiano, podría invertir sus recursos, en recreación, estudio, transporte entre otros y no en su cobertura en salud y como lo han dicho expertos en el tema: "Tu eres una persona joven, pero tú no sabes que antes cuando no existía la ley 100, si tu papá se enfermaba del corazón y lo llevaban a la Shaio le tocaba vender la casa para pagar la operación. Tú no sabes que cuando un niño nacía con una enfermedad congénita lo más seguro era que se moría. Que un paciente con cáncer de médula, se moría porque no había cómo tratarlo. Entonces lo que le aportan las EPS al sistema a la salud de los colombianos no tiene nombre"[44]

Falencias de la Ley 100 de 1993

Aunque es innegable que la Ley 100 de 1993 permitió avances sustanciales en términos de aseguramiento y cobertura formal, también es cierto que presentó desde su origen múltiples debilidades estructurales que han comprometido su consolidación como un modelo verdaderamente equitativo, sostenible y eficiente. Entre las críticas más frecuentes destacan la fragmentación del sistema, la debilidad de los mecanismos de supervisión, y en particular, la precariedad de sus sistemas de información. No obstante, resulta paradójico que la Reforma de la Salud, que supuestamente busca superar estas falencias, no las corrige de fondo, sino que plantea un viraje institucional incierto que puede agravar problemas ya identificados, en lugar de solucionarlos.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha operado históricamente con plataformas informáticas inconexas, desarrolladas de manera paralela por EPS, IPS y entidades territoriales, sin interoperabilidad real entre sí. Esta fragmentación ha tenido efectos adversos sobre la calidad de los datos, la capacidad de respuesta del sistema, y la eficiencia en el control del gasto. A pesar de los avances tecnológicos globales, Colombia todavía no cuenta con una historia clínica electrónica interoperable a nivel nacional, ni con una base de datos integrada que articule información epidemiológica, clínica y financiera.

Diversos informes técnicos han señalado que estas deficiencias han imposibilitado la trazabilidad de los recursos, generado múltiples casos de facturación duplicada, e impedido la construcción de indicadores fiables para la planeación sanitaria. Por ejemplo, la Contraloría General de la República (2023) reportó un 23% de inconsistencias en las bases de datos de afiliación, 31% de demoras en la entrega de reportes por fallas técnicas y 15% de registros duplicados en sistemas de usuarios. Esta situación, lejos de haber sido corregida, ha persistido en el tiempo, afectando directamente la transparencia y la rendición de cuentas del sistema de salud.

Ante este diagnóstico, la Reforma de la Salud propone la creación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Aunque en teoría se

[44] https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/12441/u672167.pdf?sequence=1

plantea como una solución a la desarticulación de los sistemas actuales, se requiere analizar su viabilidad tecnológica y su implementación progresiva. (Congreso de la República, 2025, Gaceta del Congreso No. 337, art. 7). Se requiere una reforma técnica, gradual y participativa, que parta del diagnóstico real del sistema y priorice la construcción institucional sobre el cambio abrupto.

Auditorías y control: una supervisión débil y vulnerable a la corrupción

Otro de los aspectos más criticados del SGSSS ha sido el deficiente sistema de auditoría, inspección y control, tanto en los aspectos clínicos como financieros. Aunque la Ley 100 previó mecanismos de supervisión, su implementación ha resultado insuficiente para garantizar la transparencia y la eficacia en la gestión de los recursos del sistema.

En el ámbito clínico, las auditorías médicas carecen de estándares unificados y criterios objetivos de evaluación. La mayoría de las EPS contratan auditores externos que, en muchos casos, presentan conflictos de interés, pues son pagados por las mismas entidades que deben vigilar. Este modelo ha derivado en prácticas cuestionables como la glosa injustificada de facturas o la negación de servicios con base en argumentos administrativos, más que en criterios técnicos. Además, los procesos de auditoría suelen ser lentos, poco transparentes y carentes de seguimiento integral sobre los resultados clínicos de los pacientes.

En cuanto al control financiero, las debilidades son aún más estructurales. La ADRES y los entes territoriales enfrentan dificultades para rastrear los flujos de recursos entre los diferentes niveles del sistema. Los mecanismos de control presupuestal y contractual con IPS son limitados, y existen vacíos normativos que han permitido la contratación de servicios sin la debida supervisión. La ausencia de auditorías forenses especializadas impide detectar de forma efectiva casos de malversación, sobrecostos o corrupción.

Además, la supervisión de la calidad de los servicios prestados también presenta limitaciones. La escasez de personal para inspecciones presenciales, la falta de protocolos estandarizados de evaluación y los retrasos en la investigación de eventos adversos han debilitado la capacidad sancionatoria del Estado. Muchos planes de mejoramiento exigidos a EPS e IPS no cuentan con un seguimiento riguroso, lo que reduce su efectividad y los convierte en meros trámites administrativos.

Las consecuencias de estas falencias han sido ampliamente documentadas. Casos emblemáticos como los de SaludCoop, Caprecom o la intervención de la Nueva EPS han revelado patrones de corrupción, malversación de fondos y deficiencias operativas que generaron pérdidas millonarias al sistema y afectaron la atención de millones de usuarios. También se han presentado múltiples casos de glosas injustificadas que han estrangulado financieramente a clínicas y hospitales, generando un clima de incertidumbre y desconfianza dentro del sistema de salud (Contraloría General de la República, 2023).

En resumen, la falta de un sistema de información sólido y la debilidad en los mecanismos de auditoría y control han sido dos de los principales obstáculos para consolidar un modelo de salud eficiente, transparente y centrado en el usuario. Aunque en años recientes se han promovido iniciativas para mejorar estos aspectos —como la propuesta del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS)—, los retos siguen siendo profundos y exigen una reforma estructural en la forma como se gestiona, audita y evalúa el sistema de salud colombiano.

Giro directo: dificultades operativas y riesgos para la sostenibilidad financiera

Uno de los mecanismos que ha cobrado mayor protagonismo en el modelo de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha sido el giro directo, entendido como la transferencia de recursos desde la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sin intermediación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Esta medida, inicialmente diseñada para reducir los riesgos de corrupción, mejorar la trazabilidad de los fondos y garantizar mayor eficiencia, ha evidenciado múltiples falencias operativas, técnicas y financieras que hoy ponen en entredicho su funcionalidad y sostenibilidad.

En la práctica, el giro directo ha generado demoras considerables en la ejecución de pagos, afectando de manera crítica la liquidez de las IPS. Aunque su propósito era agilizar el flujo de recursos, lo cierto es que las demoras superan, en promedio, los 45 días, especialmente en el caso de los recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación. Estas demoras responden, entre otros factores, a la rigidez del marco presupuestal y a la falta de sincronización entre las entidades del sistema (ADRES, 2023). La situación es aún más grave en el régimen subsidiado, donde muchas IPS dependen casi exclusivamente de estos recursos para operar, lo que ha derivado en cierres temporales, afectación en la prestación de servicios y pérdida de capacidad instalada, sobre todo en regiones periféricas.

A esto se suma la carga burocrática del proceso, caracterizado por la exigencia de documentos múltiples, conciliaciones extensas, auditorías redundantes y validaciones manuales que impiden la automatización y la eficiencia del sistema. La duplicidad de funciones entre la ADRES, las EPS y las entidades territoriales no solo retrasa el flujo de recursos, sino que también genera incertidumbre sobre las responsabilidades contractuales y los plazos de pago. Este cuello de botella administrativo ha contribuido a la acumulación de procesos sin conciliar, que, entre 2020 y 2023, alcanzaron un valor de 2.1 billones de pesos (ADRES, 2023).

8. AVANCES Y LOGROS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Las bondades del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano son numerosas, Colombia fue el primer país en Latinoamérica en lograr la cobertura en salud de toda su población y gracias al modelo de aseguramiento todos los colombianos tenemos un seguro de salud desde antes de nacer y durante toda la vida, además, el sistema de salud está diseñado para brindar las mismas garantías

a personas de bajos ingresos y de altos ingresos. Esto se materializa a través de dos instituciones jurídicas fundamentales del sistema la UPC y el Plan de Beneficios.

Nuestro sistema está catalogado como uno de los más solidarios del mundo, está en el nivel medio alto en el mundo y se encuentra entre los mejores de América Latina, además es considerado uno de los países con mejor inclusión de salud en el mundo[45], brinda a toda la población la totalidad de las tecnologías en salud disponibles en el país y tiene uno de los más bajos gastos de bolsillo, a pesar de ser uno de los que tiene menor gasto per cápita de la región.

Adicionalmente, el índice de atención médica (general), la infraestructura, la calidad de los profesionales, el costo, la disponibilidad de medicamentos y preparación del Gobierno se encuentra por encima de países como Italia, Chile y Brasil[46].

Nuestro sistema de salud ha permitido el aumento de la esperanza de vida de la población en 5 años en las últimas décadas, ha permitido la disminución del 50% de las muertes maternas y tiene a 26 de sus IPS entre las mejores de América Latina. Colombia, sin lugar a duda es el país de América que más ha reducido la mortalidad materna evitable durante el siglo XXI, pasando del puesto número 20 al quinto lugar con la menor mortalidad evitable.

La capacidad de atención del sistema de salud colombiano es de inmensas proporciones, en el periodo 2016 – 2022 brindó más de 2.751 millones de atenciones a 29 millones de personas, con una intensidad de uso de 13,16. Estas atenciones son principalmente consultas, procedimiento de salud, urgencias y hospitalizaciones.

Tabla 4 Atenciones brindadas por el sistema de salud colombiano (2016 – 2022)

Año	Número de atenciones	Número de personas atendidas únicas	Intensidad de uso
2016	215.628.533	22.232.199	9,70
2017	292.084.603	26.029.762	11,22
2018	448.275.525	30.184.641	14,85
2019	462.779.666	34.676.772	13,35
2020	412.964.039	29.854.277	13,83
2021	454.012.173	32.739.591	13,87
2022	465.867.724	30.443.937	15,30

[45] Revista The Economist.
[46] Ceoworld Health Care Index, 2022.

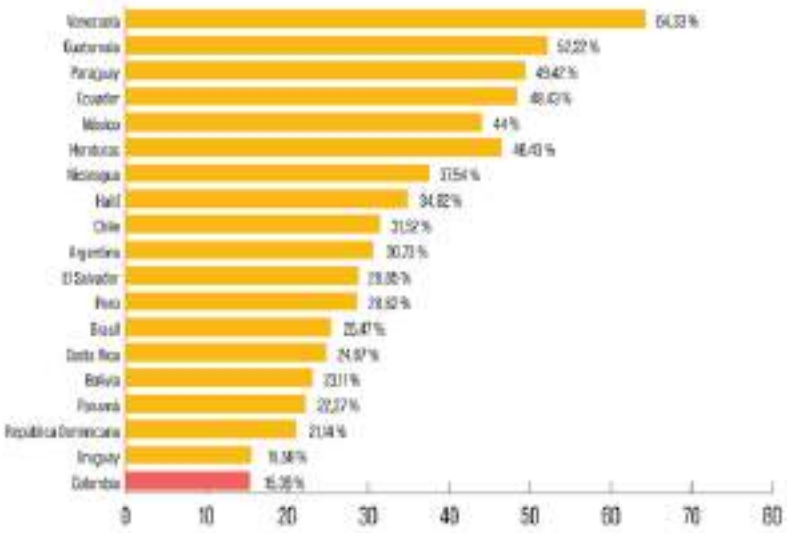
Fuente: Gestarsalud

La garantía de cobertura universal del aseguramiento en salud que es del 99,15% del total de la población, permite a 52 millones de colombianos que se encuentran afiliados al régimen contributivo (45%) y subsidiado (50%), principalmente. Los regímenes de excepción brindan atención al 4% de la población, el 0,2% de la población que son privados de la libertad, también recibe atención intramural mente y solamente 443 mil colombianos no cuentan con cobertura del sistema de salud.

En tan sólo 28 años, nuestro país pasó de brindar cobertura al 29,2% de la población en el año 1995 al 99% de la población. Del total de los afiliados, el 42% se encuentra afiliado a una EPS privada, el 24% a una EPS mixta, el 18% a una EPS privada del régimen solidario, el 5% a EPS públicas, el 3% a EPS pública indígena y el 8% a un programa de salud de caja privada.

El gasto de bolsillo que es la proporción del gasto en salud que es pagada directamente por los colombianos y sus familias es el más bajo de los países latinoamericanos.

Gráfico 4 Gasto de Bolsillo en países latinoamericanos



Fuente: BID, 2020

La esperanza de vida al nacer en Colombia, para el año 2020, respecto del año 2000, incremento en 5,56 años y nos sitúa entre el top 5 de los países de las américas, por debajo de Canadá, Costa Rica, Chile y Perú.

Estos logros son reconocidos por los colombianos que a través de distintas encuestas han expresado su reconocimiento al valor que tiene el sistema de salud y adicionalmente el 80% de las personas, afirman que NO quieren que se eliminen las EPS. Más del 81% de la población se encuentra satisfecha con la atención en salud que reciben. Esto implica que tenemos oportunidades de mejorar, pero definitivamente, vamos por buen camino.

A partir de la Ley 100, el sistema de salud colombiano ha experimentado transformaciones significativas que se han reflejado principalmente en: i) cobertura universal; ii) mejoras en los indicadores de salud y; iii) protección financiera de la población.

El Banco Mundial dijo en 2006: “La reforma del sector salud de 1993 en Colombia es un buen ejemplo de una iniciativa gubernamental exitosa de extender el seguro social en salud a la población de escasos recursos”.

No se pueden desconocer los logros alcanzados por la Ley 100 de 1993, norma que se ha venido adaptando a las transformaciones sociales y ha contado con actualizaciones importantes para el funcionamiento del mismo, en pro de la mejora de la salud de los habitantes del territorio nacional, tales como la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, a medida que ha evolucionado la sociedad, ha evolucionado el Sistema de Salud en la medida que los temas presupuestales lo han permitido y las condiciones geográficas y de seguridad. Como resultado de amplias conversaciones con los diferentes actores del sistema de salud, se evidencia que, en efecto, el actual modelo requiere unas mejoras de manera que se puedan abordar los principales puntos de avance del modelo actual partiendo de la mejora en el modelo de atención primaria para la población, atención eficiente en la población rural dispersa y de difícil acceso, mejoras que tiendan a reducir las desigualdades que puedan estar presentes en el goce del derecho a la salud a pesar de la cobertura universal que a la fecha se ha logrado gracias a la ley 100 de 1993.

Aunado a lo anterior, es de gran importancia manifestar tres de los aciertos que la normatividad que rige el sistema de seguridad social en salud ha logrado durante los últimos 30 años respecto de la perspectiva del paciente, estos son a) la disminución en las tasas de mortalidad evitable atribuibles al sistema de salud y, b) bajo gasto privado o “de bolsillo” y, c) el aumento en la cobertura del sistema de salud d) el aumento de la expectativa de vida.

De esta manera estamos logrando entre otros, el objetivo propuesto en el numeral 1 del artículo 153 de la ley 100 de 1993 que dispone:

> *ARTÍCULO 153. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:*
>
> ***3.1 Universalidad. El Sistema General de Segundad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.***
>
> *3.2 Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.*
>
> *3.3 Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión,*

edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

3.5 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

3.7 Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.10 Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

3.11 Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

3.12 Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del

Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

3.14 Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

3.15 Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.17 Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

3.18 Irrenunciabilidad. El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

3.19 Intersectorialidad. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

3.20 Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

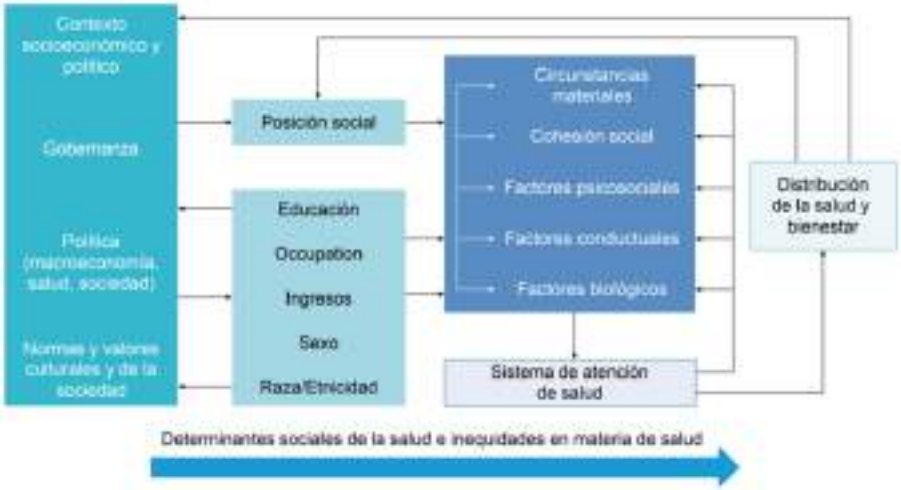
3.21 Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad[47]*.*

Los llamados determinantes sociales, son definidos según la OMS y la OPS como *"las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para*

[47] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr003.html#150

varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).[48]

Gráfico 19 El Marco conceptual de los determinantes de la salud [49]



En igual sentido, el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos establece que los determinantes sociales son *"Condiciones sociales, económicas y físicas del lugar donde una persona nace, vive, estudia, trabaja, se divierte y envejece, que pueden afectar la salud, el bienestar y la calidad de vida. Los determinantes sociales de la salud son, por ejemplo, el grado de escolaridad, el ingreso, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud. Estos determinantes tienen efectos importantes en los resultados de salud, en especial, en ciertos grupos de personas. Por ejemplo, es más probable que las personas que no pueden comprar alimentos saludables y que no viven en áreas seguras para hacer ejercicio ingieran una dieta poco saludable, sean sedentarios y presenten obesidad, lo que quizás aumente el riesgo de ciertas enfermedades, como el cáncer. También se llama determinantes sociales en salud y DSS.* (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.)*"*

Las definiciones citadas permiten considerar que los determinantes sociales en salud son factores que se relacionan con la prestación del servicio público, sin embargo, al tratarse de temas como acceso a agua potable, seguridad alimentaria, educación, conexión de territorios por vías adecuadas, trabajo digno, acceso a vivienda digna, entre otros, no son aspectos que atañen o que se encuentran en cabeza de los actores del sistema de salud; por el contrario, son asuntos que atañen

[48] https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud
[49] Fuente: Organización Panamericana de la Salud

al Estado Colombiano y que puede tratar por medio de políticas públicas en cabeza de sectores como vivienda, trabajo, educación y transporte, de ahí que los vacíos atribuibles a los determinantes de la salud, por acción u omisión del Estado no pueden ser endilgados en juicio de responsabilidad al Sistema de Salud actual y mucho menos justificarse en ellos para atacar la cobertura del sistema.

9. AUMENTO DE LOS BENEFICIOS EN SALUD

Contrario a lo que se ha afirmado de manera malintencionada, de que la cobertura es solo en términos de afiliación y de tener un carnet, es necesario resaltar la multiplicidad de beneficios que gracias a esa cobertura universal que ofrece hoy en día nuestro sistema de salud actual, no solo a los ciudadanos colombianos sino a los miles de ciudadanos migrantes de otros países, entre ellos y en mayor cuantía de nuestro hermano país Venezuela quienes han tenido que emigrar por la difícil situación económica y de negativa de garantía de derechos fundamentales por el régimen ideológico que ha gobernado en los últimos años.

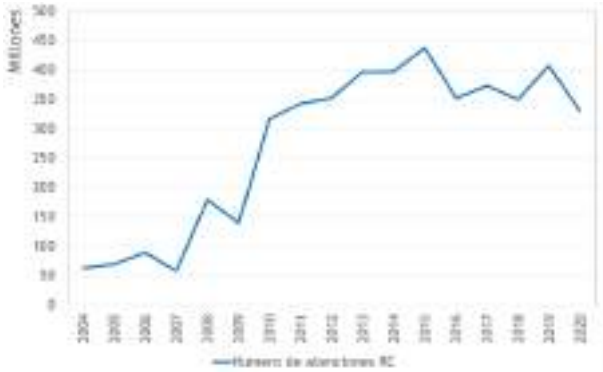
Como consecuencia de la Cobertura universal, más del 99% de los habitantes colombianos y gracias al aseguramiento del riesgo y el aumento del presupuesto en Salud de los gobiernos que han favorecido y fortalecido la ley 100 de 1993, la 1438 de 2011 y por el mandato de la ley 1751 de 2015, los aseguradores en salud han logrado organizar una red de prestadores de servicios de salud conformada por más de 63 mil prestadores de servicios de salud que le brindaron más de 797 millones de atenciones a los colombianos en 2020, lo que equivale a más de 18 atenciones por afiliado en promedio.

La cobertura y la equidad que ha logrado que el 82% de los usuarios del sistema, según MINSALUD recomendaría su asegurador (EPS) a un amigo o familiar y es que los beneficios en atenciones para los colombianos representan una inversión de más de 500 millones de pesos al año, en beneficio del Derecho a la Salud de los Colombianos. Antes de la pandemia del COVID-19, que nos afectó en los años 2020, 2021 y parte del 2022, las hospitalizaciones se redujeron 63% en los últimos 4 años anteriores al 2020, lo que significa que los programas de prevención y promoción que lideran las EPS redundan en la calidad de vida y buena salud de los colombianos.

Como resultado del buen sistema de salud colombiano el servicio de urgencias y atención ambulatoria se incrementó en 8% y 5% respectivamente, lo que significa que la cobertura en tal sentido se encuentra suplida. La atención domiciliaria se incrementó 33%, un beneficio que al igual que la telemedicina, el Estado no tiene la capacidad de ofrecer, por la corrupción que ha rodeado el sistema en entre los años 2011 y 2018. Según el informe de la OCDE del 2016, el sistema de salud colombiano ha influido en el aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad infantil de 40 muertos de 1.000 niños nacidos vivos en 1970, hasta 12.8 en 2013. La mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años se redujo 47,5% en los últimos 10 años[50].

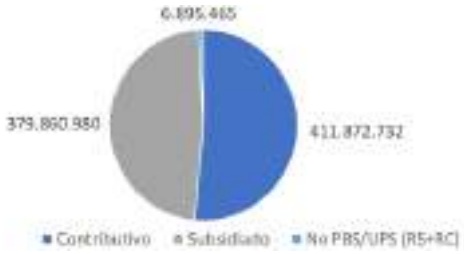
[50] Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

Gráfico 20 Atenciones en Salud por año Régimen en Salud Contributivo Colombia 2004 a 2020 [51]



Y para efectos de ratificar la equidad, igualdad en la prestación se los servicios y en el número de atenciones recibidas por los colombianos de cuenta del Sistema de Salud colombianos, basta con a alisar la siguiente gráfica que informa el número de atenciones en salud prestadas por las EPS, en Colombia durante el año 2020, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado:

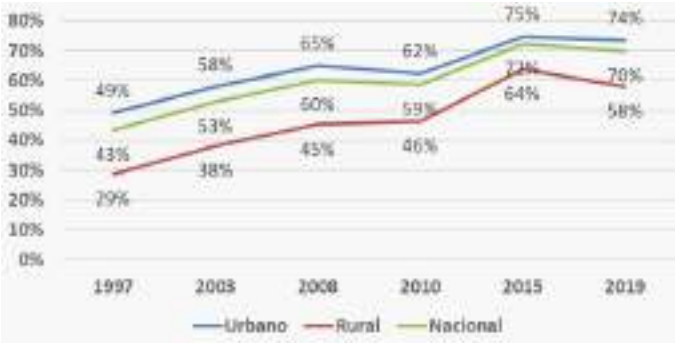
Gráfico 21 Número total de atenciones en Colombia por régimen de salud 2020[52]



Y no solo en términos de cura de la enfermedad, reciben beneficios en salud los colombianos, según ACEMI, para 1997, la proporción de personas de la zona urbana que asiste al médico por prevención es de 49%, situación que cambia para el 2021 hacia el alza hasta situarse en 74%, conforme se avanza en recursos, tecnología, descentralización entre otros factores, se avanza en beneficios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y sin lugar a dudas en gran medida le debemos estos avances al Sistema que venimos perfeccionando desde 1993 en el cual a las EPS se les atribuye el rol de garantes en el cumplimiento de las metas de acceso, calidad y oportunidad establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, exigido por el actual Sistema de Salud colombiano.

Gráfico 22 Porcentaje de personas que asisten al médico por prevención sin estar enfermas. Colombia 1997 – 2019 [53]

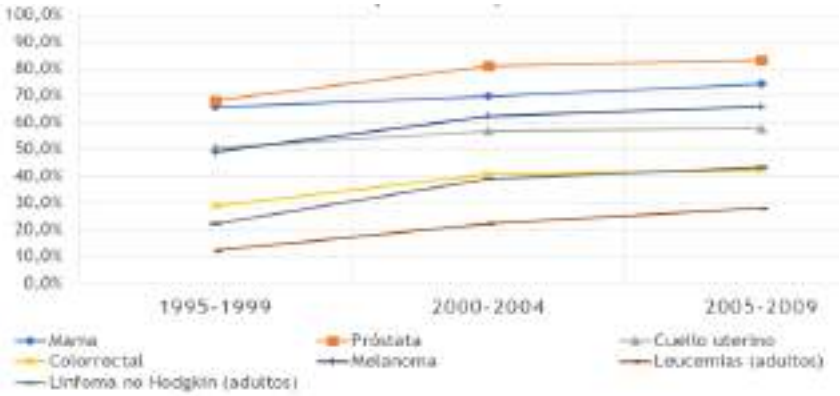
[51] Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022
[52] Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022
[53] Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024



La atención domiciliaria se incrementó 33%, un beneficio que al igual que la telemedicina, el Estado no tiene la capacidad de ofrecer, por la corrupción que ha rodeado el sistema en entre los años 2011 y 2018. La universalización de la salud en Colombia ha permitido que se alcancen importantes logros en términos de salud pública como lo son: Primer país de las américas sin circulación autóctona del Sarampión y la Rubéola, primer país del mundo en erradicación de Oncocercosis, un avance en programas inmunológicos y de vacunación, un reconocimiento en su lucha contra la malaria, entre otros logros.

Otros beneficios del sistema, analizando patologías concretas dan cuenta de la expectativa de vida de los pacientes con leucemias y linfomas se duplicó y se aumentó en un 40%, el mismo índice, expectativa de vida, en patologías como cáncer colorrectal y melanoma y en un 17% para cáncer de mama, próstata y cuello uterino, tenemos que llegar a aumentos más significativos, sí, pero mejorando, perfeccionando lo que ya existe, aumentando recursos y optimizando las eficiencias en pagos y auditorias.

Gráfico 23 Supervivencia neta a 5 años según tipo de cáncer (adultos) 1995-2009



Gracias al Sistema de Salud actual, cuyo aseguramiento del riesgo hoy en día está asignado a las EPS el diagnóstico de la leucemia se ha agilizado, en el régimen subsidiado se da entre los 5 a 9 días y en el contributivo de 2 a 4 días, para un promedio total de 9,5 días. La mediana del tiempo transcurrido entre diagnóstico y tratamiento es de 3,5 días sin diferencias entre ambos regímenes. Este logro lastimosamente no se hubiese logrado si el régimen estuviera administrado en su

totalidad por el Estado como lo propone la reforma, ya que ni aun iniciando funcionamiento los equipos básicos de salud que propone la reforma se podría atender de manera adecuada dicha patología, dado lo complicado y las lagunas en términos de vacíos que sobre el tema deja el texto propuesto para debate.

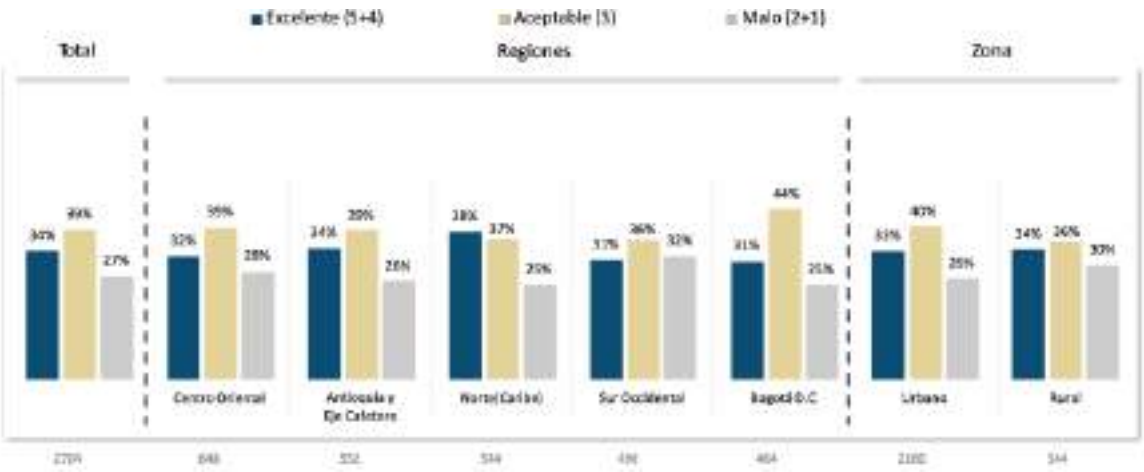
A pesar de las altas cifras de cáncer en Colombia, sin ser el peor país en dicha temática, las EPS del régimen contributivo presentan los mejores indicadores de captación temprana de esta enfermedad. La mediana del tiempo transcurrido entre diagnóstico y tratamiento es de 3,5 días sin diferencias entre ambos regímenes contributivo o subsidiado, otro beneficio del aseguramiento del riesgo atribuido por la ley 100 de 1993 a las EPS y por sus actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otro beneficio que debemos resaltar es el que hace referencia a los tiempos de espera, por ejemplo, en Canadá que se considera como uno de los mejores sistemas de salud de Las Américas, el tiempo de espera desde la remisión del médico general hasta que lo vea el especialista aumentó de 11,1 en 2020 a 15,5 semanas en 2021. En Colombia el tiempo de espera depende de las especialidades, con pediatría está en 7,93 semanas; Obstetricia 7,58; medicina interna 13,7; ginecología 11,8; cirugía general 12,74. Lo cual ubica a Colombia en el mismo percentil de los mejores sistemas de salud del mundo.

Ahora bien, en cuanto al tema de entrega de medicamentos se refiere, las cifras tampoco nos contradicen, y en ese tema también se ha avanzado gracias al fortalecimiento de y mejora del sistema de salud colombiano que se ha venido dando en los último 30 años, según estudio del SIES SALUD Sociedad Integral de Especialistas en salud, el 96% de los medicamentos se entregan completos en el primer contacto y 4% adicional en las siguientes 72 horas. El 64% son entregados en el domicilio del paciente con cobertura en 433 municipios. El 14% de la población en área rural. El mismo estudio informa un 95% de atención a pacientes, con reasignación del 14,15% cuando es a través del call center de la entidad. Todo esto gracias a la función que entrega de medicamentos que el sistema, ley 100 de 1993, le ha asignado a las EPS.

No en vano, si los beneficios que han recibido del sistema de salud que implementó en nuestro país la ley 100 de 1993, los Colombianos no fueran tan positivos como lo hemos expuesto, los colombianos no hubieran respondido de manera similar en la encuesta de 2023 y de febrero de 2024 de INVAMER y cuyos resultado dio a conocer la ANDI en donde concluimos, que excepto en los municipio so territorios a donde no ha llegado una EPS diferente de la NUEVA EPS, o donde solo existen, centro de atención en salud públicos, o Empresas Sociales del Estado, la mayoría de los colombianos están satisfechos con su sistema de salud y con la atención que reciben por parte de su EPS, y lo más importante, la mayoría de los colombianos no quiere que acaben o se eliminen las EPS, y todo concordamos, debemos mejorar el sistema.

Gráfico 24 De acuerdo con su experiencia como califica los servicios de salud en general[54]



Los resultados de la encuesta de línea de base de 2023 mostraban que el 73% de la población calificaba el servicio como de buena calidad (Excelente o Aceptable), esos niveles de satisfacción son superiores a los de países desarrollados como EEUU o Canadá. Es en la zona rural donde hay una brecha que se debe cerrar, hacia allá es donde debe evolucionar el Sistema, centrar esfuerzos y mejorar todos sus recursos, es ahí hay donde hay un reto para el sistema de salud actual, reto de mejora, no de reforma.

Gráfico 25 Considera usted que puede acceder al sistema de salud cuando lo requiere[55]

A pesar de la campaña de desprestigio del Sistema de Salud que se ha venido incrementando desde agosto de 2022 a la fecha, los colombianos siguen sintiéndose respaldados y acogidos por su sistema de salud actual, eso no lo podemos reformar, se debe mejorar y trabajar, trabajar y trabajar articuladamente entre todos los actores para aumentar ese nivel de satisfacción, de manera que nos

[54] Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta Invamer – ANDI marzo 2024
[55] Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta Invamer – ANDI marzo 2024

acerquemos al mismo porcentaje de cobertura universal del sistema de salud colombiano en 2022, 99%[56].

En 2022, se hizo este mismo trabajo de encuesta sobre la percepción de los colombianos frente al sistema de salud colombiano[57], en aquella oportunidad en junio de 2022, en donde más de 2700 encuestados en todo el territorio nacional dieron su opinión sobre el sistema actual de la salud en el país, se evidenció que el 73% de los encuestados calificaba los servicios de salud entre excelente y aceptable. En zonas rurales, el 70 % de la población la considera como excelente, bueno o aceptable los servicios. En zonas urbanas, el 73% otorga la misma calificación. Y cuando se les pregunta sobre las fortalezas del sistema de salud actual, la mayor puntuación, con 83%, se le otorga a la protección financiera del sistema de salud, es decir que los colombianos se sienten protegidos porque no tienen que sacar de su bolsillo para el gasto en este rubro. Con relación al acceso al sistema de salud en la ruralidad, cabe resaltar que el 79% de la población respondió que sí lo tiene. En las ciudades, el 72% coincide con ello. A su vez, el 78% de los encuestados indica que accede al servicio de salud en el municipio donde habitan. La valoración del sistema en términos de acceso es similar entre la población urbana y la población rural, lo cual refleja la equidad del sistema de salud actual en Colombia.

Otro resultado que se destaca es que el 87% de la población precisa que recibió más de una atención en salud en los últimos dos años, y califica la atención que recibió como excelente en más del 70% de los casos y así mismo el 85% de los encuestados afirmaron que prefieren acceder a los servicios de salud a través de su EPS y solo el 5% preferiría hacerlo a través del hospital público de su municipio.

Y nuevamente a pesar de la campaña de desprestigio del Sistema de Salud actual colombiano, el 59% de los colombianos no quieren que su EPS desaparezca.

[56] Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024
[57] https://www.andi.com.co/Home/Noticia/17388-gran-encuesta-de-salud-andi---invamer-7

Gráfico 26 ***¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la eliminación de las*** *EPS y que su función sea ejecutada por una entidad pública únicamente*[58]

Gráfico 27 ¿Está usted dispuesto a renunciar a su servicio actual de salud a través de EPS para afiliarse a un sistema público totalmente?[59]

En definitiva, la mayoría de los colombianos, 67% en febrero de 2023, 60% en mayo de 2023 y 64% en febrero de 2024, no quieren que su atención en salud sea suministrada por una entidad pública, como los CAP que propone la reforma a la salud a la cual nos oponemos a través de esta ponencia negativa, y en favor del 36% restante es que debemos seguir impulsando las acciones de mejora y fortalecimiento del actual sistema.

Coincidimos con las conclusiones que la ANDI expuso sobre las encuestas, Lo que se ha logrado es demasiado importante para ponerlo en juego. Más del 70% de los colombianos se encuentra satisfecho con su sistema de salud, a pesar de los ataques contra la legitimidad del sistema, 2 de cada 3 colombianos consideran que el sistema se debe mantener o mejorar, el 64% de las personas encuestadas manifiesta que no está dispuesto a renunciar al servicio de salud actual y al 76% de los encuestados les preocupa que los recursos de la salud sean manejados por el estado o entidades territoriales, la principal fortaleza del sistema se encuentra relacionada con la protección financiera, que se logra con recursos que aportamos todos los colombianos y que debemos seguir velando por su buena administración y canalización direccionada en beneficio de la salud de los colombianos.

Esto no es de ahora, recordemos que en 2021, el Estudio Nacional De Evaluación De Los Servicios De Las EPS Régimen Contributivo Y Subsidiado 2021[60] que encuestó a 18.899 personas en un total de 234 municipios, de los 33

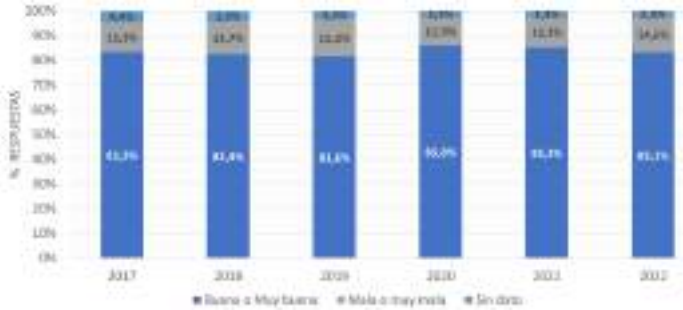
[58] Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024
[59] Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024

[60] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/estudio-nacional-servicios-eps-regimen-contribitivo-subsidiado2021.pdf

departamentos, y arrojó resultados representativos para el 95% a nivel nacional y por EPS, dio cuenta de que la experiencia global de percepción fue calificada como "buena" y "muy buena" con un 78,7 % de satisfacción, lo que refleja un aumento en comparación con 2019 (66,3 %) y estabilidad respecto a 2020 (79,0 %). El acceso fue calificado como "fácil" o "muy fácil" con el 62,2 % de satisfacción y la adherencia de los usuarios indica que el 82,64 % recomendaría su EPS a otra persona. Respecto a la calificación del acceso a los servicios de salud se obtuvo un 62%, siendo en el Régimen subsidiado mejor la percepción. Para el indicador de la calidad de los servicios que ofrece la EPS, el 82,6% de los usuarios contestaron de forma positiva, siendo en el Régimen subsidiado un poco más alto 87,4%.

Cifras muy similares, respecto de la calidad nos compartió ACEMI en la mesa técnica de febrero de 2024.

Gráfico 28 Calidad de la atención recibida por parte del servicio de la EPS a la que esté afiliado[61]



Si el sistema fuera malo, si necesita reformarse, si los beneficios en salud, atención, calidad y eficiencia no fueran buenos, no tendríamos esos resultados y respuestas positivas respecto del sistema por parte de los colombianos.

9. TALENTO HUMANO EN SALUD

El Talento Humano en Salud (THS) es reconocido como un pilar fundamental del sistema de salud. Desde 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llamado a enfrentar la escasez de trabajadores de la salud, destacando su papel clave. La cantidad de profesionales de la salud se asocia directamente con mejores indicadores de salud, como mayores coberturas de vacunación, mayor desarrollo de la atención primaria y menor mortalidad infantil y materna. Un sistema de salud solo puede cumplir su función de mejorar la salud de la población mediante el esfuerzo y disponibilidad de su talento humano

Colombia presenta una escasez importante de talento humano en salud al compararse con el promedio de los países de la Organización para la Cooperación

[61] Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

y el Desarrollo Económicos (OCDE). Específicamente, Colombia destaca por tres aspectos: tiene una disponibilidad aceptable de médicos generalistas, pero una oferta muy escasa de médicos especializados y carece de manera significativa de profesionales de enfermería.

ACEMI proporciona datos sobre la escasez en algunas especialidades frente al promedio OCDE, indicando que faltan aproximadamente 6.193 en Ginecología y Obstetricia, 5.161 en Pediatría, 7.741 en Psiquiatría, y 28.385 en Cirugía (incluyendo especialidades, subespecialidades y anestesiología)[62]

La distribución geográfica del talento humano en salud en el país muestra una marcada concentración. El 61% de los médicos generales se concentra en seis territorios: Bogotá, Atlántico, Valle del Cauca, Risaralda, Antioquia y Santander. De manera similar, el 54% de los enfermeros se concentra en ocho territorios: Risaralda, Caldas, Atlántico, Bogotá, Santander, Quindío, Valle del Cauca y San Andrés. Esta concentración es evidente en la región andina y en los departamentos con las principales ciudades. La disponibilidad parece estar determinada por factores como la oferta de plazas universitarias, la oferta de IPS como sitios de trabajo, y la "salida" de talento por migración o jubilación.

De acuerdo con el Observatorio de Talento Humano, en departamentos como Chocó, Guainía y Vaupés enfrentan una verdadera crisis humanitaria por la ausencia de profesionales sanitarios. Hay 342 municipios con menos de un médico por cada 10.000 habitantes, y en 856 municipios no se cuenta con un solo especialista. Estos datos ponen en evidencia un incumplimiento sistemático del principio de accesibilidad geográfica y equidad, que debe regir la acción estatal en salud, conforme a lo establecido por la Corte Constitucional (Sentencia T-760 de 2008).

Así mismo, el Talento Humano en Salud (THS), se enfrenta a un panorama de presión y maltrato, visibilizado recientemente por un lamentable suceso que llevó a una profesional a quitarse la vida. Este hecho ha impulsado a colegas a denunciar el trato inhumano, especialmente en las especializaciones quienes elevan una voz de alarma para que el trato inhumano que se presenta, sea corregido y deje de perjudicar la salud mental del personal, llegando a cobrar valiosas vidas.

Esta es una realidad que se presenta en las distintas etapas de formación del talento humano en salud, donde se exigen horarios extenuantes que no respetan los tiempos de descanso necesarios para la recuperación física y mental de este personal. Además, la contratación de personal resulta insuficiente para las necesidades de cada servicio, generando una carga laboral que puede ser catalogada como inhumana para los médicos vinculados. Las preocupaciones por el no pago de salarios, honorarios y prestaciones sociales durante meses les genera una enorme presión adicional para resolver sus obligaciones personales y

62 https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2024/02/2023_10_10_Personal_salud_Colombia_Acemi.pdf

familiares, lo que causa gran desmotivación en el ejercicio de su carrera, el maltrato emocional y el acoso sexual y laboral derivan en elevados niveles de estrés, depresión y enfermedades mentales.

El caso ha generado una serie de críticas respecto a la dignificación laboral en el sector salud, exponiendo no solo la precariedad laboral, sino también la falta de supervisión y apoyo a los residentes médicos, quienes enfrentan estas situaciones bajo la excusa de la formación profesional (El País, 2024).

Según datos conocidos con corte al 9 de julio del 2024, el colapso en la ocupación de servicios de urgencias presenta cifras de hasta un 250% de ocupación, circunstancia que se relaciona con el exceso en la carga laboral que recae en el escaso personal que dedica su vida al cuidado de la salud de todos los que integran esta sociedad.

De acuerdo con un estudio realizado en el país en junio de 2020, llevado a cabo con un total de 302 residentes, se concluyó que las tasas de acoso laboral fueron del 49% y de acoso sexual fueron del 14,9%. El estudio establece adicionalmente que las principales formas de acoso sexual corresponden a acoso de género (47%) y atención sexual no deseada (47%), siendo este significativamente mayor en mujeres, y que los cirujanos fueron los principales perpetradores.

Es por ello que la dignificación laboral en este sector se establece como un imperativo ético y social de primer orden. Al mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la salud, no solo se garantiza su bienestar físico, sino también se contribuye a su salud mental, lo cual es fundamental para que puedan brindar una atención de calidad a los pacientes.

En Colombia, el régimen laboral del talento humano en salud se caracteriza por su fragmentación, inestabilidad y precarización. De acuerdo con datos oficiales, apenas el 23,4% del personal sanitario cuenta con vinculación en planta, mientras que más del 75% se encuentra contratado mediante figuras laborales temporales, como contratos a término fijo, contratos por prestación de servicios o tercerización operativa a través de cooperativas o sindicatos de papel (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Estas modalidades han sido objeto de múltiples pronunciamientos judiciales, en los que se ha advertido sobre su utilización para evadir responsabilidades legales y laborales, así como para limitar el ejercicio efectivo de derechos fundamentales como la estabilidad laboral reforzada, la asociación sindical, la carrera administrativa y el acceso a prestaciones sociales. La Corte Constitucional ha señalado que estas formas de vinculación deben ser la excepción y no la regla, y ha exhortado al Estado a implementar un estatuto laboral propio para el sector salud, que dignifique la labor del personal sanitario y asegure su estabilidad (Sentencia C-614/09).

A lo largo de los años, ha habido varios intentos de mejorar las condiciones laborales en el sector salud. La Ley 1438 de 2011 fue un esfuerzo por regular la

contratación de los trabajadores misionales en las Empresas Sociales del Estado (ESE), exigiendo que fueran contratados directamente por estas instituciones. No obstante, la implementación de esta ley ha sido desigual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018) es una respuesta integral a los desafíos que enfrenta el sector salud en Colombia. Esta política reconoce que la estabilidad y el bienestar de los trabajadores de la salud son esenciales para garantizar un sistema de salud eficiente y de calidad. Es de suma importancia formalizar el empleo y reducir la tercerización en el sector, promoviendo un enfoque basado en el trabajo decente, tal como lo define la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Uno de los puntos centrales de esta política es la equidad en la distribución del talento humano en salud, un problema que ha afectado especialmente a las zonas rurales y apartadas del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En estas áreas, la falta de personal de salud es una preocupación constante, ya que los trabajadores suelen optar por empleos en las grandes ciudades, donde las condiciones laborales y salariales son mejores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Para abordar esta situación, la política proponía una serie de incentivos para que los profesionales de la salud se emplearán en áreas de difícil acceso, incluyendo la mejora de las condiciones laborales, la provisión de vivienda y transporte, y la oferta de oportunidades de desarrollo profesional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La Ley 1438 de 2011, busca regular la contratación directa de los trabajadores misionales (Congreso de la República de Colombia, 2011). A pesar de los esfuerzos por implementar esta ley, su impacto ha sido limitado debido a la resistencia de algunas instituciones a formalizar el empleo y a las dificultades para supervisar y hacer cumplir estas regulaciones en todo el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La dignificación laboral en el sector salud revela una preocupación constante por la precariedad laboral y sus efectos en la calidad del servicio. En Colombia, el estudio realizado por Arango y Posada (2016) destaca cómo la tercerización laboral ha sido una de las principales causas de la precarización del empleo en el sector salud. Estos autores señalan que, a pesar de los avances en la cobertura de salud, las condiciones laborales de los profesionales han empeorado en muchos aspectos, especialmente en términos de estabilidad y acceso a beneficios laborales.

Para ilustrar mejor la situación laboral de los trabajadores sanitarios, se hace alusión a la Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud 2019 realizada por el Colegio Médico Colombiano en 2019 a 8.249 médicos y profesionales de la salud en todo el país para conocer la realidad de la situación laboral del Talento Humano en Salud.

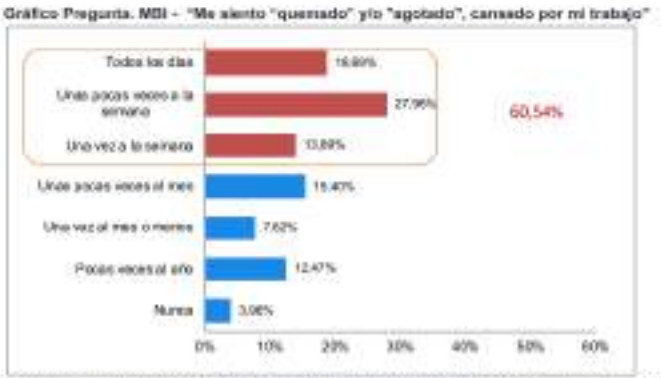
Otro aspecto importante es el impacto de las condiciones laborales en la salud mental de los trabajadores. En Colombia, el Colegio Médico Colombiano (2019)

señala que muchos profesionales de la salud, particularmente médicos y enfermeras, trabajan en condiciones de alta presión, con jornadas laborales extendidas que superan las 48 horas semanales. Esto ha generado altos niveles de estrés, ansiedad y fatiga entre los trabajadores, lo que no solo afecta su bienestar personal, sino que también impacta la calidad de los servicios de salud que ofrecen (Colegio Médico Colombiano, 2019)

Según la última encuesta de situación laboral de profesionales de la salud de 2019, realizada por el Colegio Médico Colombiano se logró evidenciar lo siguiente:

- Más de 75% de los profesionales de la salud han tenido problemáticas laborales y no están conformes con los ingresos derivados de su ejercicio profesional.
- Los médicos rurales se han visto afectados por acoso laboral y constricción del ejercicio.
- Los especialistas, MD generales y otros profesionales tienen problemáticas de pérdida de empleo.
- El cambio de las condiciones de trabajo es la principal problemática para todos los profesionales.
- El 50% o más de los profesionales han tenido problemáticas con el pago de su salario.
- El principal problema es el retraso del pago, seguido del no aumento del valor hora y disminución de condiciones laborales.
- La mora en el pago a los profesionales principalmente está entre 30 – 90 días, y en los especialistas entre 180 a 365 días.
- Las principales entidades deudoras son IPS y con naturaleza privada.
- La razón principal de la deuda es la situación financiera, administrativa y el no pago de aseguradoras (intermediarios).

Según la encuesta, estos médicos están trabajando 264 o más horas al mes, es decir, unas 66 horas a la semana, cuando lo legal son 48 horas semanales. Un 15% no tiene un contrato legal y reglamentario, y el 40% ha recibido su salario de forma retardada.

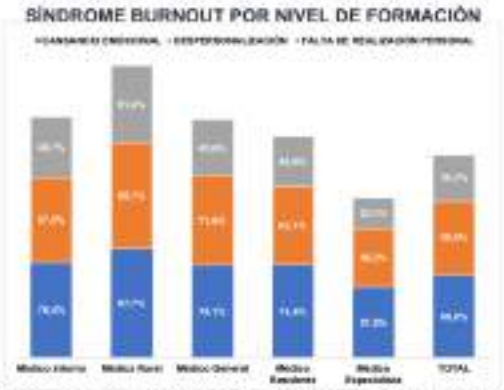


Fuente: Encuesta Nacional de Síndrome de Burnout (Agotamiento Profesional) de los médicos en Colombia - construcción propia

Por otro lado, se evidencia que los profesionales en salud sienten que dan demasiado de sí mismos con base a su excesiva carga laboral.

Fuente: Encuesta Nacional de Síndrome de Burnout (Agotamiento Profesional) de los médicos en Colombia – construcción propia

Por último, es sumamente importante destacar el síndrome de burnout se evidencia con mayor relevancia en los médicos rurales.



Fuente: Encuesta Nacional de Síndrome de Burnout (Agotamiento Profesional) de los médicos en Colombia, 2019.

10. TAXONOMÍA Y ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LOS SISTEMAS SALUD

En general, los sistemas de salud pueden clasificarse según la naturaleza del modelo su sistema de protección social[63]. Los principales modelos de sistemas de salud:

Variable / modelo	Seguros sociales (Bismark)	Sistema nacional de salud (Beverige)	Libre mercado o modelo liberal
Concepción de la salud	Derecho o bien tutelado	Derecho o bien tutelado	Bien de consumo

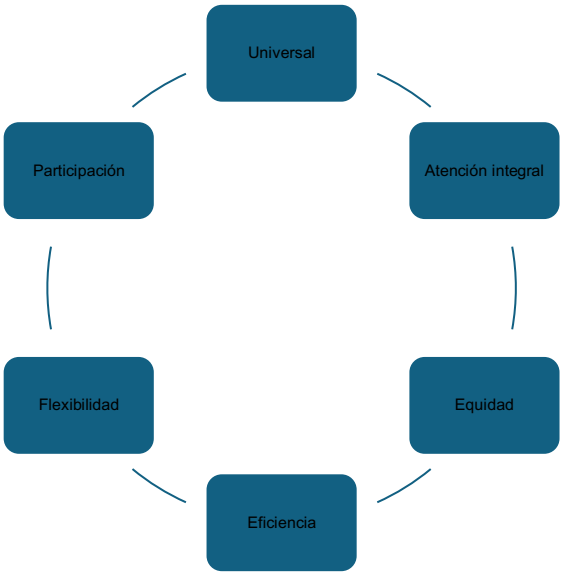
[63] OMS, 2013.

Variable / modelo	Seguros sociales (Bismark)	Sistema nacional de salud (Beverige)	Libre mercado o modelo liberal
Participación del Estado	Garantiza prestaciones sanitarias	Garantiza y financia las prestaciones sanitarias	Garantiza cobertura y financiación de atención a algunas poblaciones vulnerables (Pequeños Seguros sociales o Sistemas de Salud
Financiación	Cuotas obligatorias de trabajadores y empleadores	Impuestos y contribuciones complementarias	Empresas con cofinanciación de trabajadores.
Cobertura	Trabajadores y dependientes	Universal	Asegurados
Relación con proveedores	Por contrato	Por integración	Mercados con regulación baja o nula
Problemas	Centrado en la atención o restauración de la salud, poca prevención	Burocracia, sobreutilización, ineficiencia, listas de espera.	Baja protección financiera y alto gasto para recibir atención en salud
Nivel de gasto	Alto	Medio - alto	Medio - alto
Países referencia	Alemania, Francia, Suiza, Bélgica o Austria	Reino Unido, España	Estados Unidos

Fuente: elaboración propia, a partir de OMS, 2013 y OPS, 2021

El modelo colombiano es un modelo híbrido que adapta los modelos existentes de manera híbrida a través de un sistema que algunos expertos llaman de competencia regulada.

Otro elemento central para abordar en la evaluación del desempeño de un modelo de salud son los principios básicos que de acuerdo con la OMS son los siguientes.



- **Universal:** entendiendo por universalidad la cobertura total de la población.
- Prestar una **atención integral** que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- **Equitativo** en la distribución de los recursos
- **Eficiente** en el manejo de los recursos
- **Flexible** para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- **Participación:** toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

Respecto a las formas en las que se pagan los servicios, las siguientes son las unidades de pago más conocidas:

Pago por evento: consulta, cirugía, cada intervención o servicio se paga por separado, se cobra con reembolsos.

Pago por caso o proceso: proceso asistencial, episodio de una enfermedad, el cobro se realiza no en función del evento sino del tiempo que toma el tratamiento

Pago por capitación: para cada usuario o asegurado se asigna una cantidad por persona y el proveedor del servicio puede gestionar ese recurso independientemente de si la persona se enferma o no y cuál sea su enfermedad.

Pago por presupuesto: los proveedores, centros o establecimientos reciben una cantidad global para cubrir el costo de los servicios de salud, incluyendo el pago del salario del profesional y de los medios necesarios para realizar su trabajo.

En este documento se desarrollan los logros del sistema de salud, demostrando de manera suficiente que el sistema de salud colombiano además de tener un desempeño destacado responde a un modelo que progresivamente está desarrollando los principios y estándares definidos internacionalmente bajo un esquema de competencia regulada, que combina las fortalezas de los modelos históricos más usados en el mundo.

11. LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

Después de la pandemia COVID-19, la salud ocupa un lugar fundamental en la agenda pública de todos los países del mundo. La salud se ha convertido en un tema de interés global y una prioridad. La forma en que los sistemas están estructurados y operan es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos, así como para enfrentar los desafíos emergentes en la atención, acceso, cobertura, prevención de enfermedades, nuevas pandemias, innovación, sostenibilidad entre otros.[64]

Desde la cobertura universal hasta la calidad de los servicios, los sistemas de salud de diferentes países reflejan distintos enfoques y modelos, cada uno con sus propias fortalezas y debilidades. A medida que los países avanzamos y las demandas de nuestras poblaciones son constantes, es esencial examinar y comprender en profundidad los sistemas de salud para identificar las mejores prácticas, los desafíos persistentes y las áreas de mejora potencial.[65] Es por esto por lo que Colombia debe continuar fortaleciendo sus capacidades en la agenda global y de la región. Un país desconectado de la salud global y de la región es un país que no avanza. La salud no tiene fronteras y es fundamental que una reforma incorpore una dimensión global y regional de la salud.

El sector salud de Colombia bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2022[66], con el apoyo de USAID diseñó y lanzó ante la comunidad internacional la “Estrategia de cooperación y relaciones internacionales 2022-2031”, donde consolidó una agenda internacional, la cual estableció una ruta para fortalecer las capacidades del sistema de salud, identificando las fortalezas y buenas prácticas que en el sector salud estaba en capacidad de ofertar a otros países, gozando de todo el reconocimiento a nivel internacional. Lamentablemente a partir de agosto de 2022 esta realidad cambió y el sector salud ha venido decreciendo en su liderazgo en escenarios regionales e internacionales y ha perdido visibilidad y oportunidades de movilizar nuevos recursos para fortalecer sus capacidades y generar valor a otros países.

De otra parte, en el mundo, encontramos países que han logrado establecer sistemas de salud universalmente accesibles, pero con problemas de sostenibilidad financiera y algunos que enfrentan desafíos en términos de equidad, financiamiento y sostenibilidad, como es el caso de Colombia. Cada sistema de salud ofrece una perspectiva única sobre cómo abordar y gestionar la salud de sus ciudadanos[67]. Es por esto por lo que, de cara a analizar la reforma la salud colombiana, es

---

64 https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-reto-del-covid-19-para-los-sistemas-de-salud-en-el-mundo.aspx

65 https://www.paho.org/es/temas/salud-universal

66 https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-presento-Estrategia-de-Cooperacion-Internacional-y-Politica-de-Relacionamiento-con-el-Sector-Privado.aspx

67 Las funciones esenciales de la Salud Pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco Conceptual y Descripción OPS/OMS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

fundamental determinar las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud y realizar un análisis comparativo entre aquellos sistemas que tienen un enfoque predominantemente público, hasta aquellos donde el sector privado desempeña un papel significativo, con el objetivo de proporcionar una visión integral y comparativa de los modelos de atención.

Para este propósito hemos escogido cuatro (4) países de la región latinoamericana y cuatro (4) países de Europa. Esto con el fin de identificar sus características y las áreas de oportunidad para su mejora e innovación y el avance hacia un futuro donde la salud sea verdaderamente accesible y equitativa de cara a una reforma a la salud colombiana.

Tabla 2 Cuadro comparativo sistema de salud latinoamericanos

	Colombia	Chile	México	Cuba
Descripción	Colombia tiene un sistema de salud universal mixto que combina elementos del sector público y privado. El sistema se basa en el régimen de seguridad social en salud y proporciona cobertura universal a través de diferentes regímenes de aseguramiento. Además, existe un sector privado que ofrece servicios médicos.	Sistema de salud mixto en el que coexisten el sector público y el privado. El sistema público está gestionado por el Estado a través del Ministerio de Salud y proporciona servicios de atención primaria y hospitales públicos. Además, existe un sector privado que ofrece servicios de salud a través de aseguradoras y prestadores privados.	Sistema de salud mixto que incluye tanto el sector público como el privado. El sistema público está compuesto por instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mientras que el sector privado complementa la oferta de servicios médicos.	Tiene un sistema de salud predominantemente público y está gestionado y financiado por el gobierno cubano a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Se basa en el principio de atención médica gratuita y universal para todos los ciudadanos cubanos, con énfasis en la atención primaria de salud.

	Colombia	Chile	México	Cuba
	Pluralismo estructurado			
Accesibilidad	Ha mejorado significativamente en las últimas décadas, especialmente con la implementación del sistema de seguridad social en salud.	El acceso puede ser desigual en algunas áreas del país.	El acceso a la atención médica puede ser limitado para ciertos grupos de población, especialmente en áreas rurales y con mayor vulnerabilidad.	Ha logrado altos estándares de calidad en la atención médica, con una tasa de mortalidad infantil comparable a la de países desarrollados y un enfoque en la prevención de enfermedades y la atención primaria de salud.
Calidad de atención	Aunque la calidad de la atención puede variar según la región, en general, el sistema ha avanzado hacia la mejora en la calidad de sus servicios de salud.	Es en general buena, especialmente en el sector privado. Sin embargo, persisten disparidades en la calidad entre regiones.	La calidad de la atención médica puede variar ampliamente en México, con disparidades entre el sistema público y privado, así como entre regiones.	Presenta desabastecimiento frecuente de tecnologías en salud

	Colombia	Chile	México	Cuba
Cobertura	Colombia tiene una cobertura universal de salud del 99%, donde la población está cubierta a través del sistema de seguridad social.	Aunque Chile ha ampliado la cobertura de salud en las últimas décadas, aún existen brechas en la cobertura, especialmente en áreas rurales y entre grupos socioeconómicos desfavorecidos.	México ha logrado expandir la cobertura de salud en las últimas décadas, pero aún existen brechas en la cobertura, especialmente entre grupos marginados. Tiene una cobertura de 72.4%	Universal
Sostenibilidad financiera	El sistema de salud colombiano enfrenta desafíos financieros y requiere de nuevas fuentes de financiación, Sin embargo, se han implementado o medidas para garantizar su sostenibilidad a largo plazo como la ley de punto final entre otros.	El sistema de salud chileno enfrenta desafíos de sostenibilidad debido a los altos costos y la dependencia del sector privado.	El sistema de salud mexicano enfrenta desafíos financieros significativos, incluida la falta de financiamiento adecuado para el sector público.	El sistema de salud cubano se financia principalmente a través del presupuesto del gobierno que asigna recursos para mantener la infraestructura de salud, pagar salarios a los profesionales de la salud y adquirir medicamentos y equipos médicos.
Gasto en salud	5,2% del PIB, 2022	9% del PIB (2022)	6.2 del PIB	11% del PIB en 2020

	Colombia	Chile	México	Cuba
Gasto de bolsillo	14,86% del gasto en salud	36% del gasto.	42,12% del gasto en salud.	8,92% del gasto en salud (2020)
Expectativa de vida	77 años hombres, 80 años mujeres	80 años	75.2	79 años para hombres y 83 años para mujeres.
Tasa de natalidad	14 por cada mil personas.	12 por cada mil personas.	17 mil por cada 1000	9 nacimientos por cada 1,000 personas.
Tasa de mortalidad	6 por cada mil personas.	6 por cada 1000 personas.	6 por cada 1000	es de alrededor de 8 muertes por cada 1,000 personas.

Fuente: elaboración propia a partir de datos OPS, OMS y Banco Mundial

El sistema de salud cubano como sistema netamente público, enfrenta una escasez permanente de recursos médicos, incluyendo medicamentos, equipos y suministros. Esta escasez puede resultar en dificultades para acceder a tratamientos lo que se traduce en una afectación negativa en la calidad de la atención médica. Así mismo, algunas instalaciones de salud sufren de infraestructura deficiente, con edificios deteriorados, equipos obsoletos y problemas de mantenimiento. Esto puede comprometer la calidad y seguridad de la atención médica, así como afectar la experiencia del paciente.[68]

Cuba enfrenta el desafío de la fuga de profesionales de la salud que buscan oportunidades en el extranjero debido a salarios bajos, falta de oportunidades de desarrollo profesional y condiciones de trabajo difíciles. Esta fuga de talento puede afectar la disponibilidad y calidad de los servicios médicos. A su vez también centralización y burocracia, toda vez que es altamente centralizado y sujeto a unas autorizaciones complejas, lo que obstaculiza la eficiencia y la capacidad de respuesta a las necesidades de su población. Los procesos administrativos pueden ser lentos y difíciles de navegar, lo que afecta la entrega oportuna de atención médica. Aunque el sistema cubano ha logrado avances en ciertos campos médicos, como la biotecnología y la medicina preventiva, aún enfrenta desafíos en el acceso a tecnología médica avanzada y tratamientos de vanguardia. Esto puede limitar las opciones de tratamiento disponibles y afectar la calidad de la atención médica en ciertos casos.

68 file:///C:/Users/empre/Downloads/CUBA%20EL%20SUE%C3%91O%20DEL%20ENGENDRO%20(1).pdf

Tabla 3 Cuadro comparativo sistema de salud europeos

	Francia	España	Italia	Rusia
Descripción	Sistema de salud público universal financiado a través de impuestos y contribuciones sociales. Este sistema se basa en el seguro de salud obligatorio, conocido como Sécurité Sociale, que cubre a la mayoría de los ciudadanos y residentes legales. Además, existe un sector privado que complementa la oferta de servicios médicos.	Sistema de salud público universal financiado a través de impuestos, conocido como Sistema Nacional de Salud (SNS). Proporciona cobertura a todos los ciudadanos y residentes legales, ofreciendo una amplia gama de servicios médicos. Además, existe un sector privado que opera de manera complementaria.	Sistema público universal, en el que la mayoría de la población está cubierta por el Servizio Sanitario Nazionale (SSN), el Servicio Nacional de Salud. Este sistema garantiza el acceso a una amplia gama de servicios médicos a todos los ciudadanos y residentes legales del país, independientemente de su situación económica.	El Ministerio Federal de Salud y los Ministerios o Departamentos Regionales de salud son los rectores del sistema desde la promulgación de la Ley del Seguro Médico Obligatorio de 2011 en la cual se ha intentado solventar las dificultades en la implementación de un sistema sanitario de ámbito nacional, esta normativa permite al gobierno central asumir un papel más fuerte en la orientación del desarrollo del sistema, por ejemplo, introduciendo estándares de calidad de la asistencia sanitaria
Accesibilidad	Ofrece acceso a la atención médica para todos los residentes legales, complementado por seguros de salud privados opcionales.	España cuenta con un sistema de salud público universal que ofrece acceso a la atención médica para todos los ciudadanos y	Italia cuenta con un sistema de salud público universal que ofrece acceso a la atención médica para todos los	Pública asegurada

	Francia	España	Italia	Rusia
		residentes legales.	ciudadanos y residentes legales	
Calidad de atención	Alta, con una amplia gama de servicios disponibles para los pacientes.	España proporciona una atención médica de alta calidad, con una amplia gama de servicios disponibles para los pacientes.	Italia es conocida por proporcionar una atención médica de alta calidad, con una amplia gama de servicios disponibles para los pacientes.	
Cobertura	Francia tiene una cobertura de salud casi universal, con servicios accesibles para la mayoría de la población.	España tiene una cobertura de salud casi universal, con servicios accesibles para la mayoría de la población.	Italia tiene una cobertura de salud casi universal, con servicios accesibles para la mayoría de la población, sin embargo, también hay brechas.	99.2%
Sostenibilidad financiera	Aunque el sistema de salud francés enfrenta desafíos financieros, ha logrado mantener altos estándares de atención.	Aunque el sistema de salud español enfrenta desafíos financieros, ha logrado mantener altos estándares de atención.	Aunque el sistema de salud italiano enfrenta presiones financieras, ha logrado mantener altos estándares de atención a pesar de los desafíos.	
Gasto en salud	10,26% PIB (2022)	10,9% PIB (2021)	6,48% PIB (2022)	3,43 % PIB (2019)
Gasto de bolsillo	23,28% PIB (2020)	26,74% PIB (2020)	23,92% PIB (2020)	29,45% PIB (2020)

	Francia	España	Italia	Rusia
Expectativa de vida	82 años (2021)	83 años (2021)	83 años (2021)	69 años (2021)
Tasa de natalidad	11 por cada 1000 personas (2021)	7 por cada 1000 personas (2021)	7 por cada 1000 personas (2021)	10 por cada 1000 personas (2021)
Tasa de mortalidad	5 por cada 1000 menores de 5 años (2021)	3 por cada 1000 menores de 5 años (2021)	3 por cada 1000 menores de 5 años (2021)	6 por cada 1000 menores de 5 años (2021)

Fuente: elaboración propia a partir de datos OPS, OMS y Banco Mundial

Obsérvese que la reforma a la salud en Colombia tuvo un origen y fundamento en el intercambio de experiencias con el modelo italiano, el cual es eminentemente público, sin embargo, en Italia existen disparidades regionales en términos de acceso y calidad de la atención médica. A su vez presiones financieras debido al envejecimiento de la población, los costos crecientes de la atención médica y la necesidad de una mayor modernización en la infraestructura. Así mismo el sistema de salud italiano puede ser percibido como complejo, con múltiples actores involucrados en la prestación y financiación de servicios médicos, lo que puede generar desafíos en términos de coordinación y eficiencia y tiempos largos de espera en algunos casos para recibir atención especializada, por lo que no podría ser el mejor referente para una reforma a la salud en Colombia.[69]

Colombia ha logrado la mejor cobertura universal, donde la mayoría de la población tiene acceso a servicios médicos esenciales. A su vez el país cuenta con un compendio de políticas públicas y un nivel de innovación en políticas de salud destacado.

[69] https://www.openglobalrights.org/a-cautionary-les son-from-italy-commercialization-of-healthcare-can-kill/?lang=Spanish

Ilustración 2 Principales Políticas Públicas del Sector Salud Colombiano

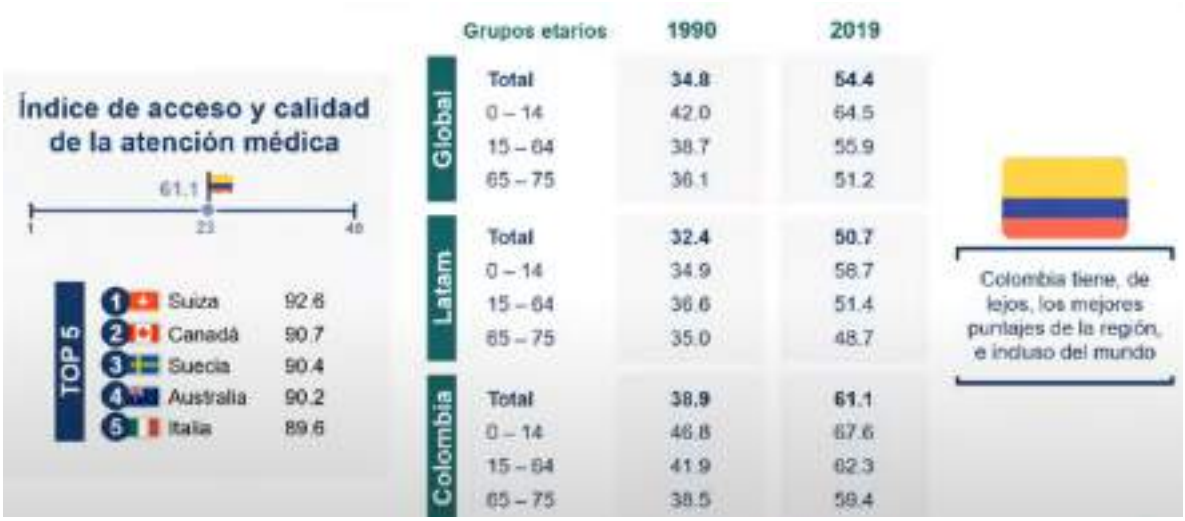
Fuente: Estrategia de Cooperación y Relaciones Internacionales del Sector Salud y Protección Social 2022-2031.

Una de sus políticas innovadoras, es el régimen de aseguramiento en salud, que ha mejorado el acceso y la calidad de la atención médica. El sistema de salud colombiano ha puesto un fuerte énfasis en la atención primaria, prevención secundaria y terciaria de salud, y niveles especializados a través de las EPS, lo que ha contribuido a una mejor gestión de enfermedades crónicas y una atención más integral principalmente a través de programas como VIH SIDA, Trasplante renal crónico, diabetes, hemofilia, tuberculosis. El país ha invertido en infraestructura y tecnología, lo que ha mejorado la accesibilidad y calidad de los servicios de salud en todo el país.

Un enfoque en la equidad, a través de programas y políticas específicas, y ha trabajado para reducir las disparidades en el acceso a la atención médica entre diferentes grupos de población, promoviendo la equidad en el sistema de salud.

Diferentes organismos y revistas han calificado nuestro sistema de salud mejor que el de pares de la región y países con ingresos similares:

Entre los mejores puntajes de la región e incluso del mundo en el Índice de Acceso y Calidad de la Atención Médica con 61,1 (Global:54,4 y Latam: 50,7), publicado por *The Lancet.*

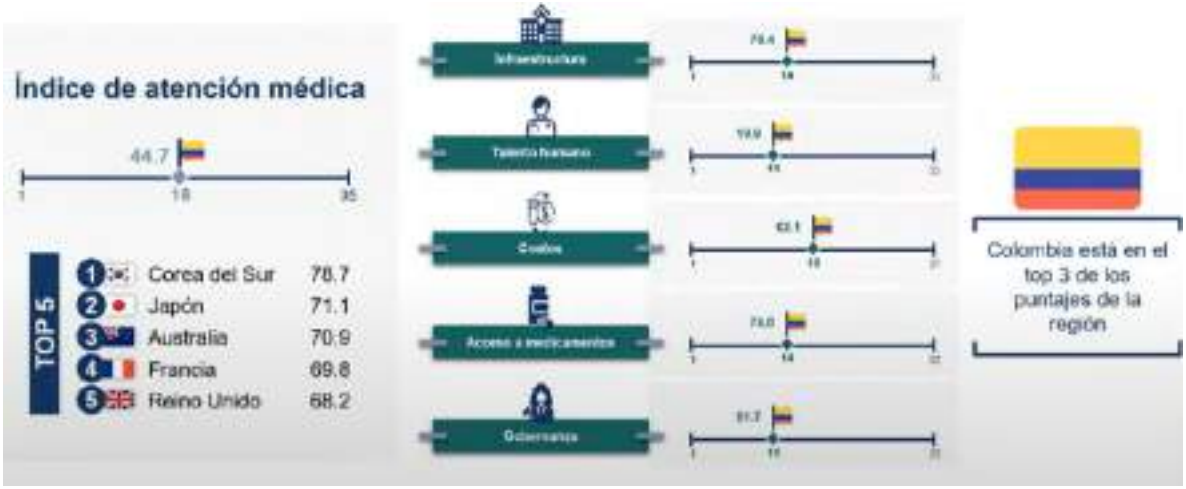


Fuente: ANIF, Seminario Reforma a la Salud, 2023. *The Lancet* (2019).

En el puesto 22 del Top 40 en el Índice de Inclusión en Salud que evalúa aspectos clave de los sistemas de salud y la atención médica de cada uno, según la revista *The Economist*.

Fuente: ANIF, Seminario Reforma a la Salud, 2023. *The Economist* (2022).

En el Top3 de los puntajes de la región en el Índice de Atención Médica de *CEO World*, el cual evalúa el sistema de salud (infraestructura, talento humano, costos, medicamentos y gobernanza).



Fuente: ANIF, Seminario Reforma a la Salud, 2023.

En 2019, en el puesto 45 en el Índice de Cobertura Efectiva del Sistema de Salud, con base en la carga global de enfermedades, lesiones y factores de, riesgo, superior al promedio mundial (61) y al de los países de Latam (62), e inferior al promedio de los países de OCDE (84), según estudio de Lozano et al. (2020).

Crisis sistema de salud Reino Unido

El sistema de salud del Reino Unido, el NHS (National Health Service), enfrenta una crisis multifacética que ha sido documentada por diversas fuentes oficiales y confiables. Principales problemas identificados:

Déficit de inversión: Según una revisión independiente de 2024, el NHS enfrenta un déficit de 37.000 millones de libras en inversiones de capital, lo que ha resultado en un aumento significativo del mantenimiento pendiente de las instalaciones y equipos médicos.

Emergencias: La atención en departamentos de urgencias ha empeorado, con solo el 60% de los pacientes siendo atendidos dentro de las 4 horas en mayo de 2024, en comparación con el 94% en 2010.

Mortalidad: El Real Colegio de Médicos de Emergencia considera posible que las prolongadas esperas en atención de pacientes causen aproximadamente 14.000 muertes al año en el Reino Unido debido a los retrasos en los tratamientos.

Listas de espera: Hasta junio de 2024, más de 1 millón de personas esperaban por servicios comunitarios, y alrededor de 345.000 personas esperaban más de un año para el primer contacto con servicios de salud mental.

Tratamiento e identificación de cáncer: El objetivo de 62 días para la derivación al primer tratamiento se ha incumplido desde 2015 y, en mayo de 2024, el rendimiento fue de tan solo el 65,8 %. Más del 30 % de los pacientes esperan más de 31 días para recibir radioterapia.

Aumento de tiempos de espera: El número de pacientes esperando más de dos semanas para una cita con el GP (General Practitioner o médico de cabecera) aumentó un 18% entre febrero de 2020 y marzo de 2024, alcanzando los 5 millones usuarios.

Entre septiembre de 2015 y abril de 2024, el número de pacientes registrados en las consultas de medicina general aumentó un 11,3%. Actualmente, hay 2.348 pacientes por cada médico de cabecera cualificado, frente a los 1.990 de septiembres de 2015. Esta proporción no se distribuye de forma uniforme en todo el país; la proporción de pacientes por médico de cabecera es mucho mayor en las zonas más desfavorecidas. Este desajuste entre la demanda de medicina general y la oferta de médicos de cabecera se evidencia en la disminución de la satisfacción de los pacientes con el servicio.

Personal hospitalario: aumentó un 17% a partir de 2019. Sin embargo, la productividad cayó un 11,4% tanto en consultas como en cirugía. El resultado, más de seis millones de pacientes en lista de espera.

Estos informes y estadísticas reflejan una crisis profunda en el NHS, caracterizada por falta de inversión, escasez de personal, largas listas de espera y un impacto negativo en la salud pública y la economía. La situación requiere una acción urgente y reformas estructurales para garantizar la sostenibilidad y eficacia del sistema de salud en el Reino Unido.

12. MARCO JURÍDICO

En su orden jerárquico el proyecto de ley impacta directamente sobre la vida y la salud de las personas, un derecho ampliamente reconocido por el Sistema Internacional de Derechos Humanos a través de instrumentos como:

Declaración Universal de los Derechos del Hombre

> *Artículo 11. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.*[70]
>
> *Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*[71]

[70] https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
[71] https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)

Pacto de San José de Costa Rica, del 22 de noviembre del 1969, en la cual se resalta que dentro de un estado de derecho en el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación (alimentación, **salud**, libertad de organización, de participación política, entre otros)

> *Artículo 4. Derecho a la Vida*
>
> *1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.*
>
> *2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.*
>
> *3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.*
>
> *4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.*
>
> *5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se les aplicará a las mujeres en estado de gravidez.*
>
> *6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.*[72]

Constitución Política de Colombia

> *ARTÍCULO 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.*
>
> *Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los*

72 https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad

Ley 1751 de 2015 ley Estatutaria de Salud

Artículo 10. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 20 • Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado[73]

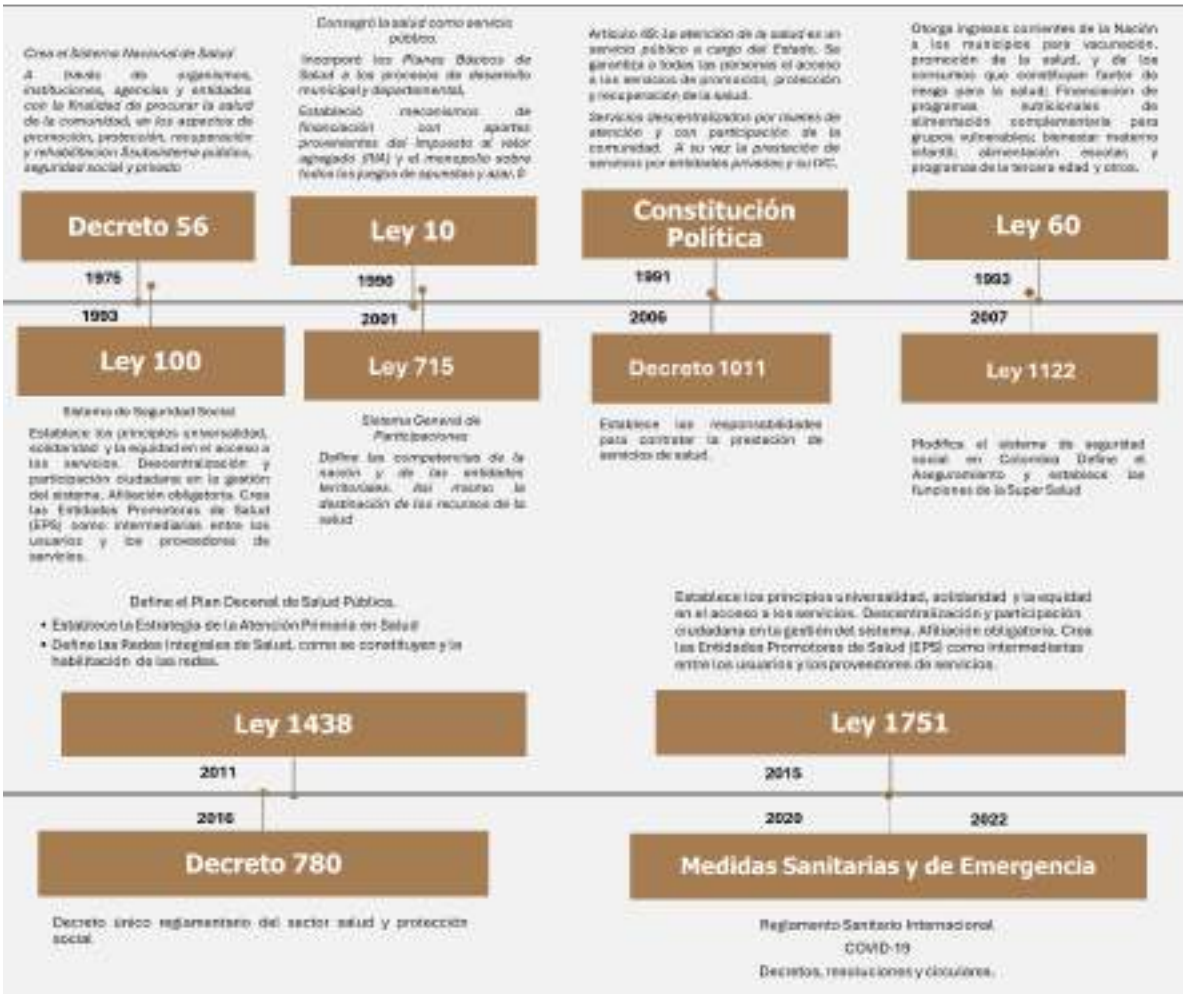
El marco jurídico del sistema general de seguridad social en salud de Colombia se ha caracterizado por su progresividad en la búsqueda de la universalidad, la equidad y la calidad en la atención médica. Se considera uno de las más avanzados de la región de América Latina por su impacto positivo en la salud y en el bienestar de los colombianos. Desde la implementación de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud ha buscado garantizar la cobertura universal, estableciendo mecanismos para asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a la atención médica, independientemente de su condición socioeconómica. A su vez un sistema de aseguramiento mixto, universal e integral con la participación del sector público y privado. Esto ha permitido que el sector privado amplíe su participación en la prestación de servicios de salud, pero que exista un control estatal para supervisar la calidad y la equidad en la atención.

El sistema se ha caracterizado por la promoción de la descentralización de la gestión de la salud, otorgando mayor autonomía territorial y fomentando la participación ciudadana en la toma de decisiones. Esto ha generado la adaptación de los servicios de salud a las necesidades específicas de cada comunidad y la mejora de la eficiencia en la prestación de servicios. Se destaca del actual sistema un enfoque en la prevención y promoción de la salud como parte integral y se cuenta con amplia evidencia de la implementación de programas de salud pública dirigidos

[73] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

a la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, lo que contribuye a reducir la carga de enfermedad en la población.

Ilustración 1 Evolución del marco jurídico y normativo del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud



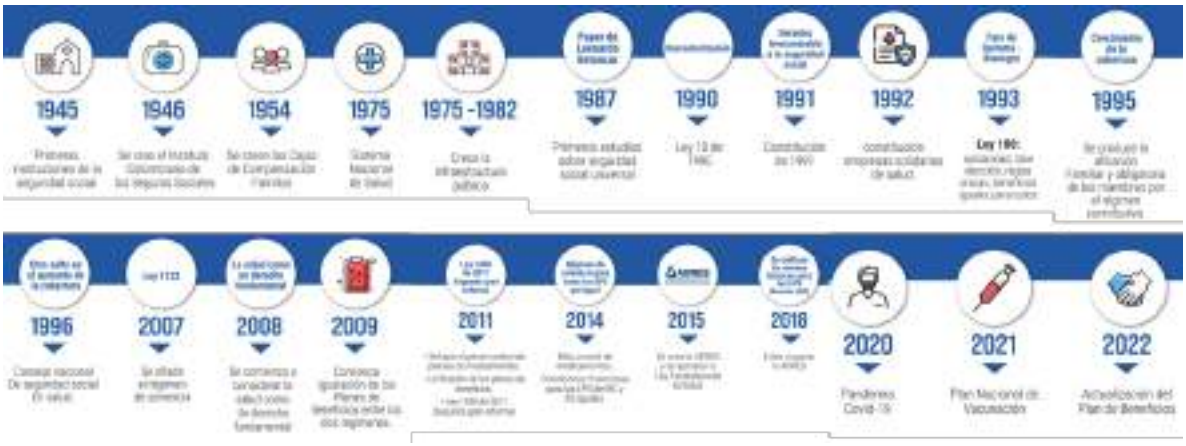
Fuente: elaboración propia

Según el Banco de la República[74] Desde la ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia ha experimentado transformaciones significativas que se han reflejado en mejoras en los indicadores de salud, así como en la ampliación de la cobertura y la protección financiera para la población. El sistema ha logrado avances importantes, como la implementación de un plan de salud integral que sólo excluye procedimientos estéticos y experimentales, un gasto de bolsillo bajo en comparación con estándares internacionales y un aumento en la cobertura, que pasó de 29% en 1995 a 99% de la población en 2022. A pesar de estos logros,

[74] Revista Ensayos Sobre Política Económica (ESPE) - Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. https://www.banrep.gov.co/es/publicaciones-investigaciones/espe/aspectos-financieros-fiscales-sistema-salud-colombiab

persisten desigualdades en el acceso y en la calidad de los servicios, lo cual se manifiesta en disparidades territoriales y en la oferta de atención.

Tabla 1 Evolución institucional del sistema de salud colombiano



Fuente: adaptación ponentes, información proporcionada por GestarSalud en Mesas técnicas

Cualquier **esfuerzo reformista del Estado debe implicar una mejora en el sistema actual, el estudio riguroso de la normatividad vigente para garantizar la pertinencia, avance, progresividad** y que el nuevo sistema realmente se enfoque en las disparidades territoriales y la oferta de atención y responda a las necesidades de salud y bienestar de todos los colombianos.

Jurisprudencia Constitucional Relevante: Construcción de un Derecho Fundamental Exigible y con Contenido Mínimo

La Corte Constitucional colombiana ha desarrollado una línea jurisprudencial sólida, coherente y progresiva sobre el derecho a la salud, a partir del mandato del artículo 86 de la Constitución y del principio de eficacia de los derechos fundamentales. A lo largo de las últimas tres décadas, el tribunal ha reconocido la salud como un derecho justiciable, inicialmente en conexión con otros derechos fundamentales como la vida y la integridad personal, y posteriormente como un derecho autónomo con contenido sustantivo propio, particularmente desde la entrada en vigor de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

En la línea jurisprudencial sobre el carácter fundamental del derecho a la salud, destacan pronunciamientos seminales como la Sentencia T-484 de 1992, en la cual se reconoció, por primera vez, que la salud podía ser protegida por vía de tutela si su vulneración implicaba una amenaza real a la vida o a la integridad personal del titular. Esta línea fue profundizada en la Sentencia T-760 de 2008, donde la Corte estableció que la salud debía ser entendida como un derecho fundamental autónomo, independientemente de su consagración legal, y que su protección debía operar sin mediar condiciones económicas discriminatorias. La Corte ordenó en esta sentencia una reestructuración del sistema, con especial énfasis en la unificación del POS, la eliminación de barreras administrativas y la publicación de información

completa por parte del Estado. En la Sentencia T-121 de 2015, el tribunal reafirmó la aplicabilidad directa del enfoque de derechos en la atención en salud, destacando que este derecho debe ser prestado con oportunidad, calidad, continuidad y sin discriminación.

La jurisprudencia también ha establecido una línea clara respecto al principio de sostenibilidad financiera, reconociendo que el derecho a la salud, como derecho prestacional, debe ejercerse dentro de los límites razonables de la capacidad fiscal del Estado. En la Sentencia C-463 de 2008, la Corte validó la función reguladora del Gobierno para establecer mecanismos de control presupuestal que permitan mantener la viabilidad del sistema. Igualmente, en la Sentencia C-313 de 2014, se consolidó la sostenibilidad financiera como un principio constitucional, no como una excepción que justifique el recorte arbitrario de derechos, sino como un criterio de razonabilidad para hacer exigible el contenido del derecho sin comprometer la totalidad del sistema. Esta línea fue completada en la Sentencia T-573 de 2017, donde la Corte precisó que la sostenibilidad no puede utilizarse como justificación para negar servicios esenciales en casos particulares, especialmente cuando se trate de pacientes en condiciones críticas.

En cuanto a la integralidad del derecho a la salud, la jurisprudencia ha definido este principio como la obligación estatal de garantizar no solo el acceso a servicios médicos, sino también a todo el conjunto de determinantes sociales, económicos y culturales que condicionan la salud. En la Sentencia SU-124 de 2018, la Corte desarrolló una metodología para evaluar si el derecho a la salud está siendo garantizado de manera integral, teniendo en cuenta la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. De manera complementaria, en la ya citada T-121 de 2015, se reiteró que la atención integral implica eliminar las fragmentaciones en la atención, coordinar los niveles de complejidad y asegurar la continuidad del tratamiento. La Sentencia T-573 de 2017, por su parte, reafirmó que la integralidad tiene límites legítimos siempre que estén debidamente justificados en criterios técnicos, éticos y clínicos, y no en consideraciones administrativas o presupuestales arbitrarias.

Estas líneas jurisprudenciales han consolidado un marco interpretativo robusto que establece estándares claros para la protección del derecho a la salud. Además, han orientado al legislador, al Gobierno y a los jueces de instancia sobre cómo materializar este derecho dentro del marco del Estado Social de Derecho, garantizando así su exigibilidad judicial, su desarrollo normativo coherente y su adecuación a los principios de dignidad humana, igualdad sustancial y progresividad.

13. Pliego de Modificaciones

TEXTO APROBADO EN CÁMARA	TEXTO PROPUESTO
TITULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	**IGUAL**
Artículo 1°. Objeto. La presente Ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de la atención primaria, organizar sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganizar los destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema público unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno del sector salud y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.	**Artículo 1°. Objeto.** La presente Ley tiene por objeto ~~transformar el~~realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud ~~en un Sistema~~(SGSSS), desarrollando un modelo preventivo, predictivo y resolutivo de ~~Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el~~carácter público, privado y mixto, implementando medidas que garanticen el goce efectivo al derecho fundamental a la salud~~. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de~~ , especialmente la atención ~~primaria, organizar sus instancias para~~en zonas rurales o marginadas del territorio colombiano, a través del aseguramiento en salud, la ~~gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras~~gestión integral del riesgo en salud, mejorando y fortaleciendo la prestación de servicios ~~de salud, reorganizar~~ , el talento humano, la satisfacción de los ~~destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema público unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social~~usuarios y ~~comunitaria~~pacientes, así como la ~~inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno del sector~~ sostenibilidad del sistema de salud ~~y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.~~.

Artículo 2°. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta Ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.	**Artículo 2°. Aseguramiento ~~social~~ en salud.** ~~El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta Ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.~~ Se entiende como la gestión integral del riesgo en salud, la gestión del riesgo financiero y actuarial, la articulación de los servicios que garanticen el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la gestión operativa y logística, así como la representación de los usuarios y pacientes ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía de los mismos. El aseguramiento financiero a cargo del Estado, así como el aseguramiento y gestión del riesgo en salud de los afiliados a cargo de las Gestoras de Salud y Vida, será el instrumento que garantizará el derecho fundamental a la salud, siguiendo el criterio de equidad en el que confluyen actores públicos, privados y mixtos. Los usuarios y pacientes participarán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con afiliación libre a las Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 3°. Atención Primaria en Salud (APS). La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La Atención Primaria en Salud (APS) está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la gestión que corresponda para lograr los objetivos de la APS. Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, en los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones	**Artículo 3°. Atención Primaria en Salud (APS).** ~~La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).~~ ~~La Atención Primaria en Salud (APS) está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.~~ ~~Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la gestión que corresponda para lograr los objetivos de la APS.~~ Sin perjuicio de lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011, o la que las modifique o reemplace, la atención primaria en salud también comprende los servicios de salud, las acciones intersectoriales y transectoriales, la participación social, comunitaria y ciudadana que oriente la misionalidad de los actores del SGSSS en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En consecuencia, la Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de territorialidad, sistematicidad, permanencia, preventivo, predictivo y resolutivo. Por tratarse de una acción intersectorial y transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el ~~Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el~~ Departamento Nacional de Planeación, ~~destinarán recursos~~ gestionarán de manera

de intervención de los determinantes sociales.	permanente ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público la apropiación de **recursos adicionales de fuentes diferentes a l~~o~~as destinadas a~~l~~ ~~cubrimiento~~** la prestación de los servicios ~~y tecnologías~~ de salud, para ~~la intervención de los determinantes sociales de la salud, en los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales~~ el cumplimiento de la estrategia APS. Las entidades territoriales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones ~~de intervención de los determinantes sociales~~ de APS en sus respectivas jurisdicciones.
Artículo 4°. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social. Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria. Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas centradas en las personas,	**Artículo 4°. Modelo de Salud ~~Predictivo, Preventivo~~ Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS).** Se define el modelo de Salud ~~Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente en el territorio colombiano. Este modelo establece el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud permitiendo la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social. Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria.~~ Preventivo, Predictivo y Resolutivo como el mecanismo operativo de la Política Pública en Salud del artículo 20 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 o la que la modifique o reemplace, y de la Política de Atención Integral en Salud, conformada por el conjunto de acciones y herramientas que orientan de forma articulada la gestión de

las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género, diferencial y de transectorialidad. El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales. La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado. Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud	los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población, contribuyendo al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema. El modelo está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y ~~establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas~~ se encuentra centrad~~as~~o en la~~s~~ ~~personas~~ ciudadanía, las familias y las comunidades~~;~~. En este sentido, el modelo ~~se~~ organizará y desarrollará su funcionamiento mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS)~~.~~ ~~Integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado, enfoque de género, diferencial y de transectorialidad.~~ y establecerá estrategias para fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria, la gobernanza territorial el fomento del trabajo digno y decente del Talento Humano en Salud. ~~El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los~~

territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población. El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.	~~vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales.~~ ~~La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado.~~ ~~Dentro del modelo, en el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, de acuerdo con las necesidades de la población.~~ ~~El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.~~ Con la finalidad que el modelo sea predictivo, se deberá producir información que permita establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, buscando brindar cuidado integral en

	todos sus niveles, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad. De igual forma, para lograr que el modelo sea preventivo se deberán producir hipótesis ,deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, buscando brindar cuidado integral en todos sus niveles, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad. Por su parte, para lograr que el modelo sea la resolutivo, el sistema responderá de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individuales y colectivas de los pacientes y usuarios. En el nivel primario de las RIITS operarán los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, conforme a las necesidades y particularidades en salud de la población donde opere el modelo.
TITULO II **GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA**	**IGUAL**
Artículo 5°. Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud. La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector. El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por los gobernadores y alcaldes, como	**Artículo 5°. Rectoría del sector salud.** ~~La gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector. El Ministerio de Salud y Protección Social~~ La dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector de dicho sector. Será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.	~~En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por los gobernadores y alcaldes, como autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.~~
Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.	**~~Parágrafo 1.~~** Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.
Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.	**~~Parágrafo 2.~~** Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.
Parágrafo 3. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la política de calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud	**~~Parágrafo 3.~~** ~~El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la política de calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en~~

(SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). **Parágrafo 4.** El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país. **Parágrafo 5.** El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.	~~Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).~~ ~~**Parágrafo 4.** El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país.~~ ~~**Parágrafo 5.** El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, consolidará un informe~~ El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, publicará un informe anual en su página web que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ~~Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido~~. Este informe tendrá que ser allegado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República al inicio de cada legislatura.
Artículo 6°. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. El Consejo Nacional de Salud estará conformado por: 1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá. 2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.	**Artículo 6°. Consejo Nacional de Salud**~~.~~ ~~Créase~~ **– CNS –**. Créese el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema ~~de~~General de Seguridad Social en Salud~~,~~ (SGSSS), adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. El Consejo Nacional de Salud estará conformado por~~:~~ los siguientes representantes del Gobierno Nacional:

3. Ministro del Trabajo o su delegado. 4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado. 5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado. 6. El Director de Planeación Nacional o su delegado. 7. El Director de la ADRES o su delegado. 8. Un representante de los gobernadores. 9. 9. Un representante de los alcaldes. 10. Un representante de los trabajadores de la salud. 11. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud. 12. Un representante de pacientes o usuarios. 13. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud. 14. Un representante de las comunidades étnicas NARP (Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras). 15. Un representante de las comunidades indígena y ROM. 16. Un representante de la población campesina. 17. Un representante por víctimas del conflicto armado. 18. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida. 19. Un representante de los prestadores de salud. El Superintendente Nacional de Salud, el Director del IETS, el Director del INVIMA, el Defensor del Pueblo y el Director del Instituto Nacional de Salud formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas	1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá. 2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado. 3. Ministro del Trabajo o su delegado. ~~Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.~~ ~~Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.~~ ~~El Director de Planeación Nacional o su delegado.~~ ~~El Director de la ADRES o su delegado.~~ <u>Adicionalmente tendrá un representante en el Consejo:</u> 1. Un representante de los gobernadores. 2. Un representante de los alcaldes. ~~Un representante de los trabajadores de la salud.~~ 3. Un representante de ~~las organizaciones representativas~~<u>la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, como organización representativa</u> de los profesionales de la salud. 4. Un representante de pacientes ~~o~~<u>y</u> usuarios.<u>–</u> 5. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.<u>–</u> 6. Un representante de las comunidades étnicas~~ NARP (Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras).~~ <u>.</u> ~~Un representante de las comunidades indígena y ROM.~~

naturales o jurídicas que considere pertinentes. El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social de Salud y Protección Social o por solicitud de nueve (9) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con doce (12) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones: 1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión. 2. Realizar recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la definición del valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), teniendo en cuenta factores diferenciales como edad, el sexo, ubicación geográfica, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y costos de las tecnologías en salud, entre otros. 3. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.	~~Un representante de la población campesina.~~ ~~Un representante por víctimas del conflicto armado.~~ 7. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.~~–~~ 8. Un representante de los prestadores de servicios de salud. El Superintendente Nacional de Salud, el Director de la Administradora de los Recursos del ~~IETS, el Director del INVIMA, el Defensor del Pueblo y el Director del Instituto Nacional de~~Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o su delegado formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes~~.~~, incluyendo instancias de participación ciudadana. El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social ~~de Salud y Protección Social~~ o por solicitud de ~~nueve (9~~cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente, o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con ~~doce (12~~siete (7) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

4. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema. 5. Revisar y consolidar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia. Esta consolidación de los informes deberá ser publicado para su libre acceso y conocimiento en el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social. 6. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley. El Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley. 7. Adoptar su propio reglamento. 8. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención, mitigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud. 9. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a	El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones: ~~1. Recomendar a los distintos sectores y entidades del Gobierno nacional y a los actores del Sistema de Salud,~~ 1. Definir, previo el desarrollo de un mecanismo técnico-científico y participativo de ampliación progresiva de los beneficios, los contenidos del Plan de Beneficios en Salud, incluyendo el Plan Ampliado de Inmunizaciones, al que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, procurando que dicho Plan contenga todos los servicios y tecnologías en salud debidamente autorizadas en Colombia, salvo las exclusiones explícitas. 2. Definir, previo el desarrollo de un mecanismo técnico-científico y participativo, los servicios y tecnologías en salud que correspondan a exclusiones explícitas que no serán pagadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3. Definir de manera vinculante el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Servicios no contenidos en el Plan de Beneficios de Salud y no excluidos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, o la que la modifique o sustituya. 4. Definir la metodología, la nota técnica y formas de reconocimiento y pago con cargo a los recursos de la ADRES, para los casos excepcionales en los cuales existan

consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social. 10. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios. 11. Impulsar la definición de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a elevar la calidad de vida de la población, encaminadas a favorecer que, en todas las políticas, se tengan en cuenta criterios y conceptos de salud para buscar sinergias económicas y programáticas, y para que consideren las implicaciones nocivas para la salud de las decisiones que se tomen en otros sectores. **Parágrafo 1**. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. **Parágrafo 2.** El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo. **Parágrafo 3.** La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.	servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas. 5. Definir el régimen y montos de los copagos y cuotas moderadoras a cargo de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 6. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, y los Servicios no contenidos en el Plan de Beneficios de Salud y no excluidos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, o la que la modifique o sustituya, y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes antes del 30 de noviembre de cada anualidad. 7. Definir el régimen que deberán aplicar las Gestoras de Salud y Vida (GSV) para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad y paternidad según las normas vigentes. 8. Definir las medidas necesarias para evitar la selección de riesgo por parte de las Gestoras de Salud y Vida (GSV) y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo. 9. Reglamentar el funcionamiento de los Consejos Departamentales,

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación. **Parágrafo 5**. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.	Municipales y Distritales de Seguridad Social en Salud. 10. Definir y actualizar cada cuatro (4) años el manual Tarifario para la atención en salud de las víctimas de accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y demás eventos catastróficos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y para la atención de urgencias de otra naturaleza. 11. Designar al Secretario(a) Técnico(a) de la Secretaría Técnica del CNS. 12. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el Sistema y utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica. 13. Proponer al Gobierno Nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC. 14. Recomendar al Consejo Intersectorial de Salud Pública la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud ~~para la gestión.~~ . ~~2. Realizar recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la definición del valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), teniendo en cuenta factores diferenciales como edad, el sexo, ubicación geográfica, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la~~

	~~población, y costos de las tecnologías en salud, entre otros.~~ 15. ~~Presentar~~Recomendar iniciativas ~~en materia de reglamentación del Sistema de Salud~~ para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social~~. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso~~ en materia de reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), conforme a ~~la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema. 5. Revisar y consolidar~~ los informes ~~trimestralese~~ insumos técnicos semestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud~~ y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia. Esta consolidación de los~~ . Estos informes ~~deberá~~deberán ser ~~publicado~~publicados para su libre acceso y conocimiento en el sitio web del Ministerio ~~de Salud y Protección Social.~~ . 16. ~~6.~~ Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley~~. El~~ en el marco de las funciones y competencias del Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica, el cual rendirá un informe detallado en el primer trimestre de cada año, ~~rendirá un informe detallado~~ a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República~~, en el que~~

	~~se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley.~~ . 17. ~~7.~~ De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, definir los manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática. 18. Adoptar su propio reglamento. ~~8. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención, mitigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud.~~ ~~9. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~10. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios.~~ ~~11. Impulsar la definición de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a~~

	~~elevar la calidad de vida de la población, encaminadas a favorecer que, en todas las políticas, se tengan en cuenta criterios y conceptos de salud para buscar sinergias económicas y programáticas, y para que consideren las implicaciones nocivas para la salud de las decisiones que se tomen en otros sectores.~~ **Parágrafo 1.** Las decisiones que tengan implicaciones fiscales ~~y sobre la calidad~~ del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de ~~Salud y Protección Social y el Ministerio de~~ Hacienda y Crédito Público~~.~~, y las implicaciones de calidad, requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 2.** Los miembros del consejo serán designados para periodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos (2) últimos años del gobierno que los elige y dos (2) años del gobierno siguiente. En caso de ausencia definitiva de alguno de los miembros del Consejo, será designado un nuevo representante por la misma organización, comunidad o sector que originalmente lo postuló. Esta persona ejercerá el cargo únicamente por el tiempo restante del periodo para el cual fue elegido el miembro reemplazado. **Parágrafo 3.** Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un periodo de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un periodo; su elección se realizará por

	cada una de las organizaciones correspondientes, en un término no superior a sesenta (60) días posteriores a la expedición de esta Ley, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia e imparcialidad. Los representantes gubernamentales serán los funcionarios que ejerzan el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud. **Parágrafo 4**. ~~**Parágrafo 2.** El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.~~ ~~**Parágrafo 3.**~~ La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano idóneo, independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.~~–~~ . ~~**Parágrafo 4**. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su~~**Parágrafo 5.** Se definirá un presupuesto ~~el~~de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que ~~cubra~~incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica~~, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.~~ . **Parágrafo 6**.~~**Parágrafo 5.**~~ Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en

	Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud. En los Consejos Territoriales de Salud participará un (1) representante de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Servicios de Salud del correspondiente territorio. Las decisiones de estos Consejos serán obligatorias en el respectivo territorio en materia de salud pública, y según lo dispuesto por el CNS.
NUEVO	**Artículo 7. Secretaría Técnica del CNS.** Créese la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud, que tendrá un(a) Secretario(a) Técnico(a) que será designado por el propio Consejo mediante Acuerdo, para un periodo de dos años y será reelegible por una sola vez. Para su designación el Consejo podrá adoptar un mecanismo de concurso o la metodología y requisitos que considere necesarios. La Secretaría Técnica del CNS funcionará en las oficinas del Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá un grupo de trabajadores no superior a diez (10) personas. Funciones de la Secretaría Técnica del CNS. 1. Efectuar de acuerdo con el reglamento las convocatorias al CNS. 2. Elaborar las actas de las sesiones y los proyectos de Acuerdo que se le encomienden y custodiar el archivo del Consejo. 3. Recibir, sistematizar, informar y proyectar las respuestas de toda la correspondencia que sea remitida al CNS. 4. Preparar los informes que deba presentar el CNS ante los organismos de control y demás autoridades, así como preparar las rendiciones de cuentas. 5. Preparar y enviar con la antelación que

	defina el reglamento los documentos necesarios para la adopción de decisiones por parte del Consejo. 6. Elaborar de acuerdo con las instrucciones emitidas por el Consejo los documentos precontractuales que se requieran para la contratación de los estudios necesarios para la adopción de decisiones por parte del Consejo. 7. Mantener informado al Consejo sobre el avance de los estudios contratados y en todo caso someter a su aprobación los documentos definitivos de convocatoria para estudios antes de ser publicados. 8. Las demás que le encargue el CNS.
Artículo 7°. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y deberá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e	**Artículo ~~7°~~ 8. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).** Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social ~~diseñará, desarollará e implemetará~~ integrará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) a partir de los sistemas de información disponibles, y mediante el desarrollo de los que resulten necesarios con el fin de contar con un único sistema con toda la información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional~~.~~, ~~P~~para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y ~~deberá~~ podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información

Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del Sistema de Salud. El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades. Se brindará asistencia técnica e inversión prioritaria, en aquellos municipios donde no hay conectividad con el fin de cerrar brechas tecnológicas y facilitar su vinculación al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional. El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya. **Parágrafo**. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), deberá cumplir con estándares internacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, garantizando la protección de datos personales, el acceso equitativo y la transparencia en la gestión del sistema.	y las Comunicaciones~~,~~ cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias. En todo caso, aquellos sistemas de información que actualmente están en operación o que se desarrollen posteriormente deberán integrarse a este sistema. La incorporación y el reporte de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial será obligatoria para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud~~.~~ en lo de su competencia. Todas las entidades que interoperan en el sistema deberán contar con los componentes de hardware, software, almacenamiento, entre otros, que permitan el intercambio de información en línea. Estos requisitos serán susceptibles de verificación, como parte de los criterios habilitantes para las entidades prestadoras. El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, priorizando territorios donde aún no hay conectividad. Las entidades territoriales en un plazo de 6 meses deberán identificar las necesidades de infraestructura tecnológica en su jurisdicción a fin de aumentar y/o mejorar dicha capacidad y actualizar dicha información en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Para este propósito el Ministerio de Tecnologías de la Información deberá disponer de mecanismos de asistencia técnica, a través de las entidades territoriales para todos los actores que así lo requieran ~~deberá integrar los sistemas de información ya disponibles.~~ Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en

	Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades, en un lapso no superior a cinco (5) años. Se brindará asistencia técnica e inversión prioritaria, en aquellos municipios donde no hay conectividad con el fin de cerrar brechas tecnológicas y facilitar su vinculación al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). El Gobierno Nacional deberá adelantar las acciones necesarias para garantizar la conectividad de las Instituciones Prestadoras de Salud, o las que hagan sus veces en las zonas dispersas de todo el territorio nacional. Complementariamente, en aras de asegurar la transparencia, la trazabilidad y la oportunidad en el flujo de información. De manera excepcional para zonas apartadas con dificultades en conectividad, se implementará el uso de tecnologías sin conexión, permitiendo que los datos en salud, protección social y determinantes sociales se capturen de manera segura y estructurada en campo, y luego se sincronicen automáticamente cuando haya acceso a internet. El acceso a esta información deberá garantizarse semanalmente. Para reforzar su integridad y confiabilidad, cada registro deberá contar con sello de tiempo, firma digital y mecanismos de validación de autenticidad; y adicionalmente, el SPUIIS incorporará tecnologías de registro distribuido, de forma que todas las operaciones queden encadenadas, inmutables y verificables por las entidades de inspección, vigilancia y control. De manera excepcional para zonas apartadas con dificultades en conectividad, se implementará el uso de tecnologías sin conexión, permitiendo que los datos en salud, protección social y determinantes

	sociales se capturen de manera segura y estructurada en campo, y luego se sincronicen automáticamente cuando haya acceso a internet. El acceso a esta información deberá garantizarse semanalmente. La contratación de almacenamiento o procesamiento de datos con entidades extranjeras no será obstáculo para que el Ministerio de Salud y Protección Social deba contar con el debido archivo, control, copias de respaldo y demás gestión de la información del SPUIIS en caso de: fallas en el sistema, cambio de operador o contingencias externas. El Estado garantizará el acceso efectivo en todo momento a la información plena y a proteger su calidad de reserva. Igualmente, se debe garantizar que los datos del sistema de información, se alojen en el territorio nacional. El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya. **Parágrafo 1.** El Sistema deberá diferenciar la información de usuarios y servicios procedente de: la Cuenta de Alto Costo (CAC), el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y de sus cuidadores, beneficiarios de los programas para la superación de la pobreza extrema y de Colombia Mayor o el que haga sus veces, para facilitar el suministro prioritario de servicios como sujetos de especial protección constitucional, y para medición financiera y seguimiento de los mismos. **Parágrafo 2.** Con el propósito de efectuar el correspondiente seguimiento para el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección

	Social deberá presentar de manera trimestral los avances en su desarrollo; recursos presupuestados y ejecutados; y demás información que resulte relevante para conocer el estado de avance y lograr la plena implementación del mismo a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República. **Parágrafo 3.** El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en un término no superior a los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, determinará el monto de los recursos necesarios y la fuente de financiación correspondiente para el desarrollo completo y la implantación total del SPUIIS, recursos que deberán ser diferentes a los que se destinen a la UPC y la prestación de servicios de salud. **Parágrafo transitorio:** El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las entidades territoriales la definición e implementación de una estrategia para la adecuada digitalización y sistema archivo de la información en salud, generada en los territorios en los cuáles a la entrada en vigencia de la presente ley no cuenten con conectividad permanente o ésta sea de difícil acceso, con el fin de garantizar el pleno funcionamiento de la operación a cargo del SPUIIS. Con este propósito el Ministerio de Tecnologías de la Información fortalecerá las acciones necesarias para garantizar la conectividad en todo el territorio nacional. La falta de conectividad o acceso en tiempo real al SPUIIS de los agentes del sistema de salud no será óbice para la atención integral efectiva en salud, ni para el trámite de referencia y contrarreferencia en los distintos niveles de complejidad.

~~**TÍTULO III**~~ ~~**FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD**~~	SE ELIMINA
Artículo 8°. Obligatoriedad de las cotizaciones. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas en calidad de empleadores y las personas naturales de acuerdo con la normatividad vigente. Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre los salarios, honorarios, pensiones, ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al Sistema de Salud son de carácter obligatorio. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la cuenta de recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las contribuciones parafiscales en salud , respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios mensualizados, no mensualizados o extraordinarios, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas. De igual manera la UGPP establecerá auditorías aleatorias, para verificar la veracidad de las liquidaciones y pagos realizados por los aportantes, con el fin de prevenir prácticas de evasión.	SE ELIMINA.

NUEVO	**Artículo 9. Acceso a la Información.** En el marco de interoperabilidad, el SPUIIS facilitará a los proveedores en salud, el acceso y el intercambio de datos en atención médica de los pacientes de forma oportuna, segura y continua, en función de la calidad de atención al paciente. En todo caso, el Sistema dispondrá dicho acceso a la información, según el perfil y competencia de cada actor para los fines pertinentes. Así mismo el SPUIIS permitirá conocer y descargar en cualquier momento la información referente a la historia clínica, aportes al sistema por parte del afiliado, vacunación y toda la información que haga parte del curso de vida de la persona o de su grupo familiar. Para los empleadores, permitirá la consulta de los datos básicos de la afiliación de los trabajadores dependientes, contratistas y estudiantes en práctica formativa por los cuales se encuentren obligados a efectuar aportes.
NUEVO	**Artículo 10. Deberes de los actores al interior del Sistema.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social adelantará las correspondientes acciones para promover la plena y pronta implementación del Sistema, así como, su uso por parte de los diferentes actores del sector. Como parte de los esfuerzos a implementar, el Ministerio dispondrá de los tutoriales en el portal web correspondiente. Es deber por parte de los diferentes actores del Sistema garantizar la capacitación del personal al interior de sus entidades para la debida implementación e idoneidad en el manejo y uso del Sistema Único de Información en Salud y Protección Social, también será de obligatorio cumplimiento la realización de las respectivas actualizaciones.

	El personal de Talento Humano en Salud deberá reportar de manera oportuna y veraz la información necesaria y completa de la atención en salud en el Sistema de Información en Salud y Protección Social para su adecuada operación y funcionamiento. Ello deberá garantizar la identificación, valoración, prescripción y el concepto médico-científico del médico tratante, como parte de la responsabilidad de incluir de manera integral las necesidades del paciente, en el marco de su derecho al diagnóstico. Es deber del afiliado reportar al Sistema las novedades que afecten su estado de afiliación en el Sistema Integral de la Protección Social y aquellas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. En su calidad de usuario y/o paciente, es su deber suministrar información verídica y oportuna que permita una atención integral y de calidad. **Parágrafo.** Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) deberán estar sujetos a procesos integrales de inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes, garantizando la transparencia en su destinación y ejecución conforme a la normatividad vigente. Estos procesos deberán incorporar mecanismos de auditoría, seguimiento financiero y evaluación de resultados y en articulación con el Sistema Nacional de Control Fiscal.
NUEVO	**Artículo 11 Seguridad de la Información y Seguridad Digital.** Los actores que traten información en el marco de la presente ley deberán establecer un plan de seguridad y privacidad de la información, seguridad digital y continuidad de la prestación del servicio, que incluirá una evaluación periódica del riesgo de seguridad digital, para la identificación de mejoras a

	implementar en su Sistema de Administración del Riesgo Operativo. Para lo anterior, deberán contar con las políticas, procedimientos, recursos técnicos, administrativos y humanos necesarios para gestionar el riesgo de manera efectiva de acuerdo con los lineamientos para la administración de la seguridad de la información y la seguridad digital previstos en la normatividad vigente, en especial, en lo dispuesto en las leyes 1581 de 2012 de Hábeas Data, 527 de 1999 de Comercio Electrónico, 594 de 2000 Ley General de Archivos o las normas que las modifiquen, sustituyan o complementen y apliquen. El Sistema Único de Información en Salud deberá cumplir como mínimo con los estándares internacionales ISO que le apliquen, el cual deberá actualizarse de manera permanente. La contratación de almacenamiento o procesamiento de datos con entidades extranjeras no será obstáculo para que el Ministerio de Salud y Protección Social deba contar con el debido archivo, control, copias de respaldo y demás gestión de la información del SPUIIS en caso de: fallas en el sistema, cambio de operador o contingencias externas. El Estado garantizará el acceso efectivo en todo momento a la información plena y la protección de su calidad de reserva. Como parte de los mecanismos de seguridad de la información, los diferentes actores del Sistema de Salud podrán incorporar medidas adicionales de seguridad informática sólidas (como el cifrado de datos, la supervisión constante

	de la actividad de la red, la segmentación del acceso, entre otros), que permitan la realización de pruebas de vulnerabilidad, auditorías de seguridad y el uso de herramientas para identificar y rectificar los fallos de la infraestructura antes de que sean vulnerados, salvaguardando la información confidencial y blindándolos frente a ciberataques. La falta de conectividad o acceso en tiempo real al SPUIIS por parte de los actores del sistema de salud no será óbice para la atención integral efectiva en salud, ni para el debido cumplimiento de los demás procesos al interior del Sistema de Salud.
TITULO IV **FUENTES, USOS GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD.**	**TITULO III** **FUENTES, USOS GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD.**
Artículo 9°. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones: 1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud. 2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley.	~~Artículo 9°. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:~~ ~~1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud.~~ ~~2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley.~~

3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).	~~3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).~~
4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta, de acuerdo con los controles y auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida.	~~4. Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta, de acuerdo con los controles y auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida.~~
5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.	~~5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.~~
6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley, que serán registrados en el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.	~~6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley, que serán registrados en el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.~~
7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.	~~7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de Salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.~~
8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.	~~8. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.~~
9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.	~~9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.~~ ~~10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos~~

10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan.	~~conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan.~~
11. Administrar y llevar registro de la información propia de sus operaciones financieras y las de los diferentes actores del sistema que tengan relación con las funciones de la entidad, a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).	~~11. Administrar y llevar registro de la información propia de sus operaciones financieras~~ ~~y las de los diferentes actores del sistema que tengan relación con las funciones de la entidad, a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~
12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.	~~12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.~~
13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.	~~13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.~~
14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles, de conformidad con mecanismos de autorización del pago de servicios.	~~14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los~~ ~~recursos disponibles, de conformidad con mecanismos de autorización del pago de servicios.~~
15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud, a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.	~~15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud, a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.~~
16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para	~~16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines~~

garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema. 17. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales. 18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema. 19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida. 20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como	~~de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.~~ ~~17. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.~~ ~~18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.~~ ~~19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.~~ ~~20. De conformidad con los lineamientos definidos por el~~ ~~Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática.~~

manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática. 21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud. 22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías integrales que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población. 23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo. 24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine. 25. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos. 26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud. 27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y	~~21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.~~ ~~22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías integrales que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población.~~ ~~23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.~~ ~~24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine.~~ ~~25. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.~~ ~~26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.~~ ~~27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.~~ ~~28. Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley.~~

contingencias financieras que se puedan presentar. 28. Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley. 29. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente Ley. 30. Realizar el pago de las licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes, según lo dispuesto en la presente Ley. 31. Rendir semestralmente un informe detallado, el cual deberá ser de público acceso y conocimiento, sobre la ejecución de los recursos destinados para el Sistema de Salud. Este informe deberá ser presentado ante las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado de la República y Cámara de Representantes. 32. Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto. **Parágrafo 1.** Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). **Parágrafo 2**. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo	~~29. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente Ley.~~ ~~30. Realizar el pago de las licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes, según lo dispuesto en la presente Ley.~~ ~~31. Rendir semestralmente un informe detallado, el cual deberá ser de público acceso y conocimiento, sobre la ejecución de los recursos destinados para el Sistema de Salud. Este informe deberá ser presentado ante las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado de la República y Cámara de Representantes.~~ ~~32. Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto.~~ ~~Parágrafo 1. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).~~ ~~Parágrafo 2. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de un (1) año la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.~~ ~~Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social en los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley. Expedirá la reglamentación en relación a las~~

de un (1) año la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas. **Parágrafo 3**. El Ministerio de Salud y Protección Social en los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley. Expedirá la reglamentación en relación a las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás organismos de control, la Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas ante el Consejo Nacional de Salud, informando de su gestión y los resultados obtenidos de la misma. **Parágrafo 4**. Para efectos de establecer los pisos y techos de los manuales tarifarios de que trata el numeral 20 del artículo 9, el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas, un (1) representante de los hospitales públicos y un (1) representante de las clínicas privadas.	~~buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás organismos de control, la Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas ante el Consejo Nacional de Salud, informando de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.~~ ~~Parágrafo 4. Para efectos de establecer los pisos y techos de los manuales tarifarios de que trata el numeral 20 del artículo 9, el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas, un (1) representante de los hospitales públicos y un (1) representante de las clínicas privadas.~~ **Artículo 12°. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).** Agréguense los siguientes literales al Artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará así: **(…)** **I.** Constituir un fondo de reaseguro para la gestión de enfermedades de alto costo, huérfanas y raras, en el caso en que el Consejo Nacional de Salud (CNS) establezca la insuficiencia de la UPC o en el valor que financia los servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y no excluidos, de conformidad con la reglamentación que en la materia expida el Gobierno nacional. **J.** Calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente para el fondo

	de reaseguro las reservas técnicas conocidas y no conocidas que deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud; sobre las cuales se deberá mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, conforme a los ajustes efectuados en el SGSSS de que trata la presente Ley. **K.** Pagar las prestaciones económicas que audite y autorice la Gestora de Salud y Vida en favor de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El Director de la ADRES, será sujeto a las sanciones penales y disciplinarias a que haya lugar, por el incumplimiento de lo aquí dispuesto. **L.** Realizar, en nombre de las Gestoras de Salud y Vida, el giro directo de los recursos de la UPC y No UPC destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades de baja complejidad no incluidos en el literal O de este artículo, así como a la mediana y alta complejidad que presten dichos servicios, y a los proveedores de tecnologías incluidas en el PBS. **M.** Girar cada mes el valor que corresponda por concepto de gasto administrativo a las Gestoras de Salud y Vida. **N**. Ejecutar auditorías aleatorias y, según la necesidad, auditorías por excepción para verificar la calidad de la auditoría realizada por las Gestoras de Salud y Vida de forma tal que, con ellas, promueva la eficiencia en la gestión de los recursos y evite la sobreexposición del patrimonio público. **O.** Realizar los giros de las asignaciones de subsidio a la oferta a los CAPS que, de acuerdo con presupuestos estándar para la operación corriente en aquellos municipios donde, de conformidad con lo definido por

	el Ministerio de Salud y Protección Social, sea indispensable para garantizar su operación. **P.** Adelantar las acciones de reembolso del pago de los servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por pólizas de seguros de salud internacionales. **Q.** Pagar el valor correspondiente al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria pública y de su mantenimiento, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley y con fuentes de financiamiento distintas a la UPC y recursos destinados a la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de la presente ley. **R.** Destinar los recursos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para la formación del talento humano en salud, con fuentes de financiamiento distintas a la UPC y recursos destinados a la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de la presente ley. **S.** Rendir informe anual de su gestión al Consejo Nacional de Salud y la Comisiones Séptimas del Congreso de la República durante el mes de marzo de cada año, correspondiente a la vigencia del año anterior, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control que competen a la Superintendencia Nacional de Salud. **Parágrafo.** Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito

	Público, junto con la ADRES, reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional e Inversiones necesario para garantizar que, en un plazo máximo de tres (3) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, la ADRES tenga la capacidad operativa y financiera para asumir las nuevas funciones que se le asignan con la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES.
Artículo 10°. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes: 1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones. 2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.	~~Artículo 10°. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes:~~ ~~1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.~~ ~~2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.~~ ~~3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.~~ ~~4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y~~

4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.	~~explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.~~
5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.	~~5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el Sistema de Salud.~~
6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.	**Artículo 13°.** Adiciónense los siguientes literales y el parágrafo transitorio a la sección "la entidad administrará los siguientes recursos:" del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará así: **(…)** ~~6.~~ **R.** Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.
7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.	~~14~~ **S.** Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.
8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.	~~18~~ **T.** Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya o modifique.
9. Los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.	~~19.~~ **U.** Figura jurídica para la destinación específica del 0.5% IVA social. **W.** Fondo de programas especiales para la paz, recursos de cooperación internacional y demás recursos asignados para salud y paz
10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de	~~20.~~ **V.** El Gobierno Nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto

Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella. 11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991. 12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES. 13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal. 14. Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud. 15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud. 16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes. 17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud o que se le entreguen en administración relacionados con la salud y la protección social. 18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley	porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2032. **Parágrafo transitorio.** Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 1797 de 2016 o la que la modifique o sustituya, los recursos correspondientes a los literales U y V de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el Marco de Gasto de Mediano Plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento. El Gobierno Nacional reglamentará que la destinación de los recursos recaudados por los conceptos establecidos en los literales U y V sean utilizados por un periodo de cinco años para la estabilización y saneamiento financiero del SGSSS. Cumplido este plazo, los recursos recaudados serán utilizados en la financiación del aseguramiento en salud. El Gobierno Nacional reglamentará en un plazo no mayor a 3 meses el proceso de estabilización y saneamiento, teniendo como prioridad el pago de deudas por aseguramiento, prestación de servicios en salud, talento humano en salud y reconocimiento a proveedores de medicamentos y tecnologías en salud.

2277 de 2022 o la norma que la sustituya o modifique. 19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social. 20. El Gobierno Nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2032. **Parágrafo**. Los recursos correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento. **Parágrafo 2:** La ADRES tiene la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las reservas técnicas conocidas y no conocidas que deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud, sobre las cuales se deberá mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, de acuerdo con el siguiente régimen y los plazos que defina el Gobierno nacional.	
Artículo 11°. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así: **Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables.** El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por	**Artículo ~~11º~~ 14°. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud.** Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario y los siguientes parágrafos, así: **Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables.** El Gobierno Nacional, a partir del primero (1°) de enero

ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud. **Parágrafo.** El Gobierno nacional, en cabeza de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, evaluará e incorporará de forma progresiva nuevas fuentes de financiación que permitan garantizar la continuidad en la atención y un crecimiento suficiente de los recursos para la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención.	de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), ~~al Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.~~ los cuales serán utilizados por un periodo de cinco años para la estabilización y saneamiento financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Cumplido este plazo, los recursos recaudados serán utilizados en la financiación del aseguramiento en salud. **Parágrafo 1.** Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 1797 de 2016 o la que la modifique o sustituya, el Gobierno Nacional reglamentará la destinación de los recursos recaudados por el concepto de que trata el presente artículo, en un plazo no mayor a 3 meses, teniendo como prioridad el pago de deudas por aseguramiento, prestación de servicios en salud, talento humano en salud y reconocimiento a proveedores de medicamentos y tecnologías en salud. **Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional, en cabeza de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, evaluarán e incorporarán de forma progresiva nuevas fuentes de financiación que permitan garantizar la continuidad en la atención y un crecimiento suficiente de los recursos para la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención.
Artículo 12°. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del	~~**Artículo 12°. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)**. Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del~~

Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente:	~~Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente:~~
1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.	~~1. La financiación de los servicios del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.~~
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales.	~~2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa y la prestación de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territoriales.~~
3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.	~~3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~
4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente Ley.	~~4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos que define la presente Ley.~~
5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.	~~5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.~~
6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.	~~6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.~~
7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.	~~7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.~~
8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado,	~~8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en~~

previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. 9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado. 10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento. 11. El fortalecimiento y mejora de la Red Nacional de Atención de Urgencias. 12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. 13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley. 14. El pago de incentivos que se establezcan para los prestadores de servicios de salud incluyendo quienes presten servicios de mediana y alta complejidad, y los incentivos que de acuerdo a la presente ley se reconozcan para las Gestoras de Salud y Vida. 15. La formación del talento humano en salud. 16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común. 17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. 18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.	~~cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.~~ ~~10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.~~ ~~11. El fortalecimiento y mejora de la Red Nacional de Atención de Urgencias.~~ ~~12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.~~ ~~13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.~~ ~~14. El pago de incentivos que se establezcan para los prestadores de servicios de salud incluyendo quienes presten servicios de mediana y alta complejidad, y los incentivos que de acuerdo a la presente ley se reconozcan para las Gestoras de Salud y Vida.~~ ~~15. La formación del talento humano en salud.~~ ~~16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.~~ ~~17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.~~ ~~18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.~~ ~~19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos~~

19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz. 20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del SOAT. 21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidentes de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021 o de las que las sustituyan o modifiquen. 22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto. 23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al	~~destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.~~ ~~20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del SOAT.~~ ~~21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidentes de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021 o de las que las sustituyan o modifiquen.~~ ~~22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.~~ ~~23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~24. Las medidas de atención en salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos~~

Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 24. Las medidas de atención en salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas. 25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento. 26. El pago de las obligaciones producto de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley. 27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes. 28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional. 29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.	~~asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.~~ ~~25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la ADRES con recursos de inversión o funcionamiento.~~ ~~26. El pago de las obligaciones producto de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley.~~ ~~27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.~~ ~~28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.~~ ~~29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.~~ **Artículo 15°.** Adiciónense el siguiente literal y un parágrafo a la sección de “estos recursos se destinarán a:” del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará así: **Ñ.** El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.

	Parágrafo. El uso de los recursos autorizados en virtud del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 estará sujeto a la auditoría y control fiscal por parte del Estado, a través de los órganos competentes de la República. La ADRES deberá utilizar dichos recursos de manera exclusiva para el cumplimiento de su objeto dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Contraloría General de la República deberá realizar auditorías periódicas sobre la destinación, ejecución y resultados de estos recursos, en cumplimiento de sus funciones constitucionales y legales. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá contratar auditorías externas independientes, al menos una vez al año para evaluar la destinación, eficiencia y resultados de los gastos ejecutados en el marco de esta disposición. Los informes resultantes de dichas auditorías, tanto internas como externas, deberán ser publicados en el sitio web institucional de la ADRES y remitidos a los entes de control y a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, garantizando el principio de transparencia en el uso de los recursos públicos. Adicionalmente, la Auditoría General de la República realizará una auditoría externa anual a la ejecución de los recursos por gastos de administración de la ADRES, con el fin de garantizar la transparencia, eficiencia y cumplimiento normativo en la utilización de dichos recursos.
Artículo 13°. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 10 de la presente Ley, es decir, los asignados a la Administradora de los Recursos del	ELIMINADO.

Sistema de Salud (ADRES) y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Será administrado por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES). El Fondo Único Público de Salud tendrá tres cuentas, dos de ellas serán independientes y una será de carácter general integrada por los demás recursos del Sistema de Salud que harán unidad de caja en el Fondo. Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud serán las de: a. Atención Primaria en Salud. b. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La cuenta de carácter general se denominará como Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. La inspección, vigilancia y control del Fondo Único Público de Salud será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás autoridades competentes establecidas por la Constitución y la Ley. **Parágrafo**. Dentro de los 12 meses siguientes a la promulgación de la presente ley, se implementará un sistema de auditoría en tiempo real basado en tecnologías digitales, incluyendo blockchain, que permita rastrear el uso de los recursos asignados al Fondo Único Público de Salud y garantizar su destinación exclusiva al fortalecimiento del sistema de salud, promoviendo la transparencia y la eficiencia en su administración.	
Artículo 14°. Traslado presupuestal entre las cuentas del Fondo Único	ELIMINADO

Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: 1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. 2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del Sistema de Salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria. 3. No podrán trasladarse aquellos recursos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico. 4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas. 5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Contraloría General de la República, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los	

recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control. De igual manera deberá ser reportado de inmediato en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, con el fin de generar transparencia en el traslado y trazabilidad de los recursos. 6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.	
Artículo 15°. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra los recursos que se asignen en la definición de la Unidad de Pago por Capacitación con destino a la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variable geográfica, dispersión poblacional patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas, alcances, y disponibilidad de la oferta, y tendrá las siguientes fuentes: 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios. 2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.	ELIMINADO.

3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados. 5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud. Estos recursos se destinarán a financiar: 1. Los servicios y tecnologías prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), públicos, privados y mixtos, así como los medicamentos de uso ambulatorio prescritos en estas unidades. 2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial, 3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos. 4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.	
Artículo 16°. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes:	ELIMINADO.

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y de los distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos. 2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud con cargo a esta cuenta. Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: 1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social,	

2. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos. Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad.	
Artículo 17°. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios: 1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis. 2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente Ley. 3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo completo. 4. El financiamiento para la formación en salud. 5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.	ELIMINADO.

6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT. 7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron. 8. Pago de remuneración por la administración a las Gestoras de Salud y Vida. 9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida. Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias y el pago de servicios de mediana y alta complejidad.	
Artículo 18°. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral y oportuno, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados.	~~Artículo 18°. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral y oportuno, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados.~~ ~~El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación~~

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales y valores actualizados a la respectiva anualidad, con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud, cambios y/o nuevas adopciones en las Guías y protocolos clínicos autorizados. La UPC se deberá ajustar por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en el territorio nacional. Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la salud de la población y del aumento de las actividades del Sistema de Salud, para su prevención y control. Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de	~~(UPC) suficiente para financiar los servicios de salud, mediante estudios técnicos y cálculos actuariales y valores actualizados a la respectiva anualidad, con criterios de ajustes por variables geográficas de dispersión poblacional, demográficas como edad o grupo etario y sexo, condiciones de salud, cambios y/o nuevas adopciones en las Guías y protocolos clínicos autorizados. La UPC se deberá ajustar por distintos tipos de riesgos individual o grupal, de tal forma que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud de la población en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en el territorio nacional.~~ ~~Igualmente, se deberá tener en cuenta para el cálculo actuarial, los incrementos de frecuencias por servicios preventivos, el crecimiento de los eventos adversos secundarios al mayor número de actividades y procedimientos requeridos para la recuperación de la salud de la población y del aumento de las actividades del Sistema de Salud, para su prevención y control.~~ ~~Los estudios necesarios para definir la Unidad de Pago por Capitación que requieran, deberán ser desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación. El Ministerio de Salud garantizará que en el término de implementación del SPUIIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC.~~

implementación del SPUIIS que se señala en la presente ley se utilice la información de fuente primaria para el cálculo de la UPC. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará la UPC así: 1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con valores actualizados a la respectiva anualidad y criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías y otras variables que sean pertinentes, **Parágrafo 1.** En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria	~~Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará la UPC así:~~ ~~1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con valores actualizados a la respectiva anualidad y criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.~~ ~~La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~ ~~2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías y otras variables que sean pertinentes,~~ ~~Parágrafo 1. En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9 de la presente Ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos~~

sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9 de la presente Ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo. **Parágrafo 2.** Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud. **Parágrafo 3**. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad. **Parágrafo 4.** En el tercer trimestre de cada anualidad, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta. **Parágrafo Transitorio**. La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC se realizará dentro del primer año de la entrada en vigencia de la presente Ley.	~~financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma cuando existan faltantes en el fondo.~~ ~~Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud. Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.~~ ~~Parágrafo 4. En el tercer trimestre de cada anualidad, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, rendirán informe a las comisiones séptimas del Congreso de la República sobre la metodología y los resultados obtenidos a partir de esta.~~ ~~Parágrafo Transitorio. La redefinición de la metodología del cálculo de la UPC se realizará dentro del primer año de la entrada en vigencia de la presente Ley.~~ **Artículo 16. Definición y Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas.** Sin perjuicio de lo establecido en la normatividad vigente, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud –(SGSSS) para financiar el conjunto de prestaciones de salud incluidas en el Plan

	de Beneficios en Salud (PBS) garantizado a los afiliados del Sistema. Su definición deberá basarse en estudios técnicos y actuariales que incorporen de manera integral los siguientes principios: 1. **Equidad:** El valor de la UPC debe incorporar ajustes por las variables de riesgo con el fin de garantizar un tratamiento justo para todos los afiliados, distribuyendo los recursos conforme al perfil de riesgo y la necesidad de atención de cada grupo poblacional. 2. **Suficiencia:** El valor de la UPC debe reflejar el costo esperado de los servicios de salud incluidos en el PBS, de modo que los recursos asignados sean adecuados para cubrir la totalidad de las atenciones requeridas por la población afiliada y ser suficiente para cubrir los costos operativos asociados, incluyendo además, los costos de afiliación, administración y mecanismos para el fortalecimiento patrimonial que permitan el cumplimiento de los indicadores financieros establecidos. 3. **Estabilidad del Sistema:** La UPC debe contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), permitiendo a los diferentes actores del sistema operar sin déficits, manteniendo la continuidad y calidad de los servicios de salud. 4. **Enfoque actuarial:** El valor de la UPC se estima utilizando principios actuariales tales como: principio de prima pura, principio de prima neta, principio del valor esperado, principio de la desviación estándar y principio exponencial. 5. **Representatividad:** El tamaño y estructura de la información utilizada para el cálculo debe corresponder a

	la totalidad de la atención de la población afiliada, garantizando la cobertura y calidad en el cálculo de los estimadores. 6. **Proyección prospectiva:** El cálculo de la UPC se realizará con base en datos históricos y la mejor evidencia disponible para responder a las necesidades de la población afiliada, proyectando condiciones futuras, incorporando cambios demográficos y epidemiológicos, tendencias en morbilidad, mortalidad, discapacidad, innovación tecnológica, inflación en servicios y tecnologías en salud. 7. **Calidad:** La información empleada en la tasación de la UPC deberá cumplir con estándares de calidad estadística que aseguren su pertinencia, validez y representatividad respecto de la población afiliada, los servicios y las tecnologías en salud, así como, los costos y gastos de la atención en salud. 8. **Transparencia:** Las fuentes de información, metodologías, resultados y decisiones que afecten el financiamiento y funcionamiento del SGSSS a través de la UPC serán accesibles, verificables y comprensibles para la ciudadanía y los actores del sistema, mediante la publicación oportuna. Para efectuar el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas será de obligatorio cumplimento lo siguiente: **1)** El SISPRO o quien haga sus veces, será la fuente de información utilizada para el

	estudio del cálculo de la UPC. La información de población, usos de servicios y costos será la de los cinco (5) años inmediatamente anteriores a corte del 31 de diciembre y tendrá que ser suministrada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a las universidades seleccionadas por el Consejo Nacional de Salud mediante convocatoria pública, a más tardar el 30 de junio de cada anualidad. Dicha información deberá estar anonimizada y sujeta a estrictas medidas de protección, seguridad y confidencialidad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 o la que la modifique o sustituya, y las normas que regulan el tratamiento de datos personales. Las entidades responsables del procesamiento de esta información deberán adoptar mecanismos técnicos y administrativos que aseguren su uso exclusivo para fines estadísticos y científicos en el marco del cálculo de la UPC. **2)** Los estudios necesarios para definir la UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas, tendrán que ser desarrollados por una universidad pública y una privada, la cuales deben estar acreditadas en alta calidad por el Ministerio de Educación Nacional en Colombia, seleccionadas mediante convocatoria pública, que cuenten con programas en áreas de la salud, la economía, las finanzas y actuaría, las cuales deberán definir conjuntamente una metodología para el cálculo actuarial de que trata este artículo, emitiendo un resultado unificado a la universidad internacional seleccionada por el Consejo Nacional de Salud mediante convocatoria pública para la validación, a más tardar el 30 de septiembre de cada anualidad.

	La metodología deberá considerar como mínimo los siguientes elementos técnicos: la siniestralidad; los ajustes por siniestros incurridos reportados y no reportados, la inflación y las tasas de interés. Adicionalmente, se deberán incorporar factores de ajuste de riesgo, con el fin de reflejar las diferencias en el perfil geográfico, demográfico, epidemiológico y de utilización entre los distintos subgrupos poblacionales. Por tanto, las variables serán como mínimo: sexo, edad, etnia, carga de enfermedad, gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, innovación de tecnologías en salud y la ubicación geográfica. **3)** El proceso de validación técnica e independiente de la metodología, el cálculo de la UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas estará a cargo de una universidad internacional con acreditación en las áreas de estudio exigidos a las universidades nacionales y ubicada en los primeros lugares de los rankings internacionales, emitiendo un resultado unificado, entregado al Consejo Nacional de Salud a más tardar el 30 de octubre de cada anualidad. **4)** El Consejo Nacional de Salud estudiará el reporte y la validación internacional del cálculo de la UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas, a más tardar el 30 de noviembre de cada anualidad. Si el Consejo Nacional de Salud no adopta el reporte y la validación internacional del del cálculo de la UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos

	en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas, podrá emitir un estudio propio, el cual tiene que cumplir con la misma metodología y los ajustes de riesgo establecidos en el punto 2) para las Universidades Nacionales. El informe, su validación y los borradores de los actos administrativos deberán ser publicados a más tardar el 1 de diciembre de cada anualidad para revisión y comentarios de los actores del SGSSS. **5)** El Consejo Nacional de Salud expedirá los actos administrativos de que trata el presente artículo, a más tardar el 30 de diciembre de cada anualidad. Si a la mencionada fecha el Consejo Nacional de Salud no ha fijado los incrementos de que trata el presente artículo, el valor de dichos incrementos será expedido automáticamente por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces con base a la inflación o al incremento del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente que corresponda a la siguiente anualidad, caso en el cual se acogerá el mayor incremento. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y con el Departamento Nacional de Planeación, precisará las diversas fuentes y tipos de recursos según su destinación: a) Recursos destinados a la Atención Primaria en Salud que afectan positivamente los determinantes sociales relacionados en el Artículo 9 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, pero que no provienen del sector salud, ni están a cargo de la ADRES. b) Recursos del SGSSS que no son de la UPC, los subsidios a la oferta para salud pública, el Plan de Intervenciones

	Colectivas -PIC-, los CAPS y los Equipos Básicos de Salud, los destinados a infraestructura y dotación hospitalaria, la incorporación de los trabajadores de la salud a las plantas de personal, el Sistema Único de Información en Salud y los demás que se consideren necesarios. c) Los recursos de la UPC definidos en este artículo para cubrir el PBS.
Artículo 19°. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con	**Artículo 17. Gestión de Pago por la Prestación de Servicios de Salud.** ~~El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.~~ ~~Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y~~

base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley. Una vez prestado el servicio de salud, dentro de los 8 días siguientes, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de la radicación de la cuenta de cobro la ADRES dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días calendario para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la subsanación a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión. En todo caso si dentro de los 60 días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta no se realizare auditoría se entenderá aprobada la cuenta y la gestora de salud y vida responsable de	~~desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley. Una vez prestado el servicio de salud, dentro de los 8 días siguientes, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de la radicación de la cuenta de cobro la ADRES dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor y la Gestora de Salud y Vida de 60 días calendario para realizar la auditoría de la totalidad de la facturación y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la subsanación a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.~~ ~~En todo caso si dentro de los 60 días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta no se realizare auditoría se entenderá aprobada la cuenta y la gestora de salud y vida responsable de la revisión incurrirá en incumplimiento de las obligaciones contractuales.~~ ~~En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la~~

la revisión incurrirá en incumplimiento de las obligaciones contractuales. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses	~~auditoría, la ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses~~ El giro directo para pagar la atención de servicios de salud desde la ADRES se dará en todos los casos sobre el 90% del valor total de la UPC, de acuerdo con la auditoría del gasto y/o servicio prestado, y la certificación de deuda emitida por la respectiva Gestora de Salud y Vida. Los pagos a los prestadores se sujetarán al mecanismo de giro directo, tanto lo correspondiente a UPC como los recursos de Presupuestos Máximos, sobre costos y los que a cualquier título reconozca la ADRES a las GSV por prestación de servicios de salud. La ADRES a su vez, registrará en sus pasivos, toda acreencia y reclamación que haya sido radicada y el Gobierno Nacional reglamentará el régimen de inversiones de la liquidez que ampare estas posibles obligaciones y contingencias. Los recursos provenientes de eventuales reajustes de la UPC, presupuestos máximos o sobre costos, también se someterán a la regla de giro directo señalada en el presente artículo. En todo caso, el Ministerio de Hacienda deberá garantizar los recursos y pagos por servicios de salud prestados sin exceder los 30 días calendario posteriores a la aceptación de la factura por la ADRES.
Artículo 20°. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios	~~**Artículo 20°. Autorización de pago de servicios.** La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las~~

de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación, el profesionalismo y pertinencia médica. El	~~instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.~~ ~~El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regulará el uso y costos de los recursos públicos del Sistema de Salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.~~ ~~La ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación, el profesionalismo y pertinencia médica. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en~~

Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago, siempre que se encuentren debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones. La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita. De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual deberá	~~Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.~~ ~~Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.~~ ~~Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los integrantes de las RIITS, y certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago, siempre que se encuentren debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones.~~ ~~La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la RIITS, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del SPUIIS para su consulta pública y gratuita.~~ ~~De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual deberá adelantar un proceso de verificación y decidir sobre la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. De cualquier forma, el cierre parcial, total, temporal o definitivo de solicitudes de servicios a la institución objeto de las~~

adelantar un proceso de verificación y decidir sobre la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. De cualquier forma, el cierre parcial, total, temporal o definitivo de solicitudes de servicios a la institución objeto de las mismas, no podrá, bajo ninguna circunstancia, afectar la correcta prestación del servicio a los usuarios. **Parágrafo 1.** El Gobierno nacional establecerá mecanismos para permitir el acceso del Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos de Sistema de Salud – ADRES a la información que reposa en la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, que sea necesaria para efectos de llevar un control sobre las transacciones entre los agentes del sector salud. **Parágrafo 2.** Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida. **Parágrafo 3.** Los resultados de las auditorías realizadas por la ADRES y las firmas especializadas serán publicados semestralmente en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), garantizando la transparencia, la publicidad y permitiendo el control ciudadano.	~~mismas, no podrá, bajo ninguna circunstancia, afectar la correcta prestación del servicio a los usuarios.~~ ~~**Parágrafo 1.** El Gobierno nacional establecerá mecanismos para permitir el acceso del Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos de Sistema de Salud – ADRES a la información que reposa en la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, que sea necesaria para efectos de llevar un control sobre las transacciones entre los agentes del sector salud.~~ ~~**Parágrafo 2.** Por ningún motivo se podrá usar el mecanismo de autorizaciones en salud para la prestación de un servicio, como control previo por parte de las Gestoras de Salud y Vida.~~ ~~**Parágrafo 3.** Los resultados de las auditorías realizadas por la ADRES y las firmas especializadas serán publicados semestralmente en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), garantizando la transparencia, la publicidad y permitiendo el control ciudadano.~~ **Artículo 18. Autorización del pago de servicios.** Con el fin de garantizar la adecuada ejecución de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Gestoras de Salud y Vida (GSV) deberán implementar y mantener un sistema integral de auditoría y control interno sobre los giros realizados mediante el mecanismo de giro directo, que contemple auditorías concurrentes, aleatorias y posteriores, tanto internas como externas. En los contratos bajo modalidad de capitación entre las GSV y los prestadores de servicios de salud, dicho sistema de auditoría deberá incluir el seguimiento al

	cumplimiento de los compromisos de atención, que incluyen la demanda inducida, resultados en salud y la gestión del riesgo por parte del prestador.
Artículo 21°. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición de discapacidad y/o socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante un estudio técnico y teniendo en consideración las recomendaciones adoptadas por el Consejo Nacional de Salud. El transporte, alimentación y hospedaje del acompañante, cuando se requiera. El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos. **Parágrafo 1.** Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal, salvo objeción de la persona a quien se le prescribió este servicio social complementario. **Parágrafo 2.** El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses, el responsable y fuente de	**Artículo 19°. Servicios Sociales Complementarios en Salud.** Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud ya que su condición de discapacidad y/o socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselo por sí misma, **t**ales como servicios de transporte, hospedaje, cuidador, entre otros, conforme a los que sean considerados por el Comité de Expertos, el Consejo Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, quienes determinarán si hacen parte de la UPC, presupuestos máximos o cualquier otro mecanismo, mediante el estudio técnico correspondiente. El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos, dentro de las cuales se podrá incluir, entre otros, recursos o presupuesto del Departamento de Prosperidad Social del Fondo de Superación de Pobreza. **Parágrafo ~~1~~.** Cuando se prescriba cuidador como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia**,** a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal, salvo objeción de la persona a quien se le prescribió este servicio social complementario. ~~**Parágrafo 2.** El Gobierno nacional determinará, en un plazo de seis (6) meses,~~

financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan. Las poblaciones a las que se refiere este parágrafo también deberá pertenecer a los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces.	~~el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallezcan. Las poblaciones a las que se refiere este parágrafo también deberá pertenecer a los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces.~~
Artículo 22°. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad o por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley. Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y	**Artículo ~~22~~ 20°. Prestaciones económicas.** Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas ~~a~~ para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad o por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley. Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social

Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029. El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación. **Parágrafo 1.** El Sistema de Salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud. **Parágrafo 2.** Todas las provisiones y garantías establecidas en la presente ley para las mujeres y personas gestantes no cotizantes, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre a causa de su muerte.	reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029. El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación. **Parágrafo 1.** El Sistema de Salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud. **Parágrafo 2.** Todas las provisiones y garantías establecidas en la presente ley para las mujeres y personas gestantes no cotizantes, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre a causa de su muerte. **Parágrafo 3.** El Gobierno nacional, en un término no superior a un (1) año posterior a la entrada en vigencia de la presente Ley, determinará la fuente de recursos para financiar estas prestaciones económicas, teniendo en cuenta que, en todo caso, esta no será financiada con los recursos de la UPC. Los beneficios que actualmente se reconocen, no se modifican con la vigencia de la presente Ley, salvo en lo previsto en este artículo.

Artículo 23°. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean públicas, privadas o mixtas, accedan a créditos blandos con tasas compensadas, destinados a saneamiento financiero, estabilización y permanencia en el Sistema de Salud.	**Artículo 21. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** El Gobierno nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que las Empresas Sociales del Estado (ESE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean públicas, privadas o mixtas, accedan a créditos blandos con tasas compensadas destinadas al saneamiento financiero, estabilización y permanencia en el Sistema de Salud. Lo anterior sin perjuicio de la concurrencia que le corresponde al Gobierno Nacional en el saneamiento de las deudas al interior del Sistema de salud, en razón al cumplimiento de las obligaciones que pueda tener con estos prestadores.
Parágrafo 1. Se dará prioridad a aquellas instituciones que acrediten afectaciones financieras comprobadas derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotores de Salud (EPS). **Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional reglamentará la destinación, condiciones y mecanismos de control de estos créditos, asegurando criterios de transparencia, eficiencia y equidad en su otorgamiento.	**Parágrafo 1°.** Se dará prioridad a aquellas instituciones que acrediten afectaciones financieras comprobadas derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotores de Salud (EPS), de las intervenciones forzosas. **Parágrafo 2°.** El Gobierno Nacional reglamentará la destinación, condiciones y mecanismos de control de estos créditos, asegurando criterios de transparencia, eficiencia y equidad en su otorgamiento, los cuales serán debidamente verificados por la Superintendencia financiera y la Superintendencia de Salud, según lo de sus competencias.
Artículo 24°. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC). Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar	**Artículo ~~24~~ 22°. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC).** Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de

los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja. **Parágrafo 1.** La modificación temporal de la destinación del porcentaje del FOSFEC será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de presente Ley. **Parágrafo 2.** Las Cajas de Compensación Familiar deberán emitir un informe anual detallado sobre el empleo discriminado de estos recursos del FOSFEC.	Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 o la que la modifique o sustituya, para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja. **Parágrafo 1.** La modificación temporal de la destinación del porcentaje del FOSFEC será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de presente Ley. **Parágrafo 2°.** Las Cajas de Compensación Familiar deberán emitir un informe mensual detallado sobre el empleo discriminado de estos recursos del FOSFEC por el tiempo que dura el proceso de liquidación.
Artículo 25°. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así: **Artículo 2°. Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras.** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y	**Artículo 23°.** Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedará así: **Artículo 2°. Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras.** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los

contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud:	compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud:
1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.	2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante **regular** no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.
3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.	3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.	4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en	5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en infraestructura y dotación

infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito. **Parágrafo.** Para ejecutar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Así mismo, haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.	en salud del respectivo departamento o distrito. **Parágrafo 1.** Para ejecutar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Así mismo, haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo. **Parágrafo 2.** El uso de los recursos de los saldos de las cuentas maestras estará sujeto a procesos integrales de inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes. Las entidades territoriales deberán reportar de forma periódica y pública la ejecución, destinación y resultados del uso de dichos recursos, en concordancia con los principios de eficiencia, transparencia y rendición de cuentas del sistema de salud, garantizando la transparencia en su destinación y ejecución.
Artículo 26°. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así: **Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones.** Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en	**Artículo ~~26~~ 24°.** Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así: **Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones.** Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011 o la que la modifique o sustituya, correspondientes a las vigencias de 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en

salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial. Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior. Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.	salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado (ESE) entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial. Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en ~~de~~ Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior. Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.” **Parágrafo.** Los recursos a los que hace referencia el presente artículo deberán ser objeto de seguimiento, inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes, con el fin de garantizar su destinación efectiva y transparente al

	saneamiento de deudas a las que hace mención el presente artículo.
Artículo 27°. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así: **Artículo 21. Usos de los recursos excedentes del sector salud.** Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos: 1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral. Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse	**Artículo 25°.** Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así: **Artículo 21. Usos de los recursos excedentes del sector salud.** Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos: 1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado **o financiar acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC).** En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral. Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines,

para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado”.	distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado”. **Parágrafo Nuevo. Los recursos a los que hace referencia el presente artículo deberán ser objeto de seguimiento, inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes, con el fin de garantizar su destinación efectiva y transparente al saneamiento de deudas a las que hace mención el presente artículo.**
TÍTULO IV **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**	IGUAL.
CAPÍTULO I **GESTORAS DE SALUD Y VIDA**	IGUAL.
Artículo 28°. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud. Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones: 1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión	**Artículo ~~28~~ 26°. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.** Las Gestoras de Salud y Vida son las entidades de naturaleza ~~privada,~~ pública, privada o mixta, ~~con o sin ánimo de lucro que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.~~ responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el aseguramiento del riesgo en salud. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Beneficios en Salud y los No PBS a los afiliados, así como autorizar el pago que debe hacer la ADRES

integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). 2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los CAPS de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de las RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Gestionar el riesgo en salud conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, incluyendo a los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las RIITS. 5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los CAPS y a las RIITS. 6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo. 7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.	a los prestadores, previa auditoría del servicio prestado y facturado. Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones: ~~1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).~~ ~~2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los CAPS de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~3. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de las RIITS en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los CAPS y a las RIITS.~~ ~~8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarias departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIITS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.~~

8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarias departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIITS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.	~~9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS.~~
9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS.	~~11. Entregar informes semestrales del funcionamiento de las RIITS.~~
10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.	~~12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.~~
11. Entregar informes semestrales del funcionamiento de las RIITS.	~~13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.~~
12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.	~~17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIITS, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.~~
13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la Red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.	~~18. Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.~~
	~~19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.~~
14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS, la prestación de servicios especializados en el nivel de complejidad correspondiente para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y	

manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.	~~21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.~~
15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.	~~23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.~~
16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.	~~24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo.~~
17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIITS, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.	~~25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las RIITS, de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutividad en el primer nivel.~~
18. Auditar la facturación del componente complementario de mediana y alta complejidad de las RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.	~~4.~~ 1. Gestionar integralmente el riesgo en salud ~~conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, incluyendo a los CAPS~~ individual de sus afiliados, fortaleciendo el autocuidado de los afiliados, la familia y del cuidador, articulándose con la gestión del riesgo poblacional de las entidades territoriales y la Gestión Integral del riesgo clínico de los prestadores, desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de
19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y	

demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.	mediana y alta complejidad, según la organización de las RIITS.
20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.	2. Identificar, segmentar, analizar, evaluar, tratar y monitorear los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana.
21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.	~~6.~~ 3. Desarrollar modelos estimativos y de atención que permitan la gestión ~~anticipada de los~~ integral del riesgo~~s~~ en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo~~.~~, incluyendo Rutas de Atención Integral en Salud, guías de práctica clínica y la evidencia necesaria para la atención en salud más efectiva.
22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.	
23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la RIITS correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.	4. Organizar, gestionar y contratar la red prestadora de servicios de salud para sus afiliados, acorde con el perfil epidemiológico, las necesidades en salud y la capacidad instalada en los territorios, con el fin de articular los servicios para garantizar el acceso efectivo a los afiliados. Estas redes serán habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. Se prohíbe la integración vertical para la mediana y alta complejidad, dependiendo de las condiciones de suficiencia y capacidad instalada de prestadores de los servicios en salud en el territorio donde opera la Gestora de Salud y Vida.
24. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del	

desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo. 25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las RIITS, de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutividad en el primer nivel. **Parágrafo 1.** Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida. **Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de la manera más expedita y con la posibilidad de utilizar medios digitales y tecnológicos, con el fin de mostrar su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.	5. Apoyar a las Direcciones Departamentales, Distritales o Municipales en la organización, conformación, planeación estratégica, el monitoreo y evaluación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) funcionales para la gestión en salud, las cuales incluirán prestadores públicos, privados y mixtos, de acuerdo con los lineamientos de habilitación definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. ~~7~~ 6. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas. 7. Gestionar el sistema de referencia y contrarreferencia para los afiliados de su red prestadora de servicios, habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de su propia red sea requerida por la población. 8. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de su red de prestadores de servicios de salud para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud. ~~16.~~ 9. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que

	determine el Ministerio de Salud y Protección Social. 10. Realizar la auditoría integral de calidad, de facturación y cuentas médicas de manera previa, concurrente y posterior de las prestaciones de servicios de salud de su red en todos los componentes de la atención, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, jurídicos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio. La facturación auditada será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para efectuar los pagos a los que haya lugar. 11. Realizar la gestión, auditoría y validación necesaria para el pago de las prestaciones económicas en favor de los afiliados. ~~10.~~ 12. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales. ~~12~~ 13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros del SGSSS.

	14. Gestionar ~~en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, y los CAPS,~~ la prestación de servicios especializados en el nivel de complejidad correspondiente para personas con enfermedades raras, huérfanas o de alto costo, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo, según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. ~~así como en el caso de las enfermedades de alto costo.~~ 15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran, de tal forma que su prestación no afecte la continuidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia. 16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. 17. Interoperar y gestionar la información generada con el SPUIIS. ~~20~~ 18. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y ~~sobre los temas que~~ cumplir las buenas prácticas de gobierno corporativo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

	~~22~~ 19. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores. 20. Representar al usuario frente a los prestadores de servicios de salud y demás actores del SGSSS, sin perjuicio de la autonomía del afiliado, según lo establecido en la Ley 1122 de 2007 o la ley que la modifique o sustituya. 21. Representar al afiliado ante los prestadores de servicios en salud y los demás actores del Sistema de Salud. 22. Gestionar el riesgo en salud articulando los CAPS con los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS). 23. Afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando siempre la libre escogencia del usuario; registrar y carnetizar a los afiliados y remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales correspondientes la información de afiliación que será incluida en el SPUIIS. ~~**Parágrafo 1.** Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.~~

	~~**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de la manera más expedita y con la posibilidad de utilizar medios digitales y tecnológicos, con el fin de mostrar su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.~~
Artículo 29°. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención	**Artículo 27°. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud**. Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de <u>la entrada en vigencia de esta ley,</u> <u>el Ministerio de Salud y Protección Social</u> <u>reglamentará los criterios de habilitación de las Gestoras de Salud y Vida contenidos en el artículo 29 de la presente Ley</u> Las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales, y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante <u>la Superintendencia Nacional de Salud,</u> la manifestación por escrito de su intención de <u>acogerse</u> o no acogerse a dicha transformación. <u>Para lo</u>

o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente: 1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida. 2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario. Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se iniciará inmediatamente el proceso de retiro cumpliendo los requisitos estipulados para el numeral 2 del presente artículo. En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial durante un periodo no mayor a seis (6) meses, para determinar si puede, o no, seguir en el proceso de transformación. El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de las Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por	anterior, deberán presentar el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, así como, el correspondiente plan de saneamiento, los cuales deberán ser de acceso público para que la ciudadanía pueda hacer seguimiento al cumplimiento de las obligaciones, teniendo en cuenta lo siguiente: 1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida. 2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario. Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se iniciará inmediatamente el proceso de retiro cumpliendo los requisitos estipulados para el numeral dos (del presente artículo. En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras, el cual se tendrá que implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, y al finalizar este plazo, deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas. En caso de incumplimiento, la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial durante un periodo no mayor a seis (6) meses para determinar, si puede o no, seguir en el proceso de transformación. El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar ni la prestación del

parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente. En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros. **Parágrafo 1.** Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. **Parágrafo 2.** Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas	servicio <u>al usuario, ni la operación</u> ~~la operación de las Gestoras de Salud y Vida~~. Esto estará sujeto a la función de vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 o la que modifique y sustituya, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud sin perjuicio de la forma de vinculación. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud o sí, siendo aprobado se incumple, <u>se aplicará lo dispuesto en el numeral 2 del presente artículo, caso en el cual, el Gobierno Nacional deberá asumir los pagos a los prestadores del servicio de salud que se hayan causado con cargo a los Presupuestos Máximos y estén pendientes de pago a la fecha de la solicitud del retiro voluntario.</u> En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros. **Parágrafo 1.** Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad existente antes de la intervención, a quien esta ley les restituye sus facultades para tomar la decisión y para

técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras fuentes de recursos legalmente establecidas. **Parágrafo 3**. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello**,** se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.	hacer la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. **Parágrafo 2.** Para el respectivo saneamiento de los pasivos, se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) otras fuentes de recursos legalmente establecidas y el plan de pago de deudas que tenga el Gobierno Nacional con la EPS, sin el cual no se dará el proceso de transformación, y se aplicarán las normas de funcionamiento vigentes antes de la fecha de sanción de esta ley, se podrá dar aplicación al numeral 2 del presente artículo. **Parágrafo 3.** A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 de la presente ley, obtendrán una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello, se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición, hasta que se dé la habilitación como gestora o la medida de vigilancia prevista en el aparte final del inciso 2 del presente artículo. La habilitación transitoria estará sujeta al cumplimiento de condiciones mínimas de

	continuidad en la atención, sostenibilidad operativa y los requisitos de habilitación financiera establecidos en el régimen de transición. Durante la mencionada habilitación, las EPS deberán reportar a la Superintendencia de Salud informes periódicos administrativos, financieros y de resultados en salud, los cuales serán de acceso público garantizando la transparencia y el seguimiento ciudadano. El incumplimiento de estas disposiciones podrá dar lugar a la revocatoria de la habilitación transitoria.
Artículo 30°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley. Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley. La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley. Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:	**Artículo ~~30~~28°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por ~~dos (2)~~ tres (3) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley. ~~Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.~~ ~~La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley.~~ Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros: 1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden

1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).	departamental y distrital o municipal, la atención de su la población a su cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que concierne al modelo predictivo, preventivo y resolutivo de que trata esta ley. ~~Estos CAPS que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).~~
2. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.	2. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que establezca en la reglamentación para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme lo dispuesto en presente artículo.
3. Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.	3. Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.
4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.	~~4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados en esos sitios. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.~~
5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIITS	

que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.	~~5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIITS que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. La habilitación y autorización de las RIITS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.~~
6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.	~~6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 18 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.~~
7. Todas las EPS tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Deberán declarar su grupo económico o grupo empresarial nacional y/o internacional según la normatividad vigente durante los siguientes 60 días. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos.	~~7~~. 4. Todas las EPS tendrán plazo máximo de ~~dos (2)~~ **tres (3) años** para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. ~~Deberán declarar su grupo económico o grupo empresarial nacional y/o internacional según la normatividad vigente durante los siguientes 60 días~~. En todo caso, se dará especial protección y garantía de continuidad en la prestación del servicio a los pacientes que estén en tratamiento a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley. ~~Excepcionalmente,~~ cuando por razones de insuficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener la integración vertical la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. ~~No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya~~
8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor	

anual per cápita sin situación de fondos, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud. Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS. 9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente. 10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley. **Parágrafo 1.** La transformación de las actuales EPS en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos que reglamente el Gobierno nacional. **Parágrafo 2.** La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que,	~~cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos.~~ ~~8.~~ 5. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita ~~sin situación de fondos~~, la cual será reconocida mensualmente, a través del giro directo de que trata esta ley, de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud. Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS. ~~9~~. 6. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente, durante el periodo de transición a Gestoras de Salud y Vida. ~~10~~. 7. En cualquier momento y antes de cumplirse los ~~dos~~ tres años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley. **Parágrafo 1**. En la transformación de las actuales EPS en Entidades Gestoras de Salud y Vida, ~~no implica su liquidación sino un proceso de disolución~~ los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes,

a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad. **Parágrafo 3.** Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para llevar a cabo esta alternativa del proceso de disolución, la EPS que opte por constituir la Gestora de Salud y Vida con una personería jurídica diferente, deberá haber certificado toda su integración vertical, previo al cambio, ante la Superintendencia Nacional de Salud para dar cumplimiento al inciso 7 del presente artículo. **Parágrafo 4.** Las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar el pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida. **Parágrafo 5.** Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando	derechos y obligaciones. ~~en los términos que reglamente el Gobierno nacional.~~ **Parágrafo 2.** La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. ~~Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.~~ ~~Parágrafo 3. Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la EPS en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para llevar a cabo esta alternativa del proceso de disolución, la EPS que opte por constituir la Gestora de Salud y Vida con una personería jurídica diferente, deberá haber certificado toda su integración vertical, previo al cambio, ante la Superintendencia Nacional de Salud para dar cumplimiento al inciso 7 del presente artículo.~~ **Parágrafo 4 3.** El Ministerio de Hacienda,~~la Nación~~ o ~~de~~ la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, podrá certificar el pago de **los sus** pasivos y acreencias **de**

Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.	las EPS con participación accionaria del Estado, ~~por parte~~ _, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia ~~que se les aplica~~**,** necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida. **Parágrafo ~~5~~ 4.** Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. ~~Las EPS que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.~~
NUEVO	**Artículo 29. Requisitos de Habilitación de las Gestoras de Salud y Vida.** Para la habilitación de las Gestoras de Salud y Vida, se aplicarán como mínimo los siguientes requisitos habilitantes. **1. Estudio de capacidad técnico-administrativa.** Este estudio se soportará en la información que permita demostrar que la entidad cumple con las condiciones legales y los procesos administrativos, contables, logísticos, de gestión del talento humano y contratación que permitan demostrar el cumplimiento de las funciones indelegables. **2. Estudio de capacidad tecnológica y científica.** El cual debe demostrar que la entidad contará con la infraestructura, tecnologías, sistemas de información y

	comunicación, procesos y recursos humanos articulados para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento del riesgo en salud. **3. Caracterización de la población que se pretende asegurar.** Que incluyan, mínimamente, la estructura demográfica, distribución geográfica, riesgos y estado de salud en términos de morbilidad y mortalidad, con base en la información disponible en el sector, condiciones sociales y económicas, incluyendo las laborales, étnicas, culturales y ambientales, factores epidemiológicos y determinantes de salud de responsabilidad estatal. **4. Estudio de mercado.** Que contenga, entre otros, la estimación de la población que pretende gestionar, así como los supuestos y métodos utilizados en la estimación, distribución geográfica y etaria esperada de la población a afiliar en el ámbito territorial solicitado, identificando la población que se propone gestionar en zonas dispersas, rurales y urbanas. Demanda estimada de servicios requeridos en prevención de la enfermedad y promoción de la salud para dar cumplimiento a los estándares de atención y rutas integrales de atención en salud que se encuentren definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, análisis de las condiciones de oferta de servicios que se presentan en el ámbito territorial de su solicitud, análisis de competencia y condiciones de mercado en el aseguramiento del riesgo en salud y en la oferta de servicios. **5. Estudio de factibilidad financiera.** El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera para el funcionamiento de la entidad, que incluya el presupuesto mensual proyectado para el primer año de operación y anual para los

	primeros tres (3) años, así como un análisis que observe el cumplimiento de las condiciones financieras establecidas en la normatividad vigente, junto con la descripción de las estrategias para garantizar su cumplimiento. **6. Gobernanza.** Código de conducta y de gobierno organizacional de la entidad en los términos establecidos por el Ministerio de Salud. **Parágrafo.** El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará las disposiciones contenidas en el presente artículo dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Para tal efecto, se establecerán, entre otros aspectos, los estándares de oportunidad y acceso requeridos para la operación, así como los estudios técnicos y la documentación necesaria que acredite la capacidad administrativa, tecnológica y científica correspondiente.
Artículo 31°. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto. En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente Ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de	**Artículo ~~31~~30°. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.** Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto. En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente Ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%)

reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones. Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley.	menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones. Además, podrán participar de ~~los~~ incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario~~, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley~~ de hasta tres por ciento (3%) del total de recursos UPC asignados. Dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.
CAPÍTULO II **REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS**	IGUAL.
Artículo 32°. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, accesibilidad, inclusividad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y	**Artículo ~~32~~31°. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).** ~~Como~~Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 1438 de 2011, para la aplicación de la presente Ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: **Componente primario:** Es aquel por el cual el prestador primario público, privado o mixto, que se denominarán Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, velarán por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con

comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado, con particularidades geográficas y epidemiológicas diferentes buscando el logro de los resultados en salud. Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán por medio de convenios de desempeño y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación. Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la APS con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago. Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de	capacidad resolutiva para atender la mayor parte de ~~la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de~~ los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente. Los CAPS en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas relacionadas con el comportamiento epidemiológico de la región, también contará con otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de ~~salud se hará~~atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención. **Componente complementario:** Es aquel en el cual los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos cuentan con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Estos deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través ~~de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el~~ del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integral de Servicios de Salud definida. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto ~~de organizaciones que prestan servicios sanitarios con~~ con las entidades territoriales de salud, establecerán convenios de desempeño tanto con los CAPS como con las IPS de mediana y alta complejidad, con el fin de garantizar la calidad~~, accesibilidad, inclusividad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y~~

mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la RIITS y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las RIITS a partir de los convenios de desempeño y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia. En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los CAPS para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación. En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño	~~eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado, con particularidades geográficas y epidemiológicas diferentes buscando el logro de~~ de la atención, el cumplimiento de metas, la eficiencia en el uso de los recursos y los resultados en salud.~~-~~ Dichos convenios deberán incluir: metas verificables, mecanismos de auditoría, incentivos y control de cumplimiento, bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. ~~Las Gestoras de Salud y Vida junto a las entidades territoriales, conformarán RIITS siendo compuestas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud y transporte especial de pacientes y sus relaciones serán de cooperación y complementariedad.~~ ~~Los servicios de salud se prestarán por medio de convenios de desempeño y según las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de~~ Podrán formar parte de las RIITS, previa habilitación.~~ Los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la APS con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.~~ ~~Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los~~

que defina los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención. **Parágrafo 1. Lo**s establecimientos farmacéuticos y los proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas, serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, podrán ser parte de las RIITS, si así se registran y se certifican. Los establecimientos farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento y demás requisitos establecidos en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante estas el cumplimiento de los requisitos	~~que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad, así como por profesionales independientes.~~ ~~El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la RIITS y para la toma de decisiones en el marco de los determinantes sociales en salud. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales conformarán las RIITS a partir de los convenios de desempeño y adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integrada e integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia. En el nivel primario, las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los CAPS para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.~~ ~~En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida, establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que defina los servicios a prestar, las condiciones de~~

esenciales para la prestación del servicio farmacéutico. En caso de ser parte de las RIITS deberán también demostrar suficiencia patrimonial, capacidad tecnológica y administrativa. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de estos servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso. **Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 3.** Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera. **Parágrafo 4.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten	~~calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la RIITS, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud departamentales y distritales o municipales, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.~~ **~~Parágrafo 1. Los~~** y registro ante la autoridad competente, los establecimientos farmacéuticos ~~y los proveedores de tecnologías en salud, que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los,~~ operadores logísticos ~~de tecnologías en salud~~, gestores farmacéuticos, ~~organizaciones no gubernamentales,~~ universidades, ONGs y ~~otras~~demás entidades privadas, ~~serán considerados servicios de salud y estarán orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo tanto, podrán ser parte de las RIITS, si así se registran y se certifican.~~ ~~Los establecimientos farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud deberán cumplir las condiciones~~ siempre que cumplan los requisitos técnicos, patrimoniales, administrativos y de habilitación ~~para su funcionamiento y demás requisitos~~ establecidos ~~en la normatividad vigente, además de estar autorizados por las entidades territoriales en salud, registrarse y demostrar ante estas el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico. En caso de ser parte de las RIITS deberán~~

servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS. **Parágrafo 5.** La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ellos, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información detallada sobre la administración de los recursos. El Contralor General de la República reglamentará la forma, el contenido y la periodicidad de dicha información. En lo correspondiente a las ISE y las IPS privadas y mixtas, la obligación de reporte de información incluye a las entidades públicas, privadas y mixtas que las integren, cuando administren recursos públicos de la salud.	~~también demostrar suficiencia patrimonial, capacidad tecnológica y administrativa. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del Sistema de Salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga a través de estos servicios en las IPS y garantizando la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso.~~ por el Ministerio de Salud y Protección Social. ~~**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~**Parágrafo 3.** Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera.~~ ~~**Parágrafo 4.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS.~~ ~~**Parágrafo 5.** La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a~~

	~~la~~Todos los integrantes de las RIITS estarán obligados a interoperar con el Sistema de Información en Salud, conforme a los estándares definidos por el Ministerio de Salud, garantizando la trazabilidad, integración y disponibilidad de la información clínica, administrativa y financiera. Sin perjuicio de las labores propias de las Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República~~.~~ ejercerá la vigilancia y control fiscal sobre el uso de los recursos públicos que administren los actores de las RIITS. Para ~~ellos, las RIITSS, en coordinación con~~tal efecto, las Gestoras de Salud y Vida, las ~~Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (~~ESE, IPS~~),~~, y demás entidades que integren la red, deberán reportar ~~a la Contraloría General de la República~~periódicamente la información ~~detallada sobre la administración de los recursos. El~~financiera, operativa y contractual, en los términos y condiciones que defina el Contralor General de la República~~ reglamentará la forma, el contenido y la periodicidad de dicha información.~~ ~~En lo correspondiente a las ISE y las IPS privadas y mixtas, la obligación de reporte de información incluye a las entidades públicas, privadas y mixtas que las integren, cuando administren recursos públicos de la salud~~.
Artículo 33°. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras	ELIMINADO.

de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio. Este proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.	
Artículo 34°. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje: **1. Modelo de atención**. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud	**Artículo ~~34~~32°. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema ~~Integral~~Obligatorio de Garantía de la Calidad ~~en Salud (SICA~~(SOGC), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje: 1. **Modelo de atención.** Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales~~,~~ y diferenciales ~~y de género~~. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en

individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades. 2. **Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región. 3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una	cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios ~~y,~~ de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral ~~a~~de las personas, familias y comunidades. **2. Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). 4. **Sistema de asignación e incentivos**. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos, para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos. Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad. Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos: a. **Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las	Cada RIITS deberá incluir todos los niveles de complejidad y podrán operar en una o varias entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará el procedimiento para la habilitación de las RIISS cuando en su constitución concurran varias entidades territoriales, tomando en cuenta esquemas asociativos territoriales previstos en la Ley 1454 de 2011 o en la norma que la sustituya, complemente o modifique. **3. Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red~~,~~ tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales ~~y~~, de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, ~~para~~que permitan adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la inspección, vigilancia y control de las RIITS, siendo apoyada por las entidades territoriales. **4.Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones~~,~~ y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos~~,~~

metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros: Cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública. b. **Satisfacción de los usuarios:** La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas, en la atención hospitalaria, y en la entrega completa de medicamentos, las tasas de peticiones, quejas, reclamos, tutelas y desacatos, entre otros. c. **Uso eficiente de recursos:** Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros. 5. **Resultados**. Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SICA. Dicha información deberá ser	para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad~~,~~ y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos. Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad. Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos: **a. Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros: cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública. **b. Satisfacción de los usuarios:** La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas~~,~~ en la atención hospitalaria~~,~~ y en la entrega completa de medicamentos, las tasas de peticiones, quejas, reclamos, tutelas ~~y~~, desacatos, entre otros. **c. Uso eficiente de recursos:** Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los

actualizada periódicamente y de acceso público. 6. **Generación de valor.** Los modelos de acuerdos de voluntades con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos. **Parágrafo**. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.	recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros. **5. Resultados.** Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del ~~SICA~~SOGC. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público. **6. Generación de valor.** Los modelos de ~~acuerdos de voluntades~~contratación con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos. **Parágrafo.** Los anteriores parámetros deberán ser observados y evaluados anualmente por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de

	conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.
Artículo 35°. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social, y articulación con las Gestoras de Salud y	**Artículo 33. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS).** El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. ~~Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.~~ Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública, gestión intersectorial, participación social y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con

Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas como la especialidad de medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio. Los profesionales y especialistas podrán desempeñar roles clínicos y administrativos o como coordinadores de los CAPS en salud. Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano. Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.	las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas como la especialidad de medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio. Los profesionales y especialistas podrán desempeñar roles clínicos y administrativos o como coordinadores de los CAPS en salud. Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar Puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano. Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Estas condiciones serán revisadas y evaluadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar su cobertura, la eficiencia y eficacia en la atención. Para el seguimiento y cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico – científicos y de calidad de los servicios. **Parágrafo**. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.	presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Ningún CAPS podrá sobrepasar el número de personas adscritas acorde a la capacidad de habilitación del respectivo CAPS. Estas condiciones serán revisadas y evaluadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar su cobertura, la eficiencia y eficacia en la atención. ~~Para el seguimiento del cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, se realizarán convenios de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales departamentales y distritales o municipales según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, harán seguimiento continuo, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico – científicos y de calidad de los servicios.~~ <u>Las Auditorías Integrales de cuentas médicas y de las prestaciones de servicios de salud, se realizarán por las Gestoras de Salud y Vida.</u> Parágrafo <u>**1**</u>. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y

	mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente ley. Parágrafo **2**. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Empresas sociales del Estado (ESE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS. Igualmente se tendrá en cuenta el cumplimiento de indicadores de calidad respecto de la prestación actual de los servicios. Parágrafo **3**°. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y continua de servicios en salud mental, previa evaluación de suficiencia de personal, ubicación según los territorios, la promoción y generación de incentivos para la formación de profesionales en esta materia. Lo anterior, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.
Artículo 36°. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:	**Artículo ~~36~~34°. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).** Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. **Adscripción poblacional** Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán mensualmente al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita. En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones. **2. Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública** a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a	~~1. **Adscripción poblacional**~~ ~~Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán mensualmente al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita. En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.~~ 1. **~~2.~~ Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública~~-~~.** a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de

través de los equipos de salud territoriales. b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población. c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos. e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. f. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.	salud a través de los equipos de salud territoriales. b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población. c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud, ~~la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.~~ ~~e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.~~ ~~f.~~ d. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección

g. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.	constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.
h. Adoptar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.	~~g.~~ e. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención. ~~h.~~ f ~~Adoptar~~ En armonía con lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 o la que la modifique o sustituya, podrá implementar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.
i. Notificar ante las entidades competentes, los casos donde se sospeche maltrato infantil, violencia sexual, violencia intrafamiliar o violencias basadas en género y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención integral a las víctimas.	~~i.~~ g. Notificar ante las entidades competentes, los casos donde se sospeche maltrato infantil, violencia sexual, violencia intrafamiliar o violencias basadas en género y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención integral a las víctimas.
3. Administración y atención al ciudadano Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.	~~**3. Administración y atención al ciudadano**~~ ~~Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el~~

Además, en el marco de este proceso serán responsables de: a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género. b. Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio. c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique. Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda, procurando una atención eficaz y transparente, evitando así las barreras que imposibilitan el acceso a los servicios de salud. Además, de adaptar su infraestructura y procedimientos administrativos para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad y otras poblaciones vulnerables. **4. Gestión intersectorial y participación social** a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio. b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de comunicación, atención y en la	~~Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).~~ ~~En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo. Además, en el marco de este proceso serán responsables de:~~ ~~a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género.~~ ~~b. Organizar la operación de los CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.~~ ~~c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.~~ ~~Los CAPS implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda, procurando una atención eficaz y transparente, evitando así las barreras que imposibilitan el acceso a los servicios de salud. Además, de adaptar su infraestructura y procedimientos administrativos para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad y otras poblaciones vulnerables.~~

planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado. c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente. **5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida** a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán y articularán información sobre las caracterizaciones de la situación de salud de su población adscrita. b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar. c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto. d. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género. e. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de	**4. 2. Gestión intersectorial y participación social~~.~~.** a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio. b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de comunicación, atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado. c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente. **~~5.~~ 3. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida~~.~~.** a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán y articularán información sobre las caracterizaciones de la situación de salud de su población ~~adscrita.~~ . ~~b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del SPUIIS. En este sentido, son responsables del uso eficiente de los recursos asignados a cada uno acorde a sus competencias y sin perjuicio del control fiscal, disciplinario y penal al que haya lugar.~~ ~~c.~~ b.Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto. ~~d.~~ c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población

salud asignado, de acuerdo con las RIITS habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población. f. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las RIITS, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia. **Parágrafo 1.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Instituciones de Salud del Estado (ISE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS. **Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y continua de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.	~~adscrita~~ para garantizar la calidad de la atención en salud~~, con enfoques diferencial, territorial y de género.~~ . ~~e. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las RIITS habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.~~ ~~f. Los CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las RIITS, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.~~ d. Los CAPS deberán contar con informes semestrales a nivel financiero y administrativo que permitan la realización de las auditorias correspondientes, a la totalidad de las cuentas y servicios, así como de los resultados en salud. Se garantizarán los mecanismos para la respectiva participación de las veedurías ciudadanas. **Parágrafo 1.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las ~~Instituciones de Salud~~Empresas Sociales del Estado (~~ISE~~ESE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los

	CAPS.- Igualmente se tendrá en cuenta el cumplimiento de indicadores de calidad respecto de la prestación actual de los servicios. **Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y continua de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del ~~sistema~~Sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.
Artículo 37°. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud. Se entiende por resolver una referencia**:** programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional. Las Instituciones Prestadoras de Servicios	SE ELIMINA

de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera. La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe. Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del	

término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. Y garantizará que, pese a esta escasez de oferta en los territorios, la ciudadanía siga teniendo un acceso continuo y de calidad a servicios de salud. **Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado asistencial, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros. **Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la información de referencia y contrarreferencia fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud.	
Artículo 38°. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que,	**Artículo <u>35</u>°. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el

en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. La prestación de servicios se realizará de forma integral mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida. **Parágrafo 1.** En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan	marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garanticen las rutas integrales ~~una Red Nacional~~ de Atención en Salud para el diagnóstico, tratamiento individual e integral la adquisición y la distribución, dispensación y/o aplicación de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. ~~Estas~~ Las instituciones pertenecientes a las RIITS deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. La prestación de servicios se realizará de forma individual e integral mediante programas especiales el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida. Para la prestación de servicios de salud especiales y para garantizar la continua

Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y se podrá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya. **Parágrafo 2.** En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados. **Parágrafo 3.** Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas. **Parágrafo 4.** En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura adecuada en algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.	atención, equidad, acceso y resultados en salud se debe propender para que los pacientes reciban la mayor parte de los servicios en la institución tratante en la institución experta y lo más cerca de su territorio, siempre respetando la libre elección. **Parágrafo 1.** En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y ~~se podrá~~ deberá contar con ~~tener en cuenta~~ la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman ~~de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya.~~ ~~Parágrafo 2. En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integralidad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados~~. **Parágrafo** ~~3~~ **2** Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas. ~~Parágrafo 4. En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la~~

	~~complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura adecuada en algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.~~
Artículo 39°. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud crearán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como dependencias técnicas desconcentradas, encargadas de garantizar el manejo eficiente de los recursos asignados y brindar asistencia técnica a los municipios en la planeación en salud. Estas Unidades analizarán periódicamente las actividades realizadas y los recursos ejecutados por los municipios o localidades bajo su supervisión, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de Atención Primaria en Salud (APS) y el logro de metas establecidas. Presentarán informes trimestrales de evaluación a los municipios o distritos, a las Secretarías de Salud departamentales o distritales, a las organizaciones comunitarias y a los organismos de control, conforme a los términos que establezca el reglamento. Adicionalmente, las Unidades Zonales realizarán seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), verificando el cumplimiento de	ELIMINADO.

estándares administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad definidos por la autoridad competente. Para el financiamiento de las Unidades Zonales y de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones departamentales y distritales de salud, se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud del Fondo Único de Salud, según lo reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social. Este financiamiento incluirá el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, así como el desarrollo gradual de capacidades de gestión en las direcciones territoriales de salud, priorizando a aquellas entidades con mayor ruralidad y dispersión poblacional.	
CAPÍTULO III **~~INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO~~**	**CAPÍTULO III** **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE)**
Artículo 40°. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado. Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:	ELIMINADO

1. En su denominación se incluirá la expresión “Instituciones de Salud del Estado” (ISE). 2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) se entienden homologadas a las ISE. 3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales. 4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las ISE, las cuales serán Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las ISE podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten. En materia contractual, las ISE se regirán por el derecho privado para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.	

La contratación suscrita por las instituciones de Salud del Estado - ISE y la ejecución de los proyectos de inversión cuyos recursos son asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán estar consignados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS. El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE. **Parágrafo 1.** El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan. **Parágrafo 2**. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 3**. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el	

Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos. **Parágrafo 4.** Las ISE deberán incorporar, en su estructura de gobernanza, espacios formales de participación comunitaria y mecanismos de rendición de cuentas periódicas antes las organizaciones de la sociedad civil, las veedurías ciudadanas y los consejos territoriales de salud, con el fin de asegurar la transparencia, la vigilancia social y la alineación de las ISE con las necesidades y expectativas de la población.	
Artículo 41°. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta: 1. La tipología y nivel de cada ISE. 2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel. 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. 4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención,	ELIMINADO

para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud. 5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño. Para la aprobación del presupuesto de las ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia. De igual manera se deberá realizar un informe anual por parte del Consejo Directivo detallando el rendimiento financiero, los gastos y demás aspectos que sustenten los requerimientos de presupuesto. Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte	

del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales. Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo. **Parágrafo 1**. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales. **Parágrafo 2**. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.	
Artículo 43°. Instituciones de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Instituciones de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.	**Artículo <u>36</u>°. ~~Instituciones de Salud del Estado Itinerantes.~~ <u>Empresas Sociales del Estado Itinerantes.</u>** Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Instituciones de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes. Las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte

Las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC). **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, el transporte multimodal (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.	logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC). Para la asignación de los recursos que financiarán esta iniciativa no se podrán afectar los recursos con destinaciones específicas y se deberá contar con estudios técnicos basados en criterios epidemiológicos y financieros. Lo anterior deberá sustentarse por solicitud expresa de las entidades territoriales en el marco de la insuficiencia de la capacidad instalada. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, el transporte multimodal (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.
Artículo 44°. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y/o en articulación con las entidades territoriales ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y	ELIMINADO.

financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria. Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes: 1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación. 2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos. 3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado. 4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales. 5. Aportes de otras entidades públicas. 6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público. 7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes. 8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías. 9. Donaciones. 10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo. 11. Los demás recursos que reciba a cualquier título. Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos	

con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo. El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.	
TÍTULO V **PERSONAL DE SALUD**	IGUAL.
Artículo 45°. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará: 1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico – quirúrgicas en las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Estas Instituciones definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.	**Artículo <u>37</u>°. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud.** Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará: 1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico – quirúrgicas en las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Estas Instituciones definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido. **2. Asignación de becas**. El Ministerio de

2. **Asignación de becas.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para garantizar mayor acceso a profesionales de regiones apartadas. **Parágrafo 1.** Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo. **Parágrafo 2.** Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior. **Parágrafo 3.** Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y	Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para garantizar mayor acceso a profesionales de regiones apartadas. 3.El Gobierno Nacional dispondrá de simulacros basados en el examen único oficial, y publicará las respuestas de cada ciclo de exámenes finalizados para garantizar el pleno acceso a postulantes a las áreas de preparación del próximo examen. El Ministerio de Educación y la Procuraduría General de la Nación realizarán la vigilancia de la gestión de exámenes, resultados y custodia de las pruebas para evitar fraude. **Parágrafo 1.** Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerada, en las regiones de donde fueron beneficiados por la asignación de becas. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo.

Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico-quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud. **Parágrafo 4.** El Gobierno Nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas medicas presenciales encabezadas por la Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas Territoriales de Salud. 3. **Ampliación de cupos de docencia-servicio.** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior	**Parágrafo 2**. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno Nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior. **Parágrafo 3.** Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico-quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud. **Parágrafo 4.** El Gobierno Nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas medicas presenciales encabezadas por las Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas Territoriales de Salud. Parágrafo 5. **Ampliación de cupos de docencia-servicio**. Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad

pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio. 4. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación desarrollarán los lineamientos y contenidos para el fortalecimiento de la resolutividad de los profesionales del área de la salud para identificar de manera temprana las diferentes patologías, incluyendo las relacionadas con la salud mental.	mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las ~~Instituciones de Salud~~ Empresas Sociales del Estado ~~(ISE)~~ (ESE) sean reconocidas como escenarios de docencia-servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio. Parágrafo 6. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación desarrollarán los lineamientos y contenidos para el fortalecimiento de la resolutividad de los profesionales del área de la salud para identificar de manera temprana las diferentes patologías, incluyendo las relacionadas con la salud mental.
Artículo 46°. Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS. El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera: a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o	**Artículo ~~46°.~~ 38. Identificación Única del Talento Humano en Salud.** La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS. El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera: a. El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las

consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año. b) El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), el año en que se realice la solicitud. Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.	profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año. b. El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), el año en que se realice la solicitud. Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez. c. El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para técnicos y tecnólogos el equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para técnicos y tecnólogos. Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.
Artículo 47°. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales. Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley. Son normas generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes: 1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes del orden	**Artículo 39. Régimen Laboral de las ~~Instituciones de Salud~~** Empresas Sociales **del Estado ~~(ISE)~~** (ESE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales. Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley. Son normas generales del régimen laboral de los servidores de las ~~Instituciones de Salud~~ Empresas Sociales del Estado (ESE), las siguientes: 1. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes del orden

territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza garantizando el derecho al trabajo digno, justo y decente, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ISE que determine el Gobierno nacional.	territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ~~ISE~~ ESE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza garantizando el derecho al trabajo digno, ~~justo y decente, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ISE que determine el Gobierno nacional.~~
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.	2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ~~ISE~~ ESE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas, siempre y cuando dichos acuerdos o convenciones no vulneren los derechos mínimos de los trabajadores.	3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, ~~los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia,~~ las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas, siempre y cuando dichos acuerdos o convenciones no vulneren los derechos mínimos de los trabajadores.
4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones que en materia de empleo público se encuentren vigentes además de las que la reglamenten, modifiquen o sustituyan y se armonicen con lo dispuesto en la ley 10 de 1990.	4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones que en materia de empleo público se encuentren vigentes además de las que la reglamenten, modifiquen o sustituyan y se armonicen con lo dispuesto en la ley 10 de 1990.
5. La remuneración de los empleados públicos de las ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones colectivas de las	5. La remuneración de los empleados públicos de las ESE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones

condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.	colectivas de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.
Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE.	Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ESE.
Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Ley 2400 de 1968, el artículo 5 del Decreto Ley 3135 de 1968 y el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011 se prohíbe la celebración de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad de vinculación contractual diferente a la laboral para el desarrollo de funciones misionales, propias y permanentes en salud.	Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las ~~ISE~~ ESE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Ley 2400 de 1968, el artículo 5 del Decreto Ley 3135 de 1968 y el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011 se prohíbe la celebración de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad de vinculación contractual diferente a la laboral para el desarrollo de funciones misionales, propias y permanentes en salud.
Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de ESE que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.	**Parágrafo 1.** Los contratos de prestación de servicios a cargo de las ESE que a la entrada en vigencia de la presente Ley se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ESE.
Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema especial de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud mismo que deberá establecer la estructura y alcance de estos.	**Parágrafo 2.** El Gobierno nacional establecerá un sistema especial de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud mismo que deberá establecer la estructura y alcance de estos.

Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.	**Parágrafo 3.** El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.
ARTÍCULO NUEVO. Laboralización y formalización de las ISE. Las ISE vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente Ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023. Las ISE implementarán una planta temporal como mecanismo transitorio mientras se realizan los estudios correspondientes para la provisión definitiva de la planta permanente para el nivel asistencial, técnico y profesional. La provisión de los empleos en la planta temporal deberá cumplir con el procedimiento señalado en la Ley 909 de 2004. En ausencia de lista de elegibles, los empleos en la planta temporal se asignarán de manera preferencial a las personas que cumplan con los requisitos establecidos y que, al momento de la entrada en vigencia de la presente Ley, estén prestando servicios de salud y desarrollando actividades mediante una modalidad de vinculación diferente. En todo caso, para el proceso de vinculación, una vez cumplidos los requisitos, prima la antigüedad. El Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, junto con el	**Artículo 40. Laboralización y formalización de las ~~ISE~~ ESE.** Las ~~ISE~~ ESE vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente Ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023. Las ~~ISE~~ ESE implementarán una planta temporal como mecanismo transitorio mientras se realizan los estudios correspondientes para la provisión definitiva de la planta permanente para el nivel asistencial, técnico y profesional. La provisión de los empleos en la planta temporal deberá cumplir con el procedimiento señalado en la Ley 909 de 2004. En ausencia de lista de elegibles, los empleos en la planta temporal se asignarán de manera preferencial a las personas que cumplan con los requisitos establecidos y que, al momento de la entrada en vigencia de la presente Ley, estén prestando servicios de salud y desarrollando actividades mediante una modalidad de vinculación diferente. En todo caso, para el proceso de vinculación, una vez cumplidos los requisitos, prima la antigüedad. El Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social,

Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará en un plazo de un (1) año un modelo técnico estandarizado para la creación de plantas de personal en las ISE, garantizando el principio meritocrático, la formalización laboral voluntaria de quienes prestan servicios de salud.	diseñará en un plazo de un (1) año un modelo técnico estandarizado para la creación de plantas de personal en las ~~ISE~~ ESE, garantizando el principio meritocrático, la formalización laboral voluntaria de quienes prestan servicios de salud.
Artículo 48°. Régimen especial para trabajadores del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados del sector salud, expida el régimen especial de los trabajadores del sector salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: 1. Ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa del sector público; prestaciones sociales y económicas con criterios claros y objetivos para el acceso, evaluación y promoción en ese sector. 2. Prestaciones sociales y económicas, acordes con las condiciones laborales y riesgos específicos que enfrentan los trabajadores de la salud. 3. Jornadas laborales justas y dignas, estableciendo límites a la carga laboral y garantizando el pago de horas extras cuando corresponda. 4. Incentivos y reconocimientos para personal que labore en zonas rurales, de difícil acceso o en condiciones de alta complejidad. 5. Programas de bienestar, salud mental y seguridad laboral, enfocados en la prevención de riesgos ocupacionales y el apoyo al personal en casos de	ELIMINADO.

agotamiento físico o emocional (burnout). 6. Equidad de género y no discriminación, con políticas específicas para proteger derechos laborales de las mujeres y otros grupos vulnerables dentro del sector. **Parágrafo**. El régimen especial deberá garantizar los derechos adquiridos por los trabajadores de la salud y priorizará el fortalecimiento de condiciones laborales que fomenten la calidad, eficiencia y permanencia del talento humano en el sector. La reglamentación del régimen será consultada con las organizaciones representativas de trabajadores del sector y contará con el acompañamiento de organismos de control.	
Artículo 49°. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta las convenciones colectivas de trabajo vigentes y normas concordantes. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y	**Artículo <u>41</u>. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.** Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta las convenciones colectivas de trabajo vigentes y normas concordantes. <u>Está prohibida cualquier forma de vinculación del talento humano en salud que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes para el sector privado o mixto, según sea el caso.</u> <u>Se deberán respetar las jornadas máximas legales establecidas dentro de las</u>

Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, realizando tamizajes periódicos a los trabajadores y desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud y, así mismo, poder ofrecer atención prioritaria para quienes lo requieran. Adicionalmente, se implementará un programa de atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud, que incluirá tamizajes continuos, los cuales proporcionarán los lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como para identificar la necesidad de tratamientos específicos. Asimismo, las y los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental, basada en tres ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Esta atención tendrá un enfoque diferencial, que incluirá a mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial. **Parágrafo 1.** El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos	diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano; evitando jornadas extenuantes que puedan poner en peligro el correcto desarrollo del ejercicio, la calidad en el servicio, la seguridad, la salud, así como la dignidad del talento humano en salud. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores, ~~de las instituciones de salud~~ se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, realizando tamizajes periódicos a los trabajadores y desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud y, así mismo, poder ofrecer atención prioritaria para quienes lo requieran. Adicionalmente, se implementará un programa de atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud, que incluirá tamizajes continuos, los cuales proporcionarán los lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como para identificar la necesidad de tratamientos específicos. Asimismo, los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental, basada en tres ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral. Esta atención tendrá un enfoque diferencial con base en estudios técnicos y estadísticos que evidencien los grupos poblacionales a intervenir que incluirá a

ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.	mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial.
Parágrafo 2. A partir de la vigencia de la presente Ley, no se expedirán más credenciales de expendedores de drogas y las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga el título de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, auxiliar en servicios farmacéuticos, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán seguir desempeñándose en la dirección de una droguería mientras se definen e implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente.	Parágrafo 1. Las administradoras de riesgos laborales, en conjunto con los prestadores de servicios de salud y en general los empleadores del sector salud, deberán organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán brindar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud. Adicionalmente, contarán con programas especiales para las ocupaciones, profesiones y especialidades clasificadas como de riesgo alto. Se deberá informar al Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud sobre las actividades aquí dispuestas, y su implementación con las evidencias respectivas.
Parágrafo 3. Con el fin de promover la profesionalización y tecnificación del talento humano idóneo del sector farmacéutico así como la calificación del mismo, para la dirección de droguerías, el gobierno Nacional dispondrá los mecanismos que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación continua de auxiliares en servicio farmacéutico, expendedores de drogas, y tecnólogos en regencia de farmacia, especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para garantizar mayores	Parágrafo ~~1~~ 2 El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley. Parágrafo ~~2~~ 3. A partir de la vigencia de la

estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos.	presente Ley, no se expedirán más credenciales de expendedores de drogas y las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga el título de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, auxiliar en servicios farmacéuticos, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán seguir desempeñándose en la dirección de una droguería, previo registro en la respectiva entidad territorial mientras se definen e implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente y que no supere los 5 años. En todo caso, el Gobierno Nacional deberá garantizar los mecanismos necesarios para evitar la afectación en la dispensación de medicamentos por esta causa. Parágrafo ~~3~~.4 Con el fin de promover la profesionalización y tecnificación del talento humano idóneo del sector farmacéutico así como la calificación del mismo, para la dirección de droguerías, el gobierno Nacional dispondrá los mecanismos que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación continua de auxiliares en servicio farmacéutico, expendedores de drogas, y tecnólogos en regencia de farmacia, especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para garantizar mayores estándares de calidad

	en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos.
Artículo 50°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud Especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.	**Artículo 42. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud Especialistas.** Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud y las ESE podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.
Parágrafo 1. En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.	**Parágrafo 1.** En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.
Parágrafo 2. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, digna y justa, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	**Parágrafo 2.** Todos los trabajadores ~~o~~ vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, digna y justa, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
Parágrafo 3. Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de	**Parágrafo 3.** Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula

vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan. **Parágrafo 4.** Las instituciones de prestación de servicios de salud deberán garantizar a los especialistas médico-quirúrgicos vinculados bajo cualquier modalidad, el acceso a capacitación y actualización continua, con el fin de mantener y mejorar sus competencias profesionales. Estas instituciones deberán promover programas de bienestar laboral y prevención de riesgos ocupacionales, especialmente para aquellos que desarrollen actividades en zonas rurales, de difícil acceso o con alta carga asistencial.	de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan. **Parágrafo 4.** Las instituciones de prestación de servicios de salud y las ESE deberán garantizar a los especialistas médico-quirúrgicos vinculados bajo cualquier modalidad, el acceso a capacitación y actualización continua, con el fin de mantener y mejorar sus competencias profesionales. Estas instituciones deberán promover programas de bienestar laboral y prevención de riesgos ocupacionales, especialmente para aquellos que desarrollen actividades en zonas rurales, de difícil acceso o con alta carga asistencial.
ARTÍCULO NUEVO. TRÁMITE EXPEDITO PARA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS EN SALUD OBTENIDOS EN EL EXTRAJERO. Se modifica el artículo 62 de la ley 1753 de 2015, el cual quedará de la siguiente manera. ARTÍCULO 62. CONVALIDACIÓN DE TITULOS EN EDUCACIÓN SUPERIOR. El Ministerio de Educación Nacional establecerá, mediante un reglamento específico, el procedimiento de convalidación de títulos extranjeros de acuerdo con los criterios legalmente establecidos, y según los acuerdos internacionales que existan al respecto. El Ministerio de Educación Nacional contará con dos (2) meses para resolver las solicitudes de convalidación de títulos, cuando la institución que otorga el título que se somete a convalidación o el programa académico que conduce a la expedición del título a convalidar se encuentren acreditados, o cuenten con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o	**Artículo 43. Trámite expedito para convalidación de títulos en salud obtenidos en el extranjero.** . ~~Se modifica el artículo 62 de la ley 1753 de 2015, el cual quedará de la siguiente manera.~~ ~~ARTÍCULO 62. CONVALIDACIÓN DE TITULOS EN EDUCACIÓN SUPERIOR. El Ministerio de Educación Nacional establecerá, mediante un reglamento específico, el procedimiento de convalidación de títulos extranjeros de acuerdo con los criterios legalmente establecidos, y según los acuerdos internacionales que existan al respecto. El Ministerio de Educación Nacional contará con dos (2) meses para resolver las solicitudes de convalidación de títulos, cuando la institución que otorga el título que se somete a convalidación o el programa académico que conduce a la expedición del título a convalidar se encuentren acreditados, o cuenten con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de~~

evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de procedencia del título o a nivel internacional. Las solicitudes de convalidación de los títulos universitarios oficiales, no incluidos en los supuestos del inciso anterior, se resolverán en un plazo máximo de cuatro (4) meses. Los títulos propios o no oficiales no serán susceptibles de convalidación. Las Solicitudes de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, y que correspondan a las señaladas en el Sistema Nacional de Información de la educación Superior -SNIES, serán tramitadas a través de un procedimiento especial y expedito, para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional reglamentará dicho procedimiento de convalidación, en coordinación con el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de efectuar los ajustes internos necesarios para atender estas solicitudes. El término para que el Ministerio de Educación Nacional convalide los títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, será en un término improrrogable de treinta (30) días calendario sin dejar de observar las condiciones indicadas en este artículo. Los programas de pregrado del área de la salud que no tengan un programa equivalente y activo en Colombia no podrán ser convalidados. El incumplimiento de los términos establecidos en este artículo será causal de mala conducta. Parágrafo Primero. Los títulos otorgados por instituciones de educación superior, pero no validados por las autoridades de	~~procedencia del título o a nivel internacional.~~ ~~Las solicitudes de convalidación de los títulos universitarios oficiales, no incluidos en los supuestos del inciso anterior, se resolverán en un plazo máximo de cuatro (4) meses.~~ ~~Los títulos propios o no oficiales no serán susceptibles de convalidación.~~ ~~Las Solicitudes de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, y que correspondan a las señaladas en el Sistema Nacional de Información de la educación Superior -SNIES, serán tramitadas a través de un procedimiento especial y expedito, para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional reglamentará dicho procedimiento de convalidación, en coordinación con el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de efectuar los ajustes internos necesarios para atender estas solicitudes.~~ ~~El término para que el Ministerio de Educación Nacional convalide los títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, será en un término improrrogable de treinta (30) días calendario sin dejar de observar las condiciones indicadas en este artículo.~~ ~~Los programas de pregrado del área de la salud que no tengan un programa equivalente y activo en Colombia no podrán ser convalidados.~~ ~~El incumplimiento de los términos establecidos en este artículo será causal de mala conducta.~~ ~~Parágrafo Primero. Los títulos otorgados por instituciones de educación superior, pero no validados por las autoridades de educación oficiales del país de origen de la institución y denominados como universitarios no oficiales o propios, otorgados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, no serán objeto de convalidación.~~

educación oficiales del país de origen de la institución y denominados como universitarios no oficiales o propios, otorgados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, no serán objeto de convalidación. Parágrafo Segundo. Las instituciones estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de educación superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios.	~~Parágrafo Segundo. Las instituciones estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de educación superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios.~~ Agréguese un nuevo parágrafo al artículo 35 de la Ley 2136 de 2021, que quedará así: ARTÍCULO 35. Determinación de Equivalencia en Áreas de la Salud. (...) **Parágrafo:** Las solicitudes de convalidación de títulos en áreas de la salud se adelantarán en un término máximo de 120 días calendario, de acuerdo al Criterio de evaluación académica. El trámite sólo podrá ser suspendido cuando en el expediente se encuentren documentos faltantes, y se reanudará una vez el solicitante subsane. Procederá la prórroga hasta por 120 días calendario, a solicitud del solicitante para completar la documentación del expediente.
NUEVO	**Artículo 44. Autonomía de los profesionales de la salud.** En cumplimiento del Artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el SGSSS garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes puestos bajo su cuidado. En ejercicio de dicha autonomía, no se requerirán autorizaciones administrativas adicionales dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS-, puesto que la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación de un servicio. Las IPS, públicas, privadas o mixtas, o las RIISS, constituirán Comités de Autorregulación Profesional -CARP-, cuya

	función será velar por la aplicación de los criterios de autorregulación, pertinencia, racionalidad, evidencia científica y costo eficiencia de los actos de los profesionales de la salud, y por la continuidad e integralidad del ciclo de atención de la condición médica. Estos Comités operarán con pleno respeto de la autonomía profesional y del derecho a la objeción de conciencia, fundamentados en la Lex Artis de cada profesión, orientados por los protocolos y las guías de manejo, con la participación de pares académicos de las respectivas profesiones. **Parágrafo.** El gobierno nacional y las entidades territoriales garantizarán los recursos necesarios para el funcionamiento de los tribunales profesionales ético-disciplinarios, y dispondrán de nuevos recursos para el efecto, según estudio técnico que realizarán el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
ARTÍCULO NUEVO	**Artículo 45. Discrepancia entre profesionales de la salud.** En caso de discrepancia clínica o académica entre profesionales, se dará aplicación a lo establecido en el Artículo 16 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, sobre el procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud, los cuales serán dirimidos por las Juntas Médicas Reguladoras -JMR-, de las IPS o de las RIISS, las cuales contemplarán, cuando menos, los siguientes criterios: 1. Una vez se produzca la discrepancia en torno al diagnóstico o a la alternativa terapéutica, el profesional tratante o el

	que controvierte remitirá el caso al CARP de la IPS, pública o privada, o de la correspondiente RIISS, según sea el caso. Dicho Comité citará y presidirá una JMR en la que concurrirán dos o más pares profesionales o especialistas en el área. 2. El profesional tratante deberá aportar los elementos científicos que justifiquen el diagnóstico o la alternativa terapéutica; igualmente, el profesional que controvierte podrá aportar el soporte técnico o científico que considere necesario. 3. En caso de que la JMR esté de acuerdo con lo ordenado por el profesional tratante, bastará con que imparta su aprobación y conste en el acta de la reunión. 4. En el evento de que la JMR esté en desacuerdo con lo dispuesto por el profesional tratante, señalará en el acta las razones específicas por las cuales considera que ello no es lo más aconsejable para el caso concreto, indicará la opción adecuada y le advertirá al profesional tratante los riesgos derivados del tratamiento prescrito. 5. La conducta que se tomará será preferencialmente la indicada en la JMR, previo informe al paciente o a sus familiares y una vez obtenido el consentimiento informado. 6. No obstante, si el profesional tratante, en desarrollo de su autonomía, decide mantener el diagnóstico o la alternativa terapéutica, podrá desistir del manejo del paciente puesto bajo su cuidado a menos que el paciente desee continuar siendo atendido por él. En todo caso, se respetará el derecho al consentimiento informado del paciente.

ARTÍCULO NUEVO	**Artículo 46. Política de Formación de Talento Humano en Salud.** En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud -THS-, la formación en los diferentes niveles de educación tendrá en cuenta los siguientes criterios: 1. Las prioridades de formación del THS se orientarán según las necesidades de la población, para mejorar la calidad de vida, de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por el Sistema de Salud, con enfoque familiar, comunitario, territorial, diferencial y de género, y con sustento en la mejor evidencia científica existente. 2. Generar incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales y urbanas dispersas, con el propósito de incrementar la disponibilidad del THS. 3. Brindar estímulos para la formación en las profesiones y ocupaciones del área de la salud que se consideren priorizadas. 4. Establecer mecanismos para el ingreso a los posgrados de las áreas de la salud de acuerdo con las necesidades del sector y de los diferentes territorios, en condiciones de transparencia y equidad. 5. Establecer criterios para la relación docencia servicio y cupos para los diferentes escenarios de práctica formativa. 6. Establecer condiciones de calidad para la oferta de nuevos programas de formación para los profesionales de la salud en las IES y para la formulación de planes institucionales de formación continua que permitan el aumento de cupos en las instituciones existentes.

	7. Desarrollar programas de formación y educación continua del THS, que comprenda los procesos y actividades permanentes de capacitación y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades y destrezas, técnicas y prácticas.
TÍTULO VI **INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL**	IGUAL.
Artículo 51°. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: "3. **Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, continuidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, como también las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud."	**Artículo 47.** Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: "3. **Prestación de servicios de atención en salud**. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, continuidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, ~~así como sus condiciones de estabilidad laboral, como también las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud."~~
Artículo 52°. Modifíquese el numeral 2 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente, digno y justo."	**Artículo 48°.** Modifíquese el numeral 2 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente, digno y justo."

Artículo 53°. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado con el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "**Artículo 131. Tipos de Sanciones Administrativas.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones: (…) 2. Multas entre doscientos (200) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."	ELIMINADO.
Artículo 54°. Modifíquese el parágrafo 6 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: (…) "**Parágrafo 6.** Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3 de esta Ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el	ELIMINADO.

incumplimiento en el reporte de información".	
Artículo 55°. De las facultades regulatorias residuales de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias: 1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. 2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019. 3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007. 4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas. 5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes	ELIMINADO.

posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman. 6. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.	
NUEVO	**Artículo 49. Auditoría Integral del Gasto en Salud. Créase el Sistema Nacional de Auditoría del Gasto en Salud (SNAGS),** como mecanismo permanente, técnico, independiente y articulado de control previo y vigilancia concurrente sobre el uso de los recursos públicos del sistema de salud, con el fin de garantizar su ejecución transparente, eficiente y su destinación exclusiva a los fines del derecho fundamental a la salud. El SNAGS estará adscrito a la Contraloría General de la República, con autonomía técnica, presupuestal y operativa, y contará con una Unidad Técnica Especializada en Auditoría del Gasto en Salud, encargada de: 1. Auditar en tiempo real y de manera posterior los flujos financieros entre la ADRES, los aseguradores, prestadores, proveedores y demás actores que reciban, trasladen, ejecuten u ordenen recursos públicos del sistema de salud. 2. Verificar la razonabilidad de los pagos realizados, la suficiencia del soporte técnico de las prestaciones y la adecuada destinación de los recursos. 3. Cruzar información con el SPUIIS y demás sistemas interoperables del

	Ministerio de Salud, ADRES, Supersalud y entidades territoriales. 4. Emitir alertas tempranas sobre riesgos financieros, entre ellos: sobrefacturación, recobros irregulares, pagos duplicados o concentraciones indebidas del gasto. 5. Realizar auditorías integrales territoriales, priorizando zonas con mayores alertas o riesgos estructurales de corrupción o ineficiencia. 6. Publicar informes trimestrales y anuales de hallazgos, riesgos y recomendaciones, garantizando la trazabilidad y acceso ciudadano a la información auditada. 7. Colaborar armónicamente con la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Fiscalía General de la Nación, para el intercambio de información, remisión de hallazgos, y articulación de acciones preventivas o correctivas. El Gobierno Nacional reglamentará en un plazo no mayor a seis (6) meses los lineamientos técnicos, metodológicos y presupuestales para la operación del SNAGS, su integración con los sistemas de información y los protocolos de interoperabilidad con los entes de control. **Parágrafo 1°.** El SNAGS permitirá la participación de expertos independientes, universidades acreditadas y organizaciones de la sociedad civil en el diseño de sus metodologías de auditoría, sin que ello implique delegación de funciones propias del control fiscal. **Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES, las entidades territoriales y demás actores responsables

	al interior del sistema de salud, estarán obligadas a facilitar el acceso inmediato a la información financiera, contractual, clínica y administrativa que requiera el SNAGS, bajo responsabilidad disciplinaria y fiscal en caso de obstrucción.
NUEVO	**Artículo 50. Articulación del SPUIIS y la Inspección, Vigilancia y Control.** La Superintendencia Nacional de Salud administrará la información necesaria para efectos de inspección, vigilancia y control, y desarrollará los ajustes pertinentes a fin de interoperar con el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud establecido en la ley 1966 de 2019 o la que la modifique, haciéndolo parte integral del SPUIIS; sin perjuicio del acceso y administración que tengan otras superintendencias y demás órganos de control según sus competencias. Como parte de su misionalidad, la Superintendencia Nacional de Salud, fortalecerá los canales de comunicación inmediata con los organismos de control fiscal, disciplinario y demás a que haya lugar, para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley en materia de transparencia y acceso a la información. El incumplimiento de las mismas, constituirá falta gravísima y la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las sanciones correspondientes. Lo anterior sin perjuicio de las demás acciones que podrán adelantarse por parte de las veedurías en salud. El Sistema permitirá el acceso a la información a los entes de control, en función de su competencia, para el adecuado control fiscal, disciplinario y de garantía de derechos; para lo cuál se deberá asegurar la habilitación en la plataforma, a las Contralorías del órden

	territorial y nacional, a la Procuraduría General de la Nación y demás instancias del Ministerio Público a nivel territorial, para lo de su competencia. **Parágrafo.** El SPUIIS, deberá permitir y facilitar las auditorías mediante la medición de indicadores para evaluación de resultados; en materia de eficiencia en la gestión, efectividad clínica, trazabilidad e interoperabilidad, eficiencia y servicio, debida atención a usuarios y pacientes, reducción de costos al Sistema de Salud entre otros, de acuerdo con los lineamientos que establezcan en conjunto el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud.
NIUEVO	**Artículo 51. Control Interno.** La Superintendencia de Salud deberá fortalecer los lineamientos generales del sistema de control interno para todos los actores al interior del sector salud; y establecer políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación. Lo anterior en concordancia con las disposiciones establecidas en la normatividad vigente, que le sean aplicables, incluyendo la Ley 87 de 1993. El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del sector fortalecerá el Comité de Control Interno de la entidad, incluyendo los instrumentos que los diferentes actores generen en el marco de sus acciones de control, para mejora de todos los procesos. Así mismo, generará mecanismos que faciliten el control y veeduría ciudadana sobre la gestión interna de las entidades del sector. **Parágrafo.** El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social

	reglamentará, en un término de 12 meses prorrogables, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, los componentes mínimos que deberá contener cada sistema de control interno de las entidades del sector salud.
ARTÍCULO NUEVO. Acceso a la información del sistema público unificado e interoperable de información en salud (SPUIIS) por parte de la Contraloría General de la República. La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos del sistema de salud colombiano, con base en la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de información en Salud (SPUIIS) u otro sistema de información o base de datos, conforme a lo dispuesto en el artículo 7 de la presente ley. A ese efecto, la Dirección de Análisis y Reacción inmediata (DIARI) de la Contraloría General de la República tendrá acceso pleno y en tiempo real a la información registrada en el SPUIIS, en el marco de sus competencias definidas por la Ley.	**Artículo 52. Acceso a la información del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) por parte de la Contraloría General de la República.** La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos del sistema de salud colombiano, con base en la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de información en Salud (SPUIIS) u otro sistema de información o base de datos, conforme a lo dispuesto en el artículo 7° de la presente ley. A ese efecto, los actores al interior del Sistema de Salud, deberán registrar en tiempo real la información de su competencia, y la Dirección de Análisis y Reacción inmediata (DIARI) de la Contraloría General de la República tendrá acceso pleno y en tiempo real a la información registrada en el SPUIIS, en el marco de sus competencias definidas por la ley. Entre tanto se surte la etapa progresiva de integración al SPUIIS, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, dispondrán los mecanismo necesarios a que haya lugar para que la CGR y demás órganos de control accedan a la información necesaria que permita garantizar la gestión transparente y trazabilidad de los recursos.
TÍTULO VII **DISPOSICIONES GENERALES**	IGUAL.

Artículo 56°. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de: 1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión. 2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control. 3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.	**Artículo <u>53</u>°. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.** Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de: 1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión. 2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control. 3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias. 4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios. **Parágrafo**. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema

4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios. **Parágrafo**. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.	de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.
Artículo 57°. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010. Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.	**Artículo <u>54</u>. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.** Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010. Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.
Artículo 58°. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se	**Artículo <u>55</u>. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).** En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la

garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), con especial priorización en los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), así como aquellos clasificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales en articulación con actores locales, incluyendo organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales, comunidades étnicas y otros actores clave del territorio. El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud. El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado siguiendo los lineamientos del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" (Acto Legislativo 02 de 2017). Este plan integrará las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes descentralizadas de atención en salud rural, así como los enfoques de determinantes sociales, territorial y diferencial, en consonancia con los principios de esta ley. **Parágrafo 1.** El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en	implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), con especial priorización en los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), así como aquellos clasificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales en articulación con actores locales El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud. El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado siguiendo los lineamientos del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" (Acto Legislativo 02 de 2017). Este plan integrará las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes descentralizadas de atención en salud rural, así como los enfoques de determinantes sociales, territorial y diferencial, en consonancia con los principios de esta ley. **Parágrafo 1.** El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social ~~tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.~~ actualizará

vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.	permanentemente la formulación e implementación del PNSR.
Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento del PNSR, considerando las características y necesidades específicas de cada territorio. Estos recursos estarán destinados a garantizar el acceso a la salud en el marco de las RIITS, la construcción y mejoramiento de la infraestructura, la dotación de equipos, la planificación del talento humano en salud con enfoque diferencial y la mejora continua de la calidad de atención para las comunidades rurales y dispersas.	**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento del PNSR, considerando las características y necesidades específicas de cada territorio. Estos recursos estarán destinados a garantizar el acceso a la salud en el marco de las RIITS, la construcción y mejoramiento de la infraestructura, la dotación de equipos, la planificación del talento humano en salud con enfoque diferencial y la mejora ontinua de la calidad de atención para las comunidades rurales y dispersas.
Parágrafo 3. El Gobierno Nacional deberá crear las estrategias adecuadas que permitan hacer seguimiento y evaluación al PNSR.	**Parágrafo 3.** El Gobierno Nacional deberá crear las estrategias adecuadas que permitan hacer seguimiento y evaluación al PNSR.
Parágrafo 4. El PNSR deberá vincular al Programa de atención psicosocial y salud integral a victimas (PAPSIVI) adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas con enfoque diferencial en las subregiones PDET.	**Parágrafo 4.** El PNSR deberá vincular al Programa de atención psicosocial y salud integral a victimas (PAPSIVI) adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas con enfoque diferencial en las subregiones PDET.
Artículo 59°. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas localmente por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los	**Artículo 56. Promoción de Investigación y producción Vacunas**. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas localmente por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales con

productores locales con criterios científicos, según la legislación aplicable y acorde con el perfil epidemiológico del país. Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a la experimentación en animales en investigaciones biomédicas, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, el cual se reglamentará de manera coordinada entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).	criterios científicos, según la legislación aplicable y acorde con el perfil epidemiológico del país. Constituirá excepción a lo establecido en el presente artículo, lo siguientes casos: 1. Que exista falta de producción y desarrollo tecnológico suficiente a nivel nacional. 2. Que la evaluación de costo-efectividad señale la necesidad de adquirir tecnología a nivel internacional. 3. Que no constituya una barrera de acceso para que los usuarios accedan a la mayor innovación tecnológica en salud disponible.
Artículo 60°. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	**Artículo 57. Regímenes Exceptuados y Especiales.** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
TÍTULO VIII	IGUAL.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS	
Artículo 61°. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público, esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones: 1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas. Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.	**Artículo 58. Régimen de transición y evolución.** El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación bajo las reglas del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público, privado y mixto esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones: 1. **El régimen de transición y evolución deberá garantizarse en condiciones compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, preservando la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las finanzas públicas. En consecuencia, las obligaciones corrientes del sector salud acumuladas al cierre de la vigencia 2025 deberán ser atendidas según la priorización y definiciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social, con cargo a los recursos de ese sector administrativo y en cumplimiento de la autonomía presupuestal prevista en el artículo 110 del Estatuto Orgánico de Presupuesto.**

Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos. El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el Sistema de Salud. Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los CAPS. 2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.	**Se entienden incorporadas como obligaciones corrientes los montos que resulten de la revisión y el ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que, en cumplimiento de lo dispuesto por la Corte Constitucional, deban efectuarse respecto de las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024. Dichas obligaciones deberán ser reconocidas y atendidas conforme a los lineamientos, cronogramas y mecanismos de pago definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las demás autoridades competentes, y sin perjuicio de las disposiciones judiciales y legales que, con posterioridad, desarrollen o complementen lo ordenado en sede constitucional.** **Sin perjuicio del periodo de transición de tres (3) años previsto en el numeral 4 presente artículo, la entrada en vigencia del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud estará obligatoriamente condicionada a que previamente se honren las obligaciones corrientes del sector salud, cuya certificación deberá ser expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República, con informes trimestrales ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.** 2. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se

A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. 3. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley. 4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor	negarán consultas médicas por especialistas. Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos. El pago de los contratos de los prestadores estará a cargo de la ADRES a través de la figura del giro directo de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud. De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos. El Gobierno Nacional garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida. Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de transformación a Gestoras de Salud y Vida

organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS, los CAPS, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. 5. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación. 6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la	3. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS a las Gestoras de Salud y Vida. 4. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las nuevas Gestoras de Salud y Vida previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento financiero a cargo de la ADRES y el aseguramiento del riesgo en salud a cargo del as Gestoras de Salud y Vida ~~y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).~~ La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del **SGSSS** ~~Aseguramiento Social en Salud~~.

prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. 7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS. 8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.	Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de ~~dos (2)~~ **tres (3)** años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones establecidas en la presente ley en lo relacionado con la transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida. 5. El Ministerio de Salud y Protección Social a petición de las Gestoras de Salud y Vida adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las mismas para aquellas que quieran concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS como Gestoras de salud y Vida se observarán las siguientes reglas: a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS o no haya Gestoras de Salud y Vida, los CAPS y/o las ESE, en primer lugar, o la Nueva EPS o la que haga sus veces, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS o Gestoras de Salud y Vida de otro territorio, con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud. 10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la	deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. 6. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS <u>o la que haga sus veces garantizará la prestación del servicio con los prestadores de salud públicos, privados o mixtos disponibles si fuere necesario,</u> en las subregiones o municipios priorizados en su implementación. 7. Las EPS podrán subrogar los contratos que hayan celebrado para prestar un servicio en un territorio determinado y en el cual no continuarán haciéndolo. La subrogación se hará en favor de la entidad que asuma el aseguramiento del riesgo en salud del afiliado, usuario o paciente en dicho territorio. 8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición <u>hacia Gestoras de Salud y Vida, podrán concurrir a través de sus redes propias,</u> a efecto de garantizar la continuidad en prestación de los servicios de salud de los pacientes. 9. <u>Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social o las entidades territoriales, según corresponda, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones,</u> cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida. 10. El talento humano <u>el talento humano en</u> salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, que no se transformen

vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida. 11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las EPS hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Las competencias aquí previstas para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan. 12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que se llegaren a liquidar en	en Gestoras de Salud y Vida, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales lo cual no aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida. 11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. El giro directo aquí previsto para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan, en caso contrario se seguirán haciendo los pagos conforme a la normatividad prevista antes de la entrada en vigencia de la presente ley.

cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.	12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS <u>que soliciten el retiro voluntario o no cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.</u> Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras <u>que se encuentren en proceso de transformación o retiro voluntario del que trata esta ley</u>
13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que incluyan el pago de las acreencias que las EPS liquidadas competentes de conformidad a lo establecido en la presente ley. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.	13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado ~~(ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE)~~ se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público <u>que incluyan el pago de las acreencias</u> que hayan dejado las EPS liquidadas con anterioridad a la entrada en
14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.	
15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales	

estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. 16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales. 17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas. También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%.	vigencia de esta ley, así como las deudas a cargo de las EPS que no logren transformarse en Gestoras de Salud y Vida, por retraso en los pagos de competencia del Gobierno Nacional. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, sin perjuicio de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos. 14. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Credito Publico, en lo de su competencia, diseñarán programas de fortalecimiento institucional y financiero para que las ESE. 15. La Superintendencia Nacional de Salud fortalecerá los canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida. Asimismo, deberá implementar un programa que facilite la orientación de los usuarios frente a los cambios previstos en la presente ley. Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sea aprobada su transformación o retiro voluntario sus transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser

Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las entidades territoriales las crearán como ISE del nivel de Gobierno que corresponda. En todo caso, las ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo. Los gerentes de las ESE transformadas en ISE, continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de ISE, se implementarán en el término no mayor a un (1) año. 18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación: a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas	asumidas por las entidades territoriales. 16. Las personas que, al 31 de diciembre de 2025, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación: a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 3 meses y antes de 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 6 meses y antes de 9 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 9 meses y antes de 12 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. 17. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a

obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 3 meses y antes de 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 6 meses y antes de 9 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 9 meses y antes de 12 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley. 19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud. 20. Se habilita a la ADRES para servir de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión	través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud. 18. Se habilita a la ADRES, como responsable del aseguramiento del riesgo financiero en salud, servirá de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana y alta complejidad y en caso de incumplimiento de las obligaciones del crédito por parte de estas IPS, se autoriza a la ADRES para el pago de las cuotas y a su descuento directo que les corresponde. Para la aplicación del presente artículo el Gobierno Nacional, hará la respectiva reglamentación.

de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana y alta complejidad y en caso de incumplimiento de las obligaciones del crédito por parte de estas IPS, se autoriza a la ADRES para el pago de las cuotas y a su descuento directo que les corresponde. Para la aplicación del presente artículo el Gobierno Nacional, hará la respectiva reglamentación.	
ARTÍCULO NUEVO. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adoptadas a la entidad. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del INVIMA. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.	**<u>Artículo 59.</u> Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).** El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de estándares de mejores prácticas internacionales **<u>establecidas en la FDA y EMA.</u>** Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del INVIMA. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Parágrafo. Con el objeto de fortalecer la capacidad operativa del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Parágrafo. Con el objeto de fortalecer la capacidad operativa del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el control de productos que ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos autorizados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normatividad nacional.	(INVIMA) en el control de productos que ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos autorizados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normatividad nacional.
ARTÍCULO NUEVO. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física. El Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Deporte, en el marco de la comisión intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF), dispondrán de 12 meses para presentar un plan de incentivos dirigidos a entidades territoriales que realicen la gestión territorial del modelo de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles (CERSS), el cual contribuye, entre otros objetivos, a aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la población a programas de deporte, recreación y actividad física, así como promover la educación sobre la importancia de estos en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general. Los recursos del citado plan de incentivos, hará parte de la planificación sectorial e intersectorial, incluyendo	ELIMINADO.

recursos nacionales, territoriales, conforme competencias institucionales, y de otras fuentes como cooperación nacional e internacional. El plan tiene como propósito primordial la continuidad de los programas, proyectos y estrategias de la promoción de la actividad física y deporte, evitando periodos de tiempo de no garantía de dicha oferta a la población.	
ARTÍCULO NUEVO. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades. Los centros de atención primaria en salud se articularan a programas de actividad física dispuesto por el sector de deporte y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud. Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deporte o la entidad territorial, conforme competencias. **Parágrafo 1.** Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades y características específicas de cada persona, familia o comunidad, considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.	ELIMINADO.

Parágrafo 2. Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación, deberán estar disponibles para asesorar y orientar a las personas, familias y comunidades en relación con la actividad física, sus beneficios y la forma en que esta se pueda integrar a su estilo de vida, cultura y territorio.	
ARTÍCULO NUEVO. OBSERVATORIO NACIONAL TERRITORIAL DE SALUD MENTAL. Modifíquese lo dispuesto en el parágrafo del artículo 32 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: Créese el Observatorio Nacional y territorial de salud mental el cual estará liderado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo independiente para el monitoreo y seguimiento a la encuesta nacional de salud mental. La encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco y demás encuestas, programas, instituciones o entidades que contengan en su poder datos nominales sobre la salud mental. Lo anterior, como mecanismo que permita la fácil identificación, focalización y sirva como instrumento de análisis, que ayude a establecer lineamientos para la prevención y orientación en temas relacionados con la salud mental. Para ello, el Observatorio Nacional y territorial de salud mental se encargará de actualizar la Encuesta Nacional de Salud Mental, la Encuesta Nacional de Adicciones, y mantendrá una investigación continua y permanente.	**ELIMINADO.**
ARTÍCULO NUEVO. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas	ELIMINADO.

recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad: 1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales; 2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados. 3. Cuando la lección a los recursos de la salud o la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficios de terceros. 4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud. 5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.	

ARTÍCULO NUEVO. Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- implementara las medidas y procesos que sean necesarias para garantizar el fortalecimiento y el crecimiento de la fabricación local de medicamentos en Colombia mediante la agilización y validación de un mecanismo para estos trámites por medio del cual previo cumplimiento de los requisitos técnicos y legales contemplados en la normatividad se obtenga las aprobaciones en un tiempo no mayor a 6 meses. A si mismo que para los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamiento y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros.	ELIMINADO.
ARTÍCULO NUEVO. Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará los procesos para la actualización continua y permanente de las guías de práctica Clínica, protocolos y lineamientos que guían la práctica clínica basada en buenas prácticas para el sistema de salud colombiano. Para esto podrá, en virtud de los cambios al sistema que se derivan de la presente Ley, convocar a diferentes actores del sistema de salud incluyendo actores institucionales, representantes de la academia, Instituciones prestadores de servicios de salud, pacientes, comunidades, entre otras.	ELIMINADO.
ARTÍCULO NUEVO. Defensor del usuario en salud. El defensor del usuario en salud, creado a través del artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, será	ELIMINADO.

una de la instancia encargadas de recibir y atender quejas y reclamos de los pacientes y usuarios que presenten barreras o conflictos relacionados con la atención primaria en salud (APS) y la atención en los niveles primario y complementario, para garantizar el cumplimiento de los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, participación, humanización, eficiencia y calidad de los servicios de salud en la jurisdicción territorial de cada departamento o distrito. La organización y funcionamiento del defensor del usuario en salud será financiado con los recursos establecidos en el artículo 137 de la Ley 1438 de 2011. La defensoría del usuario en salud hará uso de las tecnologías de la información para brindar una tención ágil y eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista. Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, Instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que pueda adelantar ante el defensor del usuario de salud. El defensor del usuario de salud	

no tendrá la competencia de sancionar a los prestadores de servicios de salud.	
ARTÍCULO NUEVO. El estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas con discapacidad, en ese sentido se garantizará para el solicitante la gratuidad de la certificación de discapacidad y la inclusión de esta población en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad -RLCPD.	ELIMINADO.
ARTÍCULO NUEVO. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social. La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos: • Alfabetización en salud • Autoconocimiento y autoconciencia física y mental • Actividad física • Alimentación saludable • Prevención de riesgos • Buena higiene • Uso adecuado de productos y servicios de salud	**Artículo 60.** El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social. La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos: **a.** Alfabetización en salud **b.** Autoconocimiento y autoconciencia física y mental **c.** Actividad física **d.** Alimentación saludable **e.** Prevención de riesgos **f.** Buena higiene **g.** Uso adecuado de productos y servicios de salud
ARTÍCULO NUEVO. Modifíquese el parágrafo 1 del artículo 6 de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así: Parágrafo 1. Con los recursos establecidos en el presente artículo se	ELIMINADO.

financiará el sostenimiento del residente por un monto de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médico-quirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional. Harán parte de los recursos con los que se financia el apoyo de sostenimiento educativo, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias Médicas. El Ministerio de Salud podrá financiar el sostenimiento de estudiantes colombianos que cursen programas de especialización médico-quirúrgica en el exterior, para lo cual reglamentará los requisitos para aplicar y definir los beneficiarios del apoyo del sostenimiento educativo del que trata la presente ley.	
ARTÍCULO NUEVO. Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud. Autorizase al Gobierno Nacional para incorporar las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud -INS, a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de mediano plazo.	**ARTÍCULO 61. Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud.** Autorizase al Gobierno Nacional para incorporar las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud -INS, a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de mediano plazo.
ARTÍCULO NUEVO. Modelo comunitario de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar una red comunitaria de salud mental, entre lazando la	ELIMINADO.

participación comunitaria con los CAPS, gestoras de salud y vida, entes territoriales, locales y/o distritales, instituciones educativas, y demás actores relacionados, con el fin de que promuevan la prevención de riesgo en salud mental, la identificación de signos de alarma en niños, jóvenes, adultos y todos los actores de la comunidad, y así brindar la capacitación pertinente e idónea en primeros auxilios psicológicos; desarrollando acciones integradas en el marco de las rutas de atención acordes a las condiciones psicosociales y geográficas de la zona.	
ARTÍCULO NUEVO. ESTÍMULOS ESPECIALES PARA LOS INVESTIGADORES. Establézcase el sistema de estímulos especiales al personal de investigadores y sus equipos de trabajo en ejercicio de las actividades científicas y tecnológicas a cargo del Instituto Nacional de Salud con el fin de impulsar el desarrollo científico, técnico tecnológico, de innovación en salud pública y la soberanía sanitaría del país. Dicho sistema consistirá en bonos adicionales al salario básico del personal dedicado a la investigación por logros en materia de publicaciones en revistas indexadas de alto impacto, patentes registradas o participación en proyectos colaborativos internacionales. Igualmente, como parte del reconocimiento profesional al personal dedicado a la investigación y a sus grupos de trabajo, se establecerán premios institucionales anuales para investigadores destacados, se facilitará su participación en congresos internacionales cubriendo los costos respectivos, fondos para cursos, certificaciones, o estancias en centros internacionales, así como intercambios y	ELIMINADO.

pasantías por periodos específicos determinados por las necesidades de los proyectos de investigación priorizados por la agenda de investigación que determine el instituto y sus órganos de dirección, según sus competencia y acorde a las prioridades de salud pública del país. **Parágrafo.** El Instituto Nacional de Salud participara en las redes colaborativas de investigación global, en los asuntos de salud pública que interesen al país, promoverá las redes internas de investigación, facilitara las pasantías de investigadores extranjeros y nacionales en las redes internacionales y nacionales en los proyectos de investigación de interés y será el centro de referencia nacional de salud pública, el cual podrá en asocio con particulares y otros gobierno e instituciones de salud pública, gestionar recursos para fortalecer la investigación en los temas de interés nacional, así como para su aplicación a los proyectos que se realicen por parte de las redes o de su participación en las mismas.	
ARTÍCULO NUEVO. La Superintendencia Nacional de Salud reglamentará las sanciones que deberán ser impuestas a las ISE o a las gestoras de salud y vida que registren permanentemente fallos de tutela en su contra por los mismos hechos, causas o razones.	ELIMINADO.
ARTÍCULO NUEVO. Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado. El Consejo directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El Gobernador o el Alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.	ELIMINADO.

2. El director territorial de salud o el secretario de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad departamental, distrital o municipal o su delegado. 4. Un (1) representante de las comunidades, que tengan relación con las ISE respetiva, bien sea como paciente, proveedores, usuarios y demás, designados por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, que igualmente tengan relación o radio de acción con la ISE mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud. 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución. 6. Un (1) representante de los alcaldes para la (ISE) departamentales. 7. Un (1) representante de las facultades académicas de salud para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad. **Parágrafo 1.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente. **Parágrafo 2.** Cuando la (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de salud de los respectivos municipios. **Parágrafo 3.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del consejo directivo, se resolverá con el voto de quien preside la junta directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar	

el presupuesto de la ISE se requiere el voto favorable del presidente del consejo directivo. **Parágrafo 4.** Las Empresas Sociales del Estado del orden nacional se en transformarán en ISE de orden nacional, y conservarán la misma conformación de sus juntas directivas, bajo la denominación de Consejos Directivos, y funciones aplicables a las ESE. **Parágrafo 5.** El nombramiento del director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se hará de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y aplicable a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, a la vigencia de la presente Ley.	
ARTÍCULO NUEVO. De las entidades adaptadas al sistema. Las entidades que a la entrada en vigencia de la presente Ley se encuentran autorizadas como entidades adaptadas, según lo dispuesto en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993, conservarán tal calidad hasta cuando el número de afiliados sea inferior al treinta por ciento (30%) de los que acredito al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero.	ELIMINADO.
ARTÍCULO NUEVO. Silencio administrativo positivo. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de radicación de cada trámite, para emitir una respuesta. Si al finalizar este término no se ha resuelto la solicitud, se entenderá, para todos los efectos legales, que se aplica el silencio administrativo positivo, lo cual implicará que el trámite se considerará aprobada.	ELIMINADO.

Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a trámites relacionados con medicamentos.	
NUEVO	**ARTÍCLO 62. Cobertura de atención del Sistema de Salud para la población extranjera y turistas.** A los extranjeros que ingresen con intención de visita temporal, se les exigirá un seguro de salud contra el cual la ADRES adelantará las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales. Parágrafo 1. El extranjero con vocación de residencia temporal por más de 90 días, o permanente, deberá afiliarse en calidad de cotizante o beneficiario según el caso, al sistema de seguridad social en salud. Parágrafo 2. El Ministerio de Relaciones Exteriores en articulación con Migración Colombia y el Ministerio de Salud reglamentará la materia en cuanto al no cumplimiento de este requisito y formalidad para el acceso a los servicios de salud para efectos de terminación o cancelación del visado.
NUEVO	**Artículo 63. Acreencias de las EPS.** Las acreencias que las Entidades Promotoras de Salud –EPS– en proceso de liquidación o liquidadas mantengan con los hospitales públicos serán reconocidas y pagadas de manera gradual en un plazo no superior a cinco (5) años, con cargo a vigencias futuras, conforme a los acuerdos que para tal efecto suscriba el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. **Parágrafo.** El Ministerio de Hacienda y Crédito Público reglamentará dentro de los primeros seis (6) meses, contados a partir

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

	de la sanción de la presente ley, lo dispuesto en el presente artículo.
Artículo 62°. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	**Artículo 64. Vigencia**. La presente Ley rige a partir de su promulgación, deroga las disposiciones que le sean contrarias y entra a regir a partir de su promulgación, teniendo en cuenta las disposiciones establecidas en el artículo 58 de la presente ley, especialmente en lo referido a sus numerales 1 y 4.

14. IMPACTO FISCAL Y SALVEDADES A LOS CONCEPTOS DE IMPACTO FISCAL DE LA REFORMA A LA SALUD PRESENTADOS POR EL GOBIERNO NACIONAL

14.1. Reseña del impacto fiscal.

Para realizar la reseña del concepto de impacto fiscal emitido el 20 de agosto de 2025, se utiliza el documento informe semana No. 1673 de ANIF:

"*Para financiar el gasto del sistema, el Ministerio de ha presentado el aval fiscal mediante el cual garantiza que el Gobierno contará con los recursos necesarios para la implementación de la reforma.*

El 96% del total en 2026 y manteniéndose en niveles similares durante la siguiente década. Estos recursos se concentran principalmente en atención primaria en salud y servicios de mediana y alta complejidad. Por su parte, la atención primaria emerge como el pilar fundamental, absorbiendo la mayor proporción de recursos directos y reflejando el enfoque preventivo que busca reducir enfermedades crónicas mediante intervenciones tempranas. Así, la senda de gasto proyectada muestra un incremento desde 5,9% del PIB en 2026 hasta 7,6% del PIB en 2036, con mayor presión presupuestaria concentrada en estos rubros.

De otro lado, los gastos indirectos y de gestión, aunque menores en proporción, reflejan los requerimientos de fortalecimiento y los costos administrativos de la transición, evidenciando la magnitud del cambio institucional necesario para implementar la reforma.

a. Usos.

Los gastos directos constituyen el componente predominante del nuevo modelo, representando el 96% del total en 2026 y manteniéndose en niveles similares durante la siguiente década. Estos recursos se concentran principalmente en atención primaria en salud y servicios de mediana y alta complejidad. Por su parte, la atención primaria emerge como el pilar fundamental, absorbiendo la mayor proporción de recursos directos y reflejando el enfoque preventivo que busca reducir enfermedades crónicas mediante intervenciones tempranas. Así, la senda de gasto proyectada muestra un incremento desde 5,9% del PIB en 2026 hasta 7,6% del PIB en 2036, con mayor presión presupuestaria concentrada en estos rubros.

De otro lado, los gastos indirectos y de gestión, aunque menores en proporción, reflejan los requerimientos de fortalecimiento y los costos administrativos de la transición, evidenciando la magnitud del cambio institucional necesario para implementar la reforma.

Gráfico 2. Gastos del sistema de seguridad social en salud con reforma aprobada (cifras en billones de pesos a precios constantes de 2025)

Fuente: elaboración AIVF con base en: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

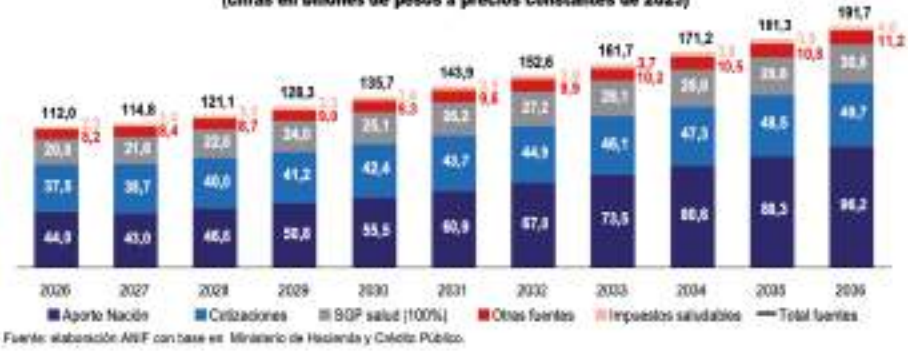
b. ***Fuentes***.

Ante esta nueva estructura de usos que requeriría el nuevo modelo de salud, el aval fiscal supone una senda de ingresos donde las mayores fuentes de recursos vendrían de aportes directos de la Nación, lo que supone mayores presiones a las finanzas públicas. Mientras que esos aportes alcanzaron los 38,9 billones en 2024 (precios constantes de 2025), se estima alcanzarán 44 billones en 2026 y 96,2 billones en 2036, lo que indica un crecimiento real significativo cada año de los aportes de la Nación al aseguramiento en salud.

Las cotizaciones del régimen contributivo constituyen la segunda fuente de financiación más importante del nuevo modelo, alcanzando 37,5 billones de pesos en 2026 (precios constantes de 2025) y proyectándose a 49,7 billones en 2036. Esta expansión asume un crecimiento sostenido del empleo formal alineado con el crecimiento económico. Asimismo, contempla la vinculación del 100% del recaudo de los impuestos a alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas, manteniendo los impuestos con destinación específica a salud como el gravamen a bebidas alcohólicas y el IVA social equivalente al 0,5% del recaudo total del IVA.

Adicionalmente, considera recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) destinados a salud, que representan aproximadamente una cuarta parte de los ingresos transferidos a las entidades territoriales".

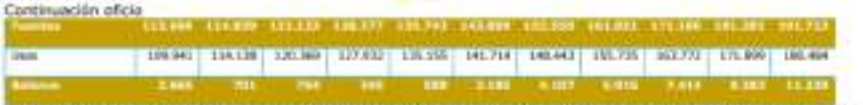
Gráfico 3. Fuentes de financiación de del sistema de seguridad social en salud con reforma aprobada (cifras en billones de pesos a precios constantes de 2025)



Fuente: elaboración AMF con base en Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

A esta reseña se le debe agregar el balance, el cual se considera positivo inmediatamente después de la entrada en vigencia de la reforma.

Continuación oficio



Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Fuentes estimadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

14.1. Sostenibilidad financiera.

La sostenibilidad financiera de la reforma propuesta constituye uno de los principales ejes de análisis técnico. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) ha declarado que el impacto fiscal de la reforma es compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), siempre que se respeten las condiciones presupuestales internas y se prioricen adecuadamente los recursos del sector salud[75]. Sin embargo, esta afirmación ha sido cuestionada por diversos actores, considerando el contexto del déficit acumulado y la declaración de insuficiencia de la UPC por parte de la Corte Constitucional[76].

Un aspecto preocupante del análisis es la limitada claridad sobre las fuentes de financiación adicionales para cubrir los costos proyectados. El MHCP señala la "ausencia de estimaciones de ingresos" para cubrir el aumento del gasto, y menciona vagamente la posibilidad de que se requiera "reorientación del gasto

[75] Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2024). Respuesta a solicitud de concepto Anteproyecto de Ley "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".
[76] Corte Constitucional. (2025). Boletín de prensa N. 013: Declaración de insuficiencia de la UPC y orden de reajuste.

público" o nuevas fuentes, sin definir mecanismos concretos ni su sostenibilidad[77]. Esta falta de precisión en las fuentes genera incertidumbre sobre la viabilidad financiera de la propuesta.

La reforma plantea transformaciones significativas en el modelo de financiamiento del sistema. Se propone un esquema de giro directo a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que funcionaría como pagador único, y una transformación de subsidios a la demanda por subsidios a la oferta[78]. Adicionalmente, se establece un Fondo Único Público de Salud que integraría recursos fiscales y parafiscales, pero sin garantizar la suficiencia de estos recursos para cubrir las nuevas demandas del sistema.

Las proyecciones sobre el gasto en salud como porcentaje del PIB representan un punto de divergencia técnica fundamental. El MHCP estima que con la reforma el gasto aumentaría de 5,8 % a 6,2 % del PIB entre 2023 y 2030, para luego reducirse a 5,6 % en 2050[79]. En contraste, el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) proyecta que Colombia destinaría 8,9 % del PIB a gasto público en salud en 2050, tres puntos porcentuales por encima de las estimaciones oficiales[80]. Esta discrepancia cuestiona la factibilidad de las proyecciones del Ministerio, especialmente considerando que entre 2000 y 2019, ningún país de ingresos medios-altos logró reducir su gasto en salud como porcentaje del PIB[81].

El análisis técnico de los documentos revela varios puntos críticos que podrían comprometer la implementación efectiva y sostenible de la reforma al sistema de salud colombiano. La capacidad institucional para asumir las nuevas funciones, particularmente en el caso de ADRES, ha sido identificada como un factor de riesgo significativo. La Defensoría del Pueblo advierte sobre la débil capacidad institucional para implementar el nuevo modelo, considerando que ADRES asumiría responsabilidades críticas como pagador único del sistema[82]. Esta entidad, que pasaría de manejar un presupuesto aproximado de $67 billones a más de $100 billones, no cuenta actualmente con la infraestructura, el personal ni los sistemas de información necesarios para asumir funciones que incluyen: contratación con

[77] Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2024). Reforma a la Salud y su impacto en las cuentas fiscales del país. Proyectos de Ley No. 135 y 312 de 2024 Cámara (acumulados).
[78] Defensoría del Pueblo. (2025, marzo 25). Concepto sobre el Proyecto de Ley No. 312/2024 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara: Reforma al sistema de salud en Colombia.
[79] Grupo de Economía de la Salud. (2024). Cápsula del GES No. 31: ¿Es posible que se reduzca el gasto en salud como porcentaje del PIB? Universidad de Antioquia.
[80] Grupo de Economía de la Salud. (2024). Cápsula del GES No. 31: ¿Es posible que se reduzca el gasto en salud como porcentaje del PIB? Universidad de Antioquia.
[81] Grupo de Economía de la Salud. (2024). Cápsula del GES No. 31: ¿Es posible que se reduzca el gasto en salud como porcentaje del PIB? Universidad de Antioquia.
[82] Defensoría del Pueblo. (2025, marzo 25). Concepto sobre el Proyecto de Ley No. 312/2024 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara: Reforma al sistema de salud en Colombia.

todas las IPS del país, auditoría de cuentas, verificación de servicios prestados, y liquidación de contratos[83].

La rigidez presupuestal emerge como otra preocupación prioritaria. El MHCP alerta sobre un aumento de la rigidez del gasto público derivado de la contratación directa y el incremento de la planta de personal estatal que implicaría la reforma[84]. Esta rigidez limitaría la flexibilidad para realizar ajustes fiscales futuros y podría comprometer la adaptabilidad del sistema ante crisis económicas o emergencias sanitarias. Adicionalmente, la transformación de subsidios a la demanda por subsidios a la oferta se considera un factor que aumentaría la inflexibilidad presupuestal[85].

El envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica constituyen un desafío estructural insuficientemente abordado en las proyecciones fiscales. El Grupo de Economía de la Salud señala que las estimaciones del MHCP no incorporan adecuadamente el impacto fiscal futuro del envejecimiento, que incrementaría la prevalencia de enfermedades crónicas y, consecuentemente, los costos de atención[86]. Esta subestimación podría resultar en proyecciones excesivamente optimistas sobre la reducción del gasto como porcentaje del PIB a largo plazo.

La Corte Constitucional ha destacado además que los efectos a largo plazo de la pandemia no han sido adecuadamente incorporados en los modelos de cálculo de costos y frecuencias de uso[87]. Con un costo estimado de la pandemia en Colombia de $15,5 billones, según fuentes citadas por la Corte, la ausencia de este factor en las proyecciones financieras constituye una debilidad metodológica relevante que podría subestimar las necesidades futuras del sistema.

El análisis técnico de la reforma al sistema de salud colombiano ha generado importantes advertencias y consideraciones metodológicas que cuestionan los supuestos de política pública y las proyecciones fiscales oficiales.

La contradicción entre tendencias internacionales y proyecciones nacionales constituye un punto central de crítica. El Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia ha documentado que, entre 2000 y 2019, solo tres países en el mundo lograron reducir su gasto en salud como porcentaje del PIB, y ninguno de ellos pertenecía al grupo de ingresos medios-altos, categoría a la que

---

83 Asociación Nacional de Instituciones Financieras - ANIF. (2025, marzo 10). Apagón financiero en el sector salud (No. 1646).

84 Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2024). Reforma a la Salud y su impacto en las cuentas fiscales del país. Proyectos de Ley No. 135 y 312 de 2024 Cámara (acumulados).

85 Grupo de Economía de la Salud. (2024). Situación financiera y perspectivas de reforma del sistema de salud colombiano. Observatorio de la Seguridad Social.

86 Grupo de Economía de la Salud. (2024). Cápsula del GES No. 31: ¿Es posible que se reduzca el gasto en salud como porcentaje del PIB? Universidad de Antioquia.

87 Corte Constitucional. (2025). Auto 007 de 2025 – Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008: Suficiencia de la UPC.

pertenece Colombia[88]. Esta evidencia empírica contraviene directamente las proyecciones del Ministerio de Hacienda que sugieren una disminución del gasto en salud del 6,2 % al 5,6 % del PIB entre 2030 y 2050 con la implementación de la reforma[89]. La discrepancia cuestiona la factibilidad técnica de las estimaciones oficiales y plantea interrogantes sobre la metodología empleada.

El GES identifica tres condiciones necesarias para que un país logre reducir su gasto en salud como porcentaje del PIB, ninguna de las cuales parece viable o deseable en el contexto colombiano: (1) un crecimiento económico extraordinario, muy por encima de la tendencia histórica; (2) una reducción efectiva en la cobertura o calidad de los servicios de salud; o (3) un incremento significativo en la participación del gasto privado, que aumentar´ıa la inequidad en el acceso a servicios[90]. La ausencia de mecanismos concretos para cumplir la primera condición, y las implicaciones negativas de las otras dos, refuerzan las dudas sobre la viabilidad de las proyecciones presentadas.

Los riesgos de desfinanciamiento han sido identificados por múltiples actores técnicos. ANIF advierte sobre una profundización del déficit actual debido a la insuficiencia estructural de la UPC y los presupuestos máximos[91]. La Corte Constitucional, por su parte, ha ordenado al Ministerio de Hacienda garantizar los recursos necesarios para reajustar la UPC, reconociendo el rezago acumulado desde 2021[92]. La Defensoría del Pueblo señala adicionalmente la incertidumbre en la gestión de recursos y el riesgo de aumento del gasto sin responsables claros de su control[93]. Estas advertencias coinciden en señalar que la reforma podría exacerbar, en lugar de resolver, los problemas de sostenibilidad financiera del sistema.

Una omisión metodológica relevante es la falta de incorporación adecuada del impacto de la pandemia en las proyecciones de gasto. La Corte Constitucional ha destacado que, con un costo estimado de la pandemia en Colombia de $15,5 billones según fuentes oficiales, los efectos a largo plazo sobre los patrones de morbilidad, las secuelas post-COVID y los cambios en las frecuencias de uso no han sido integrados correctamente en los modelos de cálculo de la UPC ni en las

---

88 Grupo de Economía de la Salud. (2024). Cápsula del GES No. 31: ¿Es posible que se reduzca el gasto en salud como porcentaje del PIB? Universidad de Antioquia.

89 Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2024). Reforma a la Salud y su impacto en las cuentas fiscales del país. Proyectos de Ley No. 135 y 312 de 2024 Cámara (acumulados).

90 Grupo de Economía de la Salud. (2024). Cápsula del GES No. 31: ¿Es posible que se reduzca el gasto en salud como porcentaje del PIB? Universidad de Antioquia.

91 Asociación Nacional de Instituciones Financieras - ANIF. (2025, marzo 10). Apagón financiero en el sector salud (No. 1646).

92 Corte Constitucional. (2025). Boletín de prensa N. 013: Declaración de insuficiencia de la UPC y orden de reajuste.

93 Defensoría del Pueblo. (2025, marzo 25). Concepto sobre el Proyecto de Ley No. 312/2024 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara: Reforma al sistema de salud en Colombia.

proyecciones financieras del sistema [2]. Esta omisión podría resultar en una subestimación significativa de las necesidades futuras de financiamiento.

14.2. SALVEDADES A LOS CONCEPTOS DE IMPACTO FISCAL

Siendo consecuente con las posiciones, pronunciamientos y diversas conclusiones obtenidas a partir de la remisión de oficios a las autoridades competentes, realización de debates de control político, múltiples encuentro ciudadanos que reúnen pacientes y expertos en economía en salud, nos permitimos expresar salvedades para acompañar totalmente la propuesta del proyecto de ley bajo estudio en razón a los siguientes hechos:

Diversos documentos emitidos desde el Gobierno nacional - principalmente en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social - han tenido serias inconsistencias en el cálculo de las sendas de ingreso, gasto y balance que trae consigo la iniciativa, los cuales fueron reportados ante el Congreso de la República en calidad de conceptos de estudios de factibilidad[9495] o impacto fiscal[96979899], cuyos contenidos contravienen lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 y lo estipulado en la reciente Sentencia C-161 de 2024 de la Corte Constitucional, a saber, emitir un análisis de impacto fiscal como una obligación orgánica de naturaleza procesal-deliberativa (no sustantiva) que persigue cuatro finalidades constitucionales: salvaguardar la estabilidad macroeconómica, ordenar las finanzas públicas, fortalecer la transparencia y control ciudadano en el trámite legislativo y garantizar la aplicación efectiva de las leyes.
De dicha forma, la Corte Constitucional declaró inexequible la Ley 2281 de 2023 “[p]or medio de la cual se crea el Ministerio de Igualdad y Equidad y se dictan otras

[94] 29 de noviembre de 2023 - Estudio de factibilidad - Proyecto de Ley 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 (sic) de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara) https://drive.google.com/file/d/147VsnjX1F7fLqTVg51o28w2bJ9v2GtzC/view?usp=sharing

[95] 20 de marzo de 2024 - Carta tercer debate Proyecto de Ley 216 de 2023 Senado - 339 de 2023 (Cámara) acumulado con los proyectos de Ley 340 (sic) de 2023 (Cámara), 341 de 2023 (Cámara), y 344 de 2023 (Cámara) https://drive.google.com/file/d/1S56A7U76HSqU2tD_qHMWhhm2VPdwvQVz/view?usp=sharing

[96] 11 de septiembre de 2024 - Respuesta a solicitud de concepto Anteproyecto de Ley “Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” https://drive.google.com/file/d/1e_CL_SmQieU7p7pruhgGoyEEWWLxD9Aq/view?usp=sharing

[97] 13 de mayo de 2025 - Análisis de impacto fiscal del texto aprobado en segundo debate al proyecto de ley No 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” https://drive.google.com/file/d/1ls9BZSsi7Mi1R7jMUlo1GuhRvGE8Bfd9/view?usp=sharing

[98] 28 de julio de 2025 - Análisis de impacto fiscal de la ponencia propuesta para tercer debate al proyecto de ley No 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” https://drive.google.com/file/d/1tX-oAFJxZwJBprfaet84ljB7Tilys3Rz/view?usp=sharing

[99] 20 de agosto de 2025. Alcance - Análisis fiscal respecto del informe de ponencia propuesto para tercer debate al proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara, acumulado con
el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “[p]or medio de la cual se transforma el sistema

de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”. https://drive.google.com/file/d/1qYP_kzDzMu30NCBDO7CgA4m-8_mYxtd6/view?usp=sharing

disposiciones", por vicios de procedimiento en su formación, al encontrase que se produjo un desconocimiento de la obligación prevista en el inciso 4º del artículo 7º de la Ley 819 de 2003[100], así como un incumplimiento del deber de planeación a cargo del Gobierno Nacional que luego se proyectó en todo el trámite legislativo. Esto último porque impidió que el Congreso de la República contara con la información mínima necesaria para poder estudiar, de forma seria y responsable, el impacto fiscal que tendría, por ejemplo, la creación del Ministerio de Igualdad y Equidad.

A la luz del estudio realizado para la elaboración de la ponencia de primer debate a la reforma a la salud en el Senado de la República, se encontró que los análisis de impacto fiscal presentados desde el Gobierno nacional replican el mismo patrón de fallas técnicas, estructurales y de planeación que condujeron a la inexequibilidad de la ley que creó el precitado ministerio. Para ello, se presentan varios elementos de prueba como se detalla a continuación:

1. **Diferencias en las sendas de ingresos, usos y balance:** Conocedores que la dinámica del trámite legislativo modifica la carga fiscal del proyecto de ley durante los diferentes debates, esta realidad no obsta para cuantificar de manera consistente elementos mínimos de impacto fiscal que deberían mantenerse con nulas o con pequeñas modificaciones en su comportamiento.

Noviembre de 2023

Tabla 4. Gastos y balance del sector salud con reforma para el periodo 2024-2033
(\$ mm de 2023)

[100] Artículo 7. *Análisis del impacto fiscal de las normas.*
(...)
Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
(...)

Marzo de 2024

Tabla 2. Costos ($ mm de 2024)

Rubro	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en Salud	18.563	21.142	24.506	28.432	29.177	30.068	30.783	31.425	32.332
Mediana y alta complejidad	71.980	74.196	76.463	78.779	81.155	83.602	86.120	88.698	91.335
Prestaciones económicas	2.755	2.866	2.982	3.102	3.227	3.358	3.493	3.634	3.781
Fortalecimiento de la red pública	1.000	2.800	3.000	3.200	3.500	3.600	3.800	3.900	4.000
Otros	1.249	1.299	1.332	1.375	1.419	1.465	1.513	1.562	1.613
Sistema de información	148	182	73	73	73	73	73	73	73
Becas	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Licencias de maternidad (no cotizantes)	800	1.220	1.240	1.260	1.279	1.299	1.319	1.338	1.358
Fortalecimiento institucional ADRES	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SGP - E.T.	1.890	2.220	2.467	2.592	2.659	2.721	2.798	2.887	2.980
Gastos directos	**98.655**	**106.186**	**112.333**	**119.083**	**122.759**	**126.456**	**130.169**	**133.787**	**137.741**
Obligaciones corrientes	2.006	2.006	0	0	0	0	0	0	0
SOAT	217	266	327	394	468	546	628	713	800
Migrantes irregulares	306	309	312	315	318	322	325	328	331
Saneamiento	1.000	1.000	1.600	0	0	0	0	0	0
Gastos indirectos	**3.529**	**3.581**	**2.239**	**709**	**786**	**868**	**953**	**1.041**	**1.131**
Gastos de administración (pendiente por definir)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Incentivos a la calidad	2.718	2.860	3.029	3.216	3.310	3.410	3.507	3.604	3.710
Unidades Zonales de Planeación	905	953	1.010	1.072	1.103	1.137	1.169	1.201	1.237
Gastos de administración	**3.622**	**3.813**	**4.039**	**4.288**	**4.413**	**4.547**	**4.676**	**4.805**	**4.947**
Total gastos	**105.806**	**113.580**	**118.611**	**124.081**	**127.959**	**131.871**	**135.798**	**139.633**	**143.819**
Total ingreso	**102.874**	**110.813**	**116.014**	**122.303**	**126.111**	**129.979**	**134.094**	**138.450**	**142.948**
Balance	**-2.932**	**-2.767**	**-597**	**-1.778**	**-1.847**	**-1.892**	**-1.704**	**-1.183**	**-872**
% PIB	-0,18%	-0,17%	-0,04%	-0,11%	-0,11%	-0,11%	-0,10%	-0,07%	-0,05%

Fuente: MinSalud, ADRES, DNP y MHCP

Como se puede observar en los documentos de noviembre de 2023 y marzo de 2024, se incluía en la senda de gastos la cuantificación del sistema de información o la infraestructura CAPS que, en todo caso, desaparecen en los siguientes análisis de impacto fiscal entregados, a pesar de tratarse de rubros de significativa importancia que siguen presentes en versiones posteriores de la iniciativa. Sin perjuicio de lo enseñado en las tablas, diversos oficios indican que el costo de la infraestructura CAPS podría ascender a cerca de $6.97 billones entre 2024 y 2026[101], mientras que para el sistema de información (SPUIIS) se deberían destinar hasta 2026 más de $1,04 billones[102]. Sumado a lo anterior, el balance entre ingresos y gastos arroja un resultado negativo de manera continua hasta el año 2033, indicando que la implementación de la reforma demandaría más recursos que los que soportan las fuentes de financiación del sistema de salud.

[101] Respuesta a solicitud de información PL 339 de 2023 Cámara Rad. Int. 202442300519582 (pp. 8-9). "*Con relación a la proyección de construcción y reacondicionamiento de Centros de Atención Primaria de Salud - CAPS para las vigencias 2024 a 2026, se informa que, en la planificación de las necesidades de CAPS para la implementación del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo, se han identificado 2.500 intervenciones en infraestructura de las Empresas Sociales del Estado - ESE (reposición, adecuación, ampliación o construcción), de las cuales 1.386 corresponderían a centros de atención primaria en salud y 1.114 a sedes satélites de centros de atención primaria, por valor de $6,97 billones, los cuales, se ejecutarán entre 2023 y 2026. Lo anterior se desagrega en la siguiente tabla (...)*". https://drive.google.com/file/d/1LxBW_48aHl4nkkCGJ-vCUabQeDRQGOFa/view?usp=sharing

[102] Respuesta a solicitud de información Sistema Público Unificado e Interoperable- SPUIS- contratación ADRES. Radicado 202442300190292 (p. 5) https://drive.google.com/file/d/19I1HlkVdU_8l8EaMl7RRPJrhb5PEtQCq/view?usp=sharing

Septiembre de 2024

Tabla 3. Usos proyectados del Sistema de Salud con reforma (Miles de millones de pesos de 2024)

Mayo de 2025

Tabla 9 Balance proyectado del Sistema de Salud

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el MSPS. Fuentes estimadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

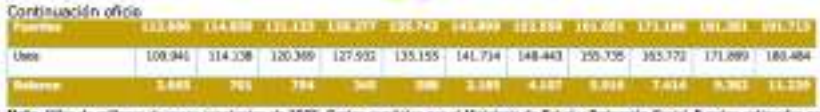
Julio de 2025

Tabla 9 Balance proyectado del Sistema de Salud

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el MSPS. Fuentes estimadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Agosto de 2025

Continuación oficio



Usos	108.941	114.238	120.369	127.932	135.155	141.734	148.443	155.735	163.772	171.889	180.484

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Fuentes estimadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Reiterando que, durante el trámite legislativo, la reforma no ha eliminado los elementos mínimos de gasto que esta misma propone —entre ellos la Atención Primaria en Salud, la atención de mediana y alta complejidad, el saneamiento de las ESE, la atención a migrantes irregulares, las prestaciones económicas y el fortalecimiento de la red pública, entre otros—, resulta preocupante que en los análisis de impacto fiscal de septiembre de 2024, así como en los de mayo y julio de 2025, se omita la inclusión de otros componentes de gasto contemplados en los primeros documentos de análisis de impacto fiscal, así como otros rubros que se

detallarán más adelante. Esta exclusión conduce a proyectar un balance fiscal positivo para la implementación de la reforma, en contravía de lo señalado previamente y sin fundamento real, especialmente en un contexto de deterioro fiscal que será desarrollado en una sección posterior.

En todo caso, el balance fiscal positivo proyectado para el nuevo sistema se fundamenta, de manera directa, en una reducción del gasto en el sector atribuida al énfasis en la Atención Primaria en Salud que plantea la iniciativa, postura que el Ministerio de Salud ha reiterado en diferentes escenarios. Sin embargo, esta visión contrasta con los hallazgos del Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, cuyo análisis evidencia que, de manera excepcional, sólo Jordania y Etiopía registraron una pérdida de participación del gasto público en salud como porcentaje del PIB, contraria a la tendencia mundial de aumento en este indicador, impulsada por factores como el cambio demográfico, los avances tecnológicos y el incremento en la demanda de servicios. El estudio concluye que la única forma de reducir de manera sostenida los recursos destinados al sistema de salud es que: i) el país experimente un crecimiento económico extraordinario, ii) se produzca una disminución en la cobertura o en la calidad de los servicios, o iii) se presente una sustitución del gasto con mayor participación del sector privado.

Tabla 1. Comportamiento del gasto público en salud 2000-2019: número de países según nivel de ingresos

Grupos de ingresos de países	No. Países	Cambio en el gasto (No. países)			Variación promedio
		Subió	Constante	Bajó	
Alto	57	52	5	0	2,01
Medio alto	46	39	7	1	1,54
Medio bajo	43	27	16	0	0,98
Bajo	21	11	9	1	0,51
Total	**169**	**129**	**37**	**2**	**1,41**

Fuente: GES Universidad de Antioquia.

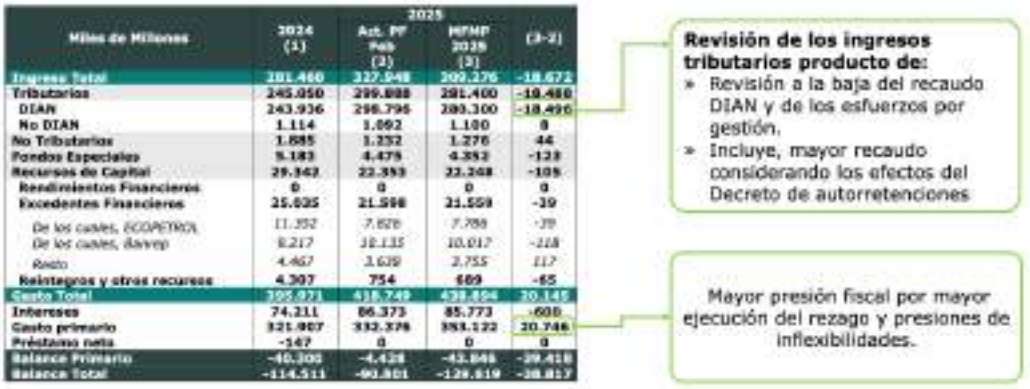
Por lo anterior, los análisis fiscales presentados por el Gobierno nacional —en lo referente a las proyecciones de gasto, ingreso y balance— generan serias dudas para continuar el trámite de la reforma, debido al riesgo latente que representan para la sostenibilidad de un sistema que atiende a cerca de 50 millones de colombianos. Las cifras utilizadas para cuantificar el impacto fiscal carecen de la solidez, consistencia y precisión necesarias para reconocer un aval fiscal al texto bajo estudio, configurando así un escenario similar al identificado por la Corte Constitucional en el que el Congreso de la República no dispondría de la información mínima indispensable para evaluar, de manera seria y responsable, las implicaciones fiscales de la reforma a la salud.

2. **Desempeño fiscal y macroeconómico de Colombia:** El Ministerio de Hacienda ha reconocido la existencia de un problema fiscal en el país. No obstante, en un lapso de apenas 23 días de diferencias - contados entre el 28 de julio y 23 de agosto - radicó dos documentos ante la Comisión Séptima,

donde se sostuvo que la reforma a la salud cuenta con aval fiscal para su implementación, al señalar que es compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP). En todo caso, vale la pena analizar de fondo la situación del desempeño fiscal y macroeconómico de Colombia, para replantear lo ahí afirmado.

Para dar soporte a esta afirmación debemos remitirnos al documento del Marco Fiscal de Mediano Plazo 2025, donde se informa que en el 2024 el déficit fiscal del Gobierno Nacional Central (GNC) se ubicó en 6,7% del PIB, proyectando que se deteriore para 2025 y alcanzar así un déficit que alcance el 7,1% del PIB[103]. Por su parte, la deuda pública cerró el año 2024 en 59,3% del PIB, esperando que en esta anualidad su cuantificación ascienda a 61,3% del PIB, incrementándose en 2 puntos porcentuales con perspectivas negativas.

Este panorama de mayor gasto y endeudamiento no se acompasa con las correspondientes fuentes de ingreso que permitan recuperar las anclas impuestas por la regla fiscal. En el caso de la deuda, el MinHacienda afirma que "*[L]a sostenibilidad de la deuda constituye un pilar para la formulación y análisis del escenario fiscal*" (MFMP 2025, p. 12), lo cual es significativo de cara a los avales fiscales entregados a la reforma a la salud. "*Los menores ingresos y mayores obligaciones limitan el espacio fiscal y subraya la necesidad de abordar los desafíos con responsabilidad y transparencia*", afirma el MinHacienda al reconocer que hay una revisión a la baja del recaudo DIAN, a la par que se produce una mayor presión fiscal por mayor ejecución del rezago y presiones de inflexibilidades.



Miles de Millones	2024 (1)	2025 Act. PF Feb (2)	2025 MFMP 2025 (3)	(3-2)
Ingreso Total	281.460	327.948	309.276	-18.672
Tributarios	245.050	299.888	281.400	-18.488
DIAN	243.936	296.796	280.300	-18.496
No DIAN	1.114	1.092	1.100	8
No Tributarios	1.885	1.252	1.276	44
Fondos Especiales	5.183	4.475	4.352	-123
Recursos de Capital	29.342	22.333	22.248	-105
Rendimientos Financieros	0	0	0	0
Excedentes Financieros	25.025	21.598	21.559	-39
De los cuales, ECOPETROL	11.352	7.870	7.788	-39
De los cuales, Banrep	9.217	10.135	10.017	-118
Resto	4.457	3.639	3.755	117
Reintegros y otros recursos	4.307	754	689	-65
Gasto Total	395.971	418.749	438.894	20.145
Intereses	74.211	86.373	85.773	-600
Gasto primario	321.907	332.376	353.122	20.746
Préstamo neto	-147	0	0	0
Balance Primario	-40.300	-4.428	-43.846	-39.418
Balance Total	-114.511	-90.801	-129.619	-38.817

103 https://www.minhacienda.gov.co/politica-fiscal/documentos-planeacion-financiera/marco-fiscal-mediano-plazo/-/document_library/hnrd/view_file/2458269?_com_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_hnrd_redirect=https%3A%2F%2Fwww.minhacienda.gov.co%3A443%2Fpolitica-fiscal%2Fdocumentos-planeacion-financiera%2Fmarco-fiscal-mediano-plazo%2F-%2Fdocument_library%2Fhnrd%2Fview%2F2284557%3F_com_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_hnrd_redirect%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.minhacienda.gov.co%253A443%252Fpolitica-fiscal%252Fdocumentos-planeacion-financiera%252Fmarco-fiscal-mediano-plazo%253Fp_p_id%253Dcom_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_hnrd%2526p_p_lifecycle%253D0%2526p_p_state%253Dnormal%2526p_p_mode%253Dview%26_com_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_hnrd_folderId%3D2284557&_com_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_hnrd_fileEntryId=2458269

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En línea con lo anterior, el MinHacienda ha reconocido una limitada capacidad de generar ingresos suficientes, razón que lo llevó a activar la cláusula de escape para las vigencias 2025 a 2027 con el fin de asegurar financieramente el funcionamiento básico del Estado. Sin embargo, en la práctica esta acción no se ajusta a la realidad fiscal del país, al ser una herramienta que sólo puede invocarse en presencia de eventos extraordinarios que comprometan la estabilidad macroeconómica del país. Así, el Comité Autónomo de la Regla Fiscal (CARF) ha advertido que la situación de las finanzas públicas de Colombia es crítica, debido a los altos y persistentes déficits fiscales, las inflexibilidades del sistema presupuestal y la sobrestimación de ingresos de la nación.

Por otra parte, como señala el CARF, existen eventos que de materializarse incrementarían la crítica situación fiscal en el mediano plazo. Por ejemplo, si la Ley de Competencias no neutraliza el impacto fiscal de la reforma constitucional del Sistema General de Participaciones (SGP) podría producirse una presión de gasto promedio de hasta 0,8pp del PIB. Asimismo, si se declara exequible la reforma pensional, las erogaciones podrían incrementarse 0,4pp del PIB en la próxima década.

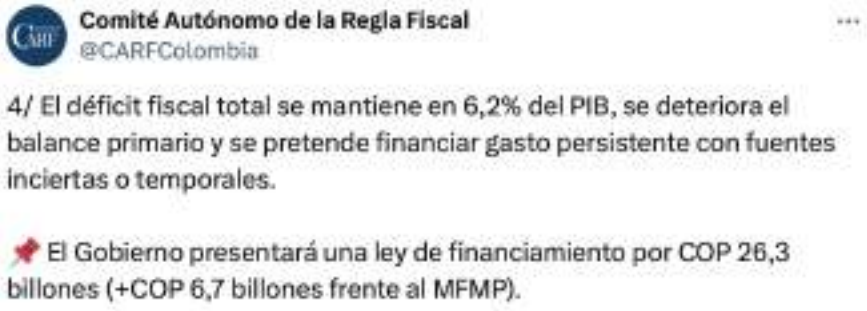
En consecuencia, con los desequilibrios fiscales latentes, el CARF ha estimado que solo para regresar la deuda pública cerca del ancla, sería necesario que el balance primario se ubique sostenidamente en el rango de 1,5% a 2% del PIB, lo cual demandaría un ajuste fiscal de 4,3 a 4,8pp del PIB durante la próxima década.

Con base en estas duras realidades fiscales, se ha otorgado viabilidad fiscal a la reforma a la salud. Así, el 28 de julio se presentó un concepto fiscal elaborado con el Marco Fiscal de Mediano Plazo de 2024, a pesar de que el instrumento de planeación financiero correspondiente al año 2025 ya había sido presentado el 13 de junio. El último documento de viabilidad fiscal correspondiente incluye proyecciones sobre los costos de implementación de la reforma hasta el año 2036, reiterando estimaciones aún más optimistas, como si el propio Ministerio de Hacienda no hubiera reconocido la existencia de un problema fiscal en el país.

Dejando claro que los cálculos parten de un nuevo documento de planeación —cuyo débil soporte ya fue advertido en el debate de control político del 20 de agosto de 2025 —, resulta necesario concentrarse en los tres elementos que se analizan para otorgar el aval fiscal a la reforma: ingresos, gastos o usos, y el balance (diferencia entre ingresos y gastos).

En cuanto a los ingresos con los que se financiará la reforma y, en general, el funcionamiento del Gobierno nacional, no existe mayor evidencia que el pronunciamiento del CARF sea tenido en cuenta, pues esta entidad señaló que las

proyecciones se sustentan en fuentes inciertas y en un escenario lleno de incertidumbres. Por su parte, Así Vamos en Salud advierte que parte de los $557 billones del PGN 2026 con los que se empezaría a financiar la reforma a la salud para el 2026, se incumplió casi que de inmediato con las apuestas del MFMP 2025, al incrementar los niveles de gasto y déficit primario en 2026.



Fuente: X CARF.

Adicionalmente, el Gobierno nacional prevé, para el caso de los ingresos, la aprobación de una ley de financiamiento por $26,3 billones, es decir, $6,7 billones más que lo estimado en el MFMP. Esta situación podría comprometer y no garantiza los recursos para financiar la reforma a la salud, si el MHCP no expone con claridad el posible plan de ajuste de las finanzas públicas que no afecte la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la posible reforma ante un escenario en donde los recursos presupuestados no tienen un soporte fiscal claro.

Sobre la situación del año corriente, la CARF estima que en el MFMP 2025 se requiere un ajuste de $8,3 billones para alcanzar el déficit fiscal aprobado por el CONFIS (7,1% del PIB). Esta diferencia respecto al escenario de MFMP se concentra en la proyección de ingresos tributarios, que según el comité serán de $273,1 billones, es decir, $8,3 billones por debajo de lo proyectado en el MFMP de 2025.

Puntualmente se reitera que, para el año 2025, el aporte de la Nación contenido en el concepto fiscal del 28 de julio está sobreestimado en $3,12 billones. La razón es sencilla: el concepto señala que el aporte Nación, conforme al decreto de liquidación del presupuesto (Decreto 1621 de 2024), corresponde al rubro “Aseguramiento, reclamaciones y servicios integrales en salud (Ley 100 de 1993 y Decreto 780 de 2016)” por $38.173 miles de millones ($38,2 billones). Sin embargo, el concepto fiscal señala que, de ese rubro, únicamente se consideran los recursos “Con Situación de Fondos” y se excluyen los recursos “Sin Situación de Fondos” correspondiente a fondos especiales. El problema es que el rubro señalado corresponde a la sumatoria de recursos con situación de fondos y sin situación de fondos, como se expone a continuación:

Descripción	Fuente	REC	SIT	Valor
Aseguramiento, reclamaciones y servicios integrales en Salud	Nación	10	CSF	$ 32,904,598,910,047.00
Aseguramiento, reclamaciones y servicios integrales en Salud	Nación	11	CSF	$ 2,149,371,252,000.00
Aseguramiento, reclamaciones y servicios integrales en Salud	Nación	16	SSF	$ 3,119,350,288,000.00
Total				**$ 38,173,320,450,047.00**

Fuente: Decreto 1621 de 2024 y ejecución presupuestal Ministerio de Salud

La fuente 16 corresponde a “fondos especiales” y contabiliza los recursos que se transfieren por concepto de la contribución SOAT y la prima FONSAT. Estos recursos ya están contabilizados dentro del rubro “otros ingresos”. Así, el Ministerio de Hacienda los contó dos veces en sus cálculos (como parte del ingreso Nación y como parte de Otros Ingresos). Si se excluye este rubro, el aporte Nación para 2025 asciende a $35.054 miles de millones, consistente con la apropiación de ADRES.

- **Aporte Nación:** El valor de este rubro en el año 2025 corresponde al monto definido en el Marco Fiscal de Mediano Plazo[5] -MFMP- de 2024 expresado en pesos de 2025 que guarda coherencia con el asignado al rubro *"aseguramiento, reclamaciones y, servicios integrales en salud, (Ley 100 de 1993 y Decreto 780 de 2016)"* del Decreto con fuerza de Ley 1523 de 2024[6]. Como se evidencia en la **Tabla 2**, a partir de 2026 el ajuste corresponde a la actualización de supuestos macroeconómicos, al Decreto de Liquidación del PGN 2025 y a los últimos datos disponibles (cierre fiscal de 2024 de la ADRES). Conviene señalar que se toma el rubro "Con Situación de Fondos – CSF" y se excluye "fondos especiales" (código 6-021 – Fondo de recursos SOAT y FONSAT – antes FOSYGA), los cuales son considerados en "otras fuentes".

Tabla 2 Aporte Nación

Fuentes	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Aporte Nación	38.173	41.400	44.210	48.922	53.574	58.726	64.247	70.277	76.796	83.874

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Elaboración Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El Aporte Nación actualmente incorpora 0,5% de IVA social e impuestos saludables

Fuente: Concepto impacto fiscal MHCP mayo 2025

Además del error en el aporte Nación 2025, la senda de ingresos reportada por el Ministerio de Hacienda para el periodo 2026 – 2034 genera dudas sobre la forma de elaboración de los cálculos y la capacidad de la Nación de honrar estos compromisos. El concepto fiscal no especifica la forma de cálculo del rubro, limitándose a señalar “a partir de 2026 el ajuste corresponde a la actualización de supuestos macroeconómicos, al Decreto de Liquidación del PGN 2025 y al cierre fiscal de ADRES.”

Lo primero es que, como se señaló, el rubro de aporte Nación del Decreto de Liquidación no es de $38,12 billones sino de $35,05 billones. El cierre fiscal de ADRES en 2024 tampoco guarda relación alguna con la proyección de gastos a partir de 2026. Tampoco es claro qué tiene que ver la actualización de supuestos macroeconómicos con la senda de aporte Nación (definida en el MFMP 2024). Así las cosas, no existe una explicación clara de la forma de realizar los cálculos.

Pero centrándose en la consistencia macroeconómica de los mismos es de conocimiento público, según han expresado los exdirectores de la DIAN, las metas de recaudo de la Nación no son alcanzables y se han utilizado para hacer trampas a la regla fiscal. El mecanismo es sencillo: dado que el gasto se define en función de los ingresos esperados, inventarse unos ingresos mayores permite mayores gastos. Sin embargo, esto no es sostenible en el tiempo. Esto quiere decir que el MFMP 2025 tendrá una senda de ingresos inferior a la del MFMP 2024 y, por lo tanto, deberá disminuir la senda de gastos proyectada.

Dado que la senda de gastos del MFMP 2025 será inferior en términos reales a la de 2024, la totalidad de gastos de la Nación deberá disminuir. ¿Cuáles son los sectores a los que se les hará dicha reducción? Es necesario conocer el detalle de estas cuentas. Así, la pregunta concreta es ¿cuál es la reducción de gastos para cada uno de los sectores consistentes con la reducción de gasto primario en el MFMP 2025?

Por el contrario, las apuestas para el concepto fiscal del 28 de julio de 2025 es incrementar los aportes de la nación a la reforma a la salud en $39,52 billones con una diferencia de 8 meses, si se compara a precios de 2024 respecto a los aportes de la nación del documento de análisis fiscal para septiembre de 2024. Al observar las gráficas inferiores, se evidencia un salto abrupto en el perfil de gasto proyectado: la barra correspondiente a 2025 se expande muy por encima de la tendencia anterior, lo que rompe la consistencia de la senda prevista en el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP) de 2024. Esta dinámica no responde a un ajuste marginal, sino a una reconfiguración completa de la magnitud del esfuerzo fiscal, que en tan corto tiempo plantea serias dudas sobre la solidez de las estimaciones oficiales.

La comparación de las series muestra que el incremento no está explicado por un repunte en los ingresos estructurales del Estado, sino por una apuesta política de gasto que se apoya en supuestos de recaudo difíciles de alcanzar. La gráfica de ingresos, en lugar de evidenciar un crecimiento sostenido, refleja estancamiento y en algunos escenarios incluso retrocesos frente a lo previsto en 2024.

De esta manera, la lectura conjunta de las gráficas confirma que el ajuste en los aportes a la reforma de la salud no proviene de un mayor músculo fiscal real, sino de una mayor presión sobre las cuentas de la Nación. Este desbalance entre ingresos y gastos proyectados es el que genera el riesgo de inconsistencia

macroeconómica ya advertido por el CARF, y anticipa que será inevitable un ajuste posterior: bien sea recortando recursos en otros sectores o recurriendo a mayor endeudamiento público.

Año	Aportes nación noviembre 2023 ($ billones)	Aportes nación septiembre 2024 ($ billones)	Aportes nación mayo 2025 ($ billones)	Diferencia (2023-2024)	Diferencia (2024-2025)
2023	33.606	0			
2024	38.850	0			
2025	44.143	39.796	38.173	-4.347	-1.623
2026	47.551	41.144	41.400	-6.407	256
2027	51.013	43.747	44.210	-7.266	463
2028	52.665	47.449	48.922	-5.216	1.473
2029	54.371	50.858	53.574	-3.513	2.716
2030	56.133	54.719	58.726	-1.414	4.007
2031	57.952	58.784	64.247	833	5.463
2032	59.829	63.208	70.277	3.378	7.069
2033	61.768	67.934	76.796	6.167	8.862
2034		73.037	83.874		10.837
Total				-17.785	39.522

Fuente: Cálculos propios con base en conceptos de impacto fiscal entregados. $COP a precios constantes de 2024.

Al analizar la evolución de los aportes de la Nación para salud, lo primero que salta a la vista es que no existe una senda consistente. De hecho, los datos muestran que entre 2023 y 2024 los aportes decrecen, lo cual rompe la tendencia natural de crecimiento asociada a la dinámica del gasto social. Sin embargo, de manera

abrupta, en el paso de 2024 a 2025 los aportes vuelven a crecer, e incluso lo hacen con una magnitud extraordinaria frente a lo proyectado apenas ocho meses antes.

Las gráficas confirman esta irregularidad: mientras en el escenario de septiembre de 2024 los aportes se ajustaban a una trayectoria moderada, en el concepto fiscal de mayo de 2025 se introduce un salto de $39,52 billones en cuestión de meses, lo cual no corresponde a un cambio estructural en la capacidad de ingresos del Estado, sino a una decisión discrecional de gasto.

Este comportamiento revela una inestabilidad preocupante en la planeación fiscal: en lugar de proyectar una senda clara y predecible de aportes, se pasa de la contracción al crecimiento acelerado en un lapso muy corto. Así, la supuesta priorización de la reforma a la salud descansa sobre supuestos de recaudo difíciles de sostener, lo que implica que tarde o temprano otros sectores tendrán que asumir la reducción de recursos o se presionará el endeudamiento público.

Finalmente, también se ha detectado que como fuente de ingreso se tiene al Sistema General de Participaciones (SGP), el cual presenta inconsistencias en la senda de ingresos por ese concepto en el análisis fiscal entregado el 13 de mayo de 2025. Para este caso se observa una situación particular:

- SGP – concepto fiscal septiembre de 2024: la proyección parte de los recursos destinados al SGP, consistente con el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP) 2024 (p. 4).
- SGP – concepto fiscal mayo de 2025: se señala que la senda corresponde al 100% del SGP-Salud, calculada con base en los parámetros definidos por la ley vigente y en el mismo MFMP 2024 (p. 3).

En principio, si ambos cálculos se fundamentan en el mismo MFMP 2024, el resultado debería ser equivalente en términos reales. No obstante, al comparar las cifras, se encuentra que el valor proyectado en mayo de 2025 resulta inferior al presentado en septiembre de 2024, con una diferencia acumulada de $14,2 billones para el periodo 2025-2034.

Año	SGP Sept 2024 (billones)	SGP Mayo 2025 (billones)	Diferencia (billones)	Variación (%)
2025	18,855	19,061	0,206	1,09
2026	21,363	20,116	-1,247	-5,84
2027	22,963	22,437	-0,526	-2,29
2028	23,756	23,227	-0,529	-2,23
2029	25,092	24,472	-0,62	-2,47
2030	26,228	25,601	-0,627	-2,39
2031	27,445	26,796	-0,649	-2,36
2032	28,611	27,952	-0,659	-2,3
2033	29,808	29,126	-0,682	-2,29
2034	30,986	30,286	-0,7	-2,26

Fuente: Cálculos propios con base en conceptos de impacto fiscal entregados. $COP a precios constantes de 2024.

Esto sugiere una inconsistencia metodológica: o bien se están aplicando supuestos distintos de los reportados en los documentos oficiales, o la senda de ingresos y gastos considerada en el concepto de mayo 2025 no corresponde estrictamente a lo definido en el MFMP 2024.

En este sentido, resulta indispensable que el Ministerio de Hacienda precise de manera explícita las diferencias de supuestos o parámetros que explican la reducción en la senda del SGP. Una revisión detallada de las proyecciones de ingresos y gastos asociados a este rubro es necesaria para garantizar la coherencia técnica de los documentos fiscales.

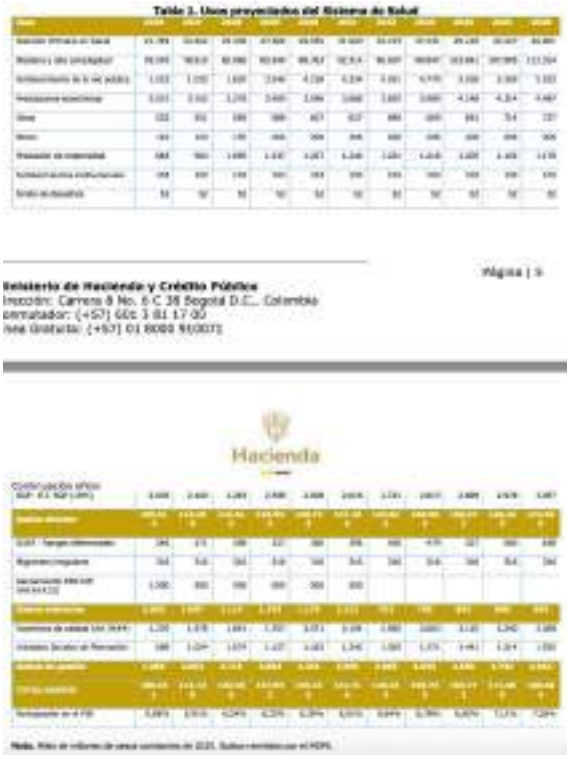
Además de los aspectos mencionados, hay otra serie de factores que afectan la credibilidad de las cifras expuestas en el aval fiscal. Uno de ellos es la Ley de Competencias, derivada de la reforma al SGP aprobada mediante el Acto Legislativo 03 de 2024. El aval fiscal actual no considera las potenciales modificaciones introducidas por esta norma, generando incertidumbres sobre los recursos proyectados. La redistribución de competencias podría reducir la capacidad fiscal del Gobierno Central al incrementar las transferencias a entidades territoriales. Esta tensión fiscal adicional dificultaría que el Gobierno Nacional asegure los recursos necesarios para el cierre financiero del nuevo modelo de salud propuesto, que de hecho se proyectan crecientes en el aval fiscal.

No se debe dejar de señalar que, según ANIF, el supuesto de crecimiento de las cotizaciones a salud de los trabajadores basado en el crecimiento económico podría tener un riesgo no contemplado. Con la informalidad como problema estructural del mercado laboral, donde más de la mitad de los ocupados se encuentran en esa situación, el aumento de las cotizaciones al ritmo del crecimiento de la economía parece optimista. Lo anterior es crítico si se tienen en cuenta los potenciales efectos negativos de la aprobada reforma laboral, donde en el pasado se ha manifestado un potencial riesgo de pérdida de 180 mil trabajos formales como consecuencia de las nuevas normas laborales.

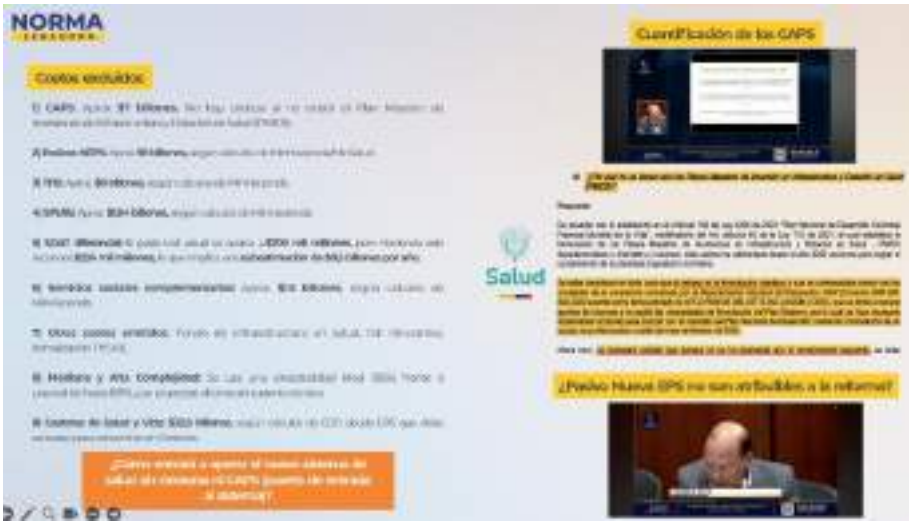
Dicho tanque de pensamiento advierte que los impuestos saludables constituyen otra importante fuente de financiación. Aunque las proyecciones muestran aumentos reales en el recaudo, esta fuente no debería considerarse permanentemente para el aseguramiento en salud. Como se estableció en la exposición de motivos de la reforma tributaria que introdujo este impuesto, su propósito es corregir externalidades negativas mediante la reducción del consumo, lo que eventualmente disminuiría los ingresos fiscales de ese tributo.

En consecuencia, ANIF aporta que la evidencia internacional confirma su efectividad, mostrando reducciones en las ventas de estos productos del 9,6% en Berkeley y de entre 5,5% y 9,7% en México. Para el caso de Colombia, desde ANIF hemos encontrado efectos en este sentido; tras un año de implementación, se evidenciaron reducciones en la frecuencia de consumo de estos productos, especial en el consumo diario. Eso arroja que para el grupo de 29 a 44 años el consumo diario de bebidas azucaradas pasó de 24,9% en 2022 a 19,2% en 2022. Siguiendo esa lógica, es de esperarse que las variaciones reales en ese tributo no crezcan en el mediano plazo.

Por otra parte, hasta aquí se ha revisado los supuestos de ingresos y la sostenibilidad fiscal general. Sin embargo, el análisis estaría incompleto si no se examinan con detalle los gastos asociados a la reforma y es precisamente en este punto donde surgen las mayores alertas: el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud han presentado estimaciones que, lejos de reflejar la magnitud real del impacto financiero, tienden a minimizarlo o desaparecerlo:



Fuente: Concepto de impacto fiscal MHCP de agosto de 2026.



Fuente: Elaboración propia con base en conceptos de impacto fiscal entregados.

Si se observan ejemplos concretos, se deben analizar los siguientes elementos:

a. Atención Primaria en Salud

Uno de los aspectos centrales de la reforma propuesta es la identificación y manejo de pacientes con enfermedades crónicas, catastróficas o raras, las cuales representan un desafío significativo para la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

La senadora Norma Hurtado, elevo un derecho de petición a la Universidad Nacional de Colombia, entre otras preguntas, se le pregunto sobre la identificación de estos pacientes en el marco de la APS reduce efectivamente el gasto. La respuesta del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina es contundente: "***El cálculo de incremento o reducción del gasto en atención en salud de pacientes con enfermedades crónicas, catastróficas o raras atribuible a la Atención Primaria en Salud no ha sido valorado aún en Colombia".*** Esta ausencia de evidencia local constituye una limitación crítica que pone en evidencia la necesidad de realizar ajustes sustanciales al Proyecto de Ley para garantizar su viabilidad y efectividad.

La falta de estudios específicos en el contexto colombiano impide no solo proyectar con precisión el impacto económico de la APS en la gestión de estas enfermedades, sino también diseñar estrategias basadas en datos que optimicen los recursos del sistema. Aunque experiencias internacionales, como el estudio en Brasil citado por la Universidad Nacional, demuestran que programas de APS basados en la familia y orientados a la comunidad pueden reducir hospitalizaciones por complicaciones de enfermedades crónicas como diabetes o afecciones respiratorias y circulatorias, estas evidencias no son directamente extrapolables a Colombia debido a las particularidades de su sistema de salud, su distribución geográfica y sus

determinantes sociales. Por ejemplo, el estudio destacó una disminución en las hospitalizaciones sensibles a la atención ambulatoria, pero no proporcionó estimaciones específicas de reducción de costos, lo que limita su aplicabilidad para proyectar ahorros en el contexto colombiano.

Esta carencia de evidencia local revela una debilidad estructural en la formulación actual del Proyecto de Ley, que asume beneficios económicos de la APS sin sustento robusto. Para corregir esta deficiencia, el proyecto debe incorporar disposiciones específicas que promuevan la generación de evidencia teniendo en cuenta la prevalencia de las patologías, los costos directos e indirectos de su manejo, las características demográficas y sociales de las poblaciones atendidas. Sin correcciones, el proyecto corre el riesgo de implementar estrategias de APS que, aunque bien intencionadas, podrían no alcanzar los objetivos de sostenibilidad financiera ni de mejora en los resultados en salud.

b. Desafíos del Talento Humano en Salud para la Implementación de la APS

Otro aspecto crítico para el éxito de la reforma es la disponibilidad y capacitación del Talento Humano en Salud (THS). La Universidad Nacional destaca que, aunque existen experiencias de formación en APS en diversas universidades y un aumento en los programas técnicos y tecnológicos que podrían apoyar su implementación, estas iniciativas son totalmente insuficientes para cumplir con las metas ambiciosas de la reforma. La APS requiere equipos interdisciplinarios con competencias específicas para operar en contextos comunitarios, abordar determinantes sociales de la salud y garantizar una atención integral y resolutiva.

Para superar esta limitación, la Universidad Nacional propone una serie de estrategias que deben ser consideradas en el marco del Proyecto de Ley:

- Acompañamiento a equipos territoriales mediante telesalud y telemedicina: La Resolución 2664 de 2019 ofrece un marco normativo para implementar estas herramientas, que permiten mejorar la capacidad resolutiva de los profesionales en los territorios, especialmente en áreas rurales y dispersas.
- Programas de educación continua con pertinencia regional: La formación continua debe adaptarse a las necesidades específicas de cada región, considerando las particularidades epidemiológicas y culturales de la población.
- Desarrollo de guías de práctica clínica para la APS: Estas guías deben abordar la atención integral por grupos de patologías y considerar las especificidades de diferentes grupos etarios, garantizando una atención estandarizada y de calidad.
- Ajustes curriculares en programas de pregrado: Es fundamental incorporar la APS de manera estructural en la formación de los profesionales de la salud,

asegurando que los egresados estén preparados para responder a los desafíos del modelo.

- Ampliación de cupos en escenarios clínicos y comunitarios: La normatividad actual debe modificarse para permitir un mayor número de estudiantes en escenarios de práctica primaria y comunitaria, fortaleciendo la formación práctica en APS.

Estas estrategias, alineadas con las metas de la reforma, requieren una inversión significativa en recursos humanos, infraestructura y tecnología. El Proyecto de Ley debe incluir disposiciones específicas y garantizar su implementación en el corto y mediano plazo. Además, es fundamental establecer alianzas entre el sector académico, las entidades territoriales y el Ministerio de Salud para coordinar esfuerzos y maximizar el impacto de estas medidas.

c. CAPS

En un oficio presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, detallan los recursos asignados y proyectos en curso para la construcción y adecuación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) durante 2023, y presentan estimaciones de recursos para 2024. Sin embargo, el documento señala elementos que sugieren una falta de soporte sistemático completo para la planificación financiera a largo plazo de la totalidad de las intervenciones necesarias:

1. Ausencia de un Plan Maestro de Inversión finalizado: Los Planes Maestros de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) para Colombia y cada departamento se encuentran "en formulación". Se proyecta que estos planes, fundamentales para determinar las inversiones destinadas a infraestructura y dotación, estén terminados en 2024.
2. Falta de desagregación de costos detallada, como consecuencia directa de que los Planes Maestros de inversión en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), están en formulación pues a que "a la fecha... no se contará con la desagregación a nivel departamento y municipio requerida". Si bien el Ministerio cuenta con estimaciones de costos generales basadas en sistemas existentes, la falta de esta desagregación detallada en un plan maestro consolidado y finalizado implica que no existe aún un mapa preciso de las necesidades financieras específicas por ubicación para la totalidad de los Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) proyectados.
3. Visibilidad limitada de proyectos en planificación territorial, se señala que las Empresas Sociales del Estado (ESE) son las responsables de formular proyectos a nivel territorial, pero el Ministerio "a la fecha no se puede determinar cuántos proyectos se encuentran en etapa de planeación". Esto sugiere que no hay una visibilidad completa y centralizada de todas las necesidades y proyectos en fases tempranas de desarrollo, lo que podría dificultar una planificación financiera sistemática y la identificación temprana

de posibles brechas de financiamiento para la totalidad de las intervenciones requeridas.

Aunque se han asignado recursos y hay una proyección de inversión se evidencian que el sistema de planificación detallada que debe soportar la inversión total en CAPS aún no está finalizado, lo que se traduce en una falta de desagregación de costos a nivel territorial y una visibilidad limitada de los proyectos en etapas tempranas. Esta situación, si bien el Ministerio no la considera un riesgo para la sostenibilidad financiera a largo plazo, sí representa la ausencia actual de un sistema de soporte sistemático, detallado y consolidado para la financiación de la totalidad de las construcciones de CAPS necesarias identificadas en el plan general, lo que podría interpretarse como un problema potencial o actual en la estructura de financiación y planificación.

d. Talento Humano en Salud

Ministerio de Hacienda y Crédito Público que presenta consideraciones sobre el Proyecto de Ley 058 de 2024, el cual busca dignificar y regular las condiciones de trabajo del talento humano en salud. Sin embargo, el Ministerio reconoce el objetivo de mejorar estas condiciones y adicionalmente advierte sobre posibles implicaciones en materia de impacto fiscal.

Según el Ministerio, la implementación de la iniciativa podría implicar para las instituciones prestadoras de servicios de salud un aumento del costo de nómina y de la carga prestacional asociada a la formalización del talento humano, lo cual podría incrementar los gastos de funcionamiento. A continuación, se enuncian las siguientes estimaciones sobre los posibles costos fiscales de la formalización:

Las Empresas Sociales del Estado (ESE) requerirían contar con alrededor de $1,33 billones anuales (en pesos corrientes a 2022), además del monto de recursos usado actualmente para la contratación, para atender los costos de la formalización del personal asistencial.

Una estimación del techo del efecto total, considerando ESE y entidades privadas, sería entre $5,5 billones y $6,7 billones anuales.

El Ministerio de Salud también señala que el proyecto de ley no aclara si los cambios se realizarían a costo cero para la Nación, las Entidades territoriales y el Sistema General de la Seguridad Social en Salud. Además, indica que los textos de la iniciativa bajo estudio no recogen los costos fiscales ni la fuente de ingreso adicional para su financiamiento, siendo claro que su implementación acarrearía costos fiscales recurrentes no contemplados en el Presupuesto General de la Nación ni en las estimaciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo de los sectores involucrados.

c. Otros costos excluidos:

Existen una serie de rubros que, a pesar de ser necesarios para la implementación del proyecto de ley o de estar expresamente incluidos en el articulado, fueron excluidos de la proyección de gastos por parte del Ministerio de Hacienda. Algunos de estos son los siguientes:

i. **Formalización laboral THS público 2 y 3 nivel:** Según el concepto del Ministerio de Hacienda, se dará una garantía de recursos anuales para formalizar la situación del personal sanitario, así como la creación de un régimen especial para trabajadores del sector salud que incluirá estímulos salariales y no salariales. No se cuantifica su costo, el Ministerio se limita a señalar que se realizará de manera progresiva y dentro de los límites del MFMP. Esta respuesta es inaceptable. O bien existen los recursos (y se define cuántos son) o la medida no puede materializarse. Según cálculos del Ministerio de Salud, la formalización de estos trabajadores, sin incluir especialistas ni nuevos trabajadores, ascendería a $1,8 billones anules ($2025). Si el Ministerio de Hacienda no pretende asignar recursos para este fin debería evaluar su eliminación del articulado.

ii. **Formalización laboral THS privado:** Según cálculos del Ministerio de Hacienda, en proyecciones sobre proyectos de ley presentados con anterioridad, la formalización laboral del THS privado asciende al menos a $4,8 billones por año. Si el Ministerio de Hacienda no pretende asignar recursos para este fin debería evaluar su eliminación del articulado.

iii. **Construcción de CAPS:** Según cálculos del Ministerio de Hacienda, la construcción de CAPS genera mayores costos por $7,7 billones. En el nuevo concepto se limitan a señalar que la construcción de Instituciones de Salud del Estado se hará contra los recursos de inversión del sector y será compatible con el MFMP. O bien es una promesa vacía, o bien es necesario incluir el costo adicional. Si el Ministerio de Hacienda no pretende asignar recursos para este fin debería solicitar su eliminación del articulado.

iv. **Saneamiento de pasivos NEPS:** Si bien es cierto que la reforma no es responsable de los pasivos de NEPS, la obligación de pagarlos sí lo es. Bajo la estructura actual del sistema, los pasivos de la EPS solo tienen como respaldo o bien los ingresos de la entidad o bien su patrimonio. No se conocen estados financieros aprobados por la revisoría fiscal desde la intervención de la EPS por parte de la Superfinanciera.

    Sin embargo, en rendición de cuentas de mayo de 2025 la EPS reportó, con corte a 31 de diciembre de 2024, un patrimonio negativo de $6,2 billones. En consecuencia, incluso vendiendo la totalidad de sus activos, y asumiendo que todas sus cuentas por cobrar son recuperables, la Nación tendría que poner $6,2 billones no considerados en las cuentas fiscales. La insuficiencia de la UPC en 2025 sugiere que, en esta vigencia, el resultado será comparable al de 2024 (pérdida de $1,7 billones).

Fuente: Rendición de cuentas NEPS 2024.

Sumado a lo anterior, la Contraloría General de la República (CGR) realizó una serie de hallazgos que evidencian la posible inviabilidad de la aseguradora a fines de este año, resumido en los siguientes ítems:

1. La Contraloría General alerta sobre una grave situación administrativa y financiera en Nueva EPS, donde se recopilaron 4,524 archivos con información administrativa, jurídica y financiera entre 2022 y 2025.
2. Se evidencian fallas en anticipos, facturación, contratación, cuentas por pagar y reservas técnicas.
3. Los anticipos pendientes por legalizar aumentaron de **$3.4 a $8.6 billones** (155% de incremento) de **2023 a 2024**. Posteriormente, los anticipos pasaron de **$8.6 billones a $15.27 billones** de **2024 a junio 2025**, lo que significó un incremento de $6.6 billones.
    a. Con corte a junio de 2025, se hallaron **$5.7 billones** en anticipos pendientes por legalizar de 2024
4. Hay **$13.2 billones** en facturas pendientes por procesar, con un 97% sin revisar.
5. Se detectó un incremento desmesurado en cuentas por pagar y anticipos.
6. Existen facturas sin revisión o validación por **$22.1 billones.**

7. Se encontró una **subestimación de reservas técnicas por $11.1 billones**.
8. La entidad enfrenta riesgos de liquidez y posible detrimento patrimonial.
9. La Contraloría remitirá la alerta a la Delegada para el Sector Salud y autoridades competentes.

Por otra parte, el concepto de impacto fiscal de septiembre de 2024 condicionaba el aval fiscal al saneamiento de las deudas corrientes al cierre de dicha vigencia, en los siguientes términos:

> *"En este sentido, y conforme a lo expuesto en este documento,* ***el impacto fiscal estimado del proyecto de ley del asunto puede incorporarse de forma compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo****, manteniendo la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las finanzas públicas* ***en la medida en que las obligaciones corrientes del sector salud acumuladas al cierre de 2024*** *sean cubiertas según la priorización y definiciones que al respecto realice el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos de ese sector administrativo, en cumplimiento de la autonomía presupuestal prevista en el artículo 110 del Estatuto Orgánico de Presupuesto" (*p. 11). Énfasis por fuera del texto original.

Esta condición fue retirada del siguiente concepto de impacto fiscal presentado en agosto de 2026, lo cual se entiende como una omisión que obliga la viabilidad y fuerza un balance positivo de la implementación de la reforma al excluir cerca de de $9.2 billones de pasivos de la Nueva EPS, cifra que podría ser el proxy a la deuda corriente acumulada, según ese condicionante.

Se debe recordar que esta la CGR afirmó[104]:

> "*De acuerdo con la certificación emitida por la Nueva EPS con fecha 14 de abril de 2025 la deuda de la EPS asciende a* ***9.2 billones****, es necesario resaltar que la Nueva EPS en las vigencias 2023 y 2024 utilizó como uno de los mecanismos de pago la figura de anticipos a prestadores y proveedores de servicios, reflejando que, al momento del pago, las cuentas médicas no contaban con la auditoría correspondiente"* (pp. 48-49). Énfasis por fuera del texto original.

v. **Transformación de EPS en Gestoras de Salud y Vida:** ANIF advierte que el cierre de las actuales EPS y su transformación en gestoras podría generar costos adicionales significativos para la transición. Aunque la reforma

[104] Informe estado del aseguramiento en salud por parte de las EPS y programas de salud de las cajas de compensación familiar 01 de enero – 31 de diciembre de 2024. https://drive.google.com/file/d/1yLlcEBjr9AisnofGABSrSrLgu2qwAh0d/view?usp=sharing

contempla mecanismos para que las EPS cubran sus pasivos y se conviertan en gestoras, así como recursos para el pago de deudas de entidades con participación estatal como Nueva EPS y el saneamiento de las Entidades Sociales Estatales (ESE), tanto los pasivos estimados como los recursos destinados parecen insuficientes. En particular, las fuentes destinadas para cubrir los pasivos de EPS provienen del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante –FOSFEC, saldos de las cuentas maestras, excedentes de saneamiento de aportes patronales y excedentes del sector salud mediante un mecanismo de crédito a través del Grupo Bicentenario que suman 531.792 millones sin contar los créditos del grupo bicentenario. Al respecto, el mismo aval manifiesta inquietudes sobre la suficiencia de recursos:

> "*(…) conviene señalar que si bien para el caso de impago de las IPS públicas, la ADRES puede acudir al pago de las cuotas con cargo a los recursos que destine el Estado a dichas IPS, esto mismo no aplica en el caso de las prestadoras privadas. Por lo cual, aunque las medidas mencionadas podrían aliviar temporalmente las obligaciones financieras del sector, podrían implicar costos fiscales en caso de que dichas garantías o compensaciones no se encuentren sujetas al techo de gasto del Sector Salud. Además, esto no garantiza la efectividad de los planes de saneamiento, que podría repercutir en necesidades adicionales de recursos a futuro."*

Frente a insolvencia financiera de las EPS, la situación es crítica. Según la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), el patrimonio conjunto de las EPS alcanzó -12,4 billones de pesos a julio de 2025, sin incluir la situación financiera de Nueva EPS. En ese sentido, en el informe de la Contraloría se muestra que el patrimonio negativo de esta entidad superó las estimaciones iniciales, alcanzando los -6,2 billones a marzo de 2025. Lo anterior, resultado de un pasivo a marzo de 2025 que alcanza los 21,4 billones, muy por encima del pasivo que estima el aval de la reforma de 6,7 billones. Esta realidad financiera, producto de años de ingresos insuficientes que llevaron a la mayoría de EPS a patrimonios negativos, sugiere que los recursos contemplados para la transición podrían ser inadecuados, generando presiones fiscales adicionales no previstas en el aval.

vi. **Otros elementos no costeados:** ISE itinerantes y el costo completo del Sistema Público Único en Salud.

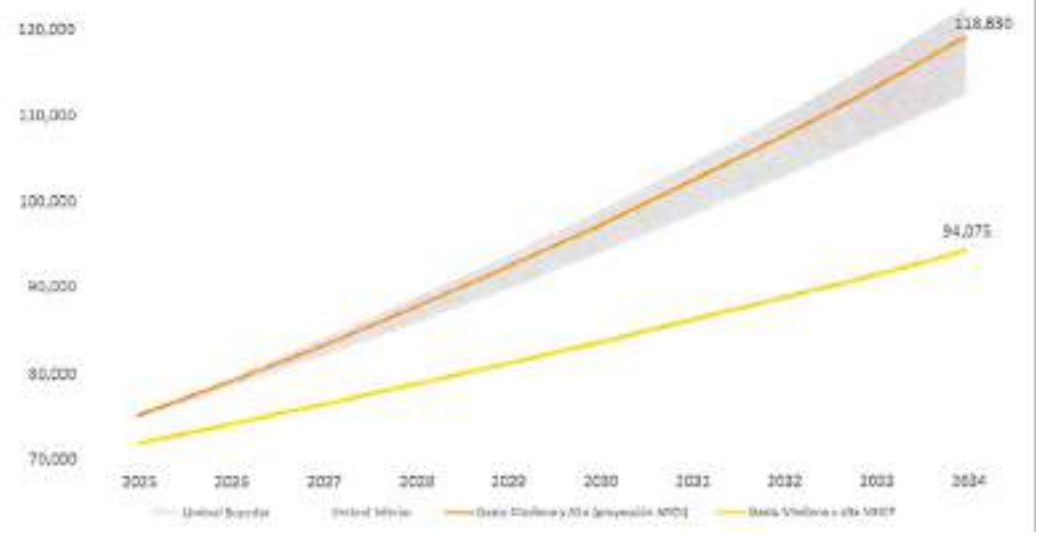
d. Gastos incorrectamente costeados:

Además de la exclusión de una serie de gastos, existen una serie de gastos que están incorrectamente costeados. A continuación, se mencionan algunos:

i. **Atención de mediana y alta complejidad:** Existen dos problemas con el costeo de la atención de mediana y alta complejidad. En primer lugar, el Ministerio de Salud utiliza un supuesto de siniestralidad del 95% - la justificación técnica es que, para el Ministerio de Salud, la siniestralidad se mide así: 100% - gastos de administración. Como los gastos de administración se acercan al 5%, entonces la siniestralidad es del 95%.

Se presentan serios cuestionamientos técnicos que pueden verse a través de un simple ejemplo: si los gastos de administración fueran del 20% entonces la siniestralidad sería del 80%. En 2024, dependiendo de la metodología de siniestralidad utilizada, la siniestralidad del sistema de salud está entre 105,4% y 109,2%. El gasto inicial de mediana y alta complejidad debería ajustarse para reflejar el uso de servicios y tecnologías en salud.

Gráfico 2. Gasto en mediana y alta complejidad, 2025 – 2034 ($ mm de 2024)



Fuente: ANDI.

Además de esto, el Ministerio de Salud y Protección Social asume una serie de ahorros cuya materialización es, en el mejor de los casos, optimista. Lo más curioso del asunto es que si se sigue la premisa del Ministerio de Salud, los ahorros deberían ser crecientes en el tiempo. En las cifras presentadas en el último concepto del Ministerio de Hacienda los ahorros son más grandes en los primeros años, sin que exista ningún tipo de explicación al respecto.

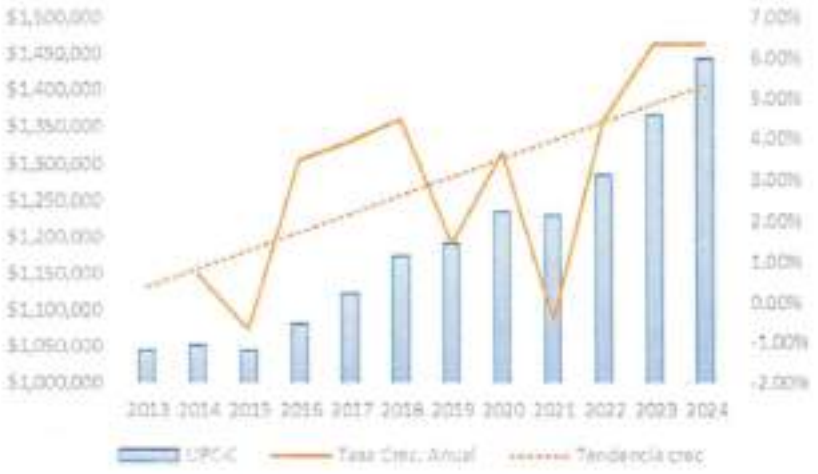
Elemento	MinSalud	Observación
UPC	Crecimiento real de MyACen **2,4% real**.	Crecimiento podría llegar **a 6% real**, significando una subestimación.
APS	APS reduce gasto en MyAC.	Ahorro incierto con riesgos de desfinanciación
Gasto	$94 billones a 2034.	Aprox. $118 billones a 2034, subestimando hasta **$24 billones**.

Fuente: Análisis propio con base en respuesta MSPS y costeo reforma ANDI.

Según la ANDI, al revisar las proyecciones oficiales del gasto en salud de mediana y alta complejidad, se evidencian inconsistencias metodológicas que afectan la solidez de los cálculos presentados por el Ministerio de Hacienda.

En primer lugar, el aval fiscal se construye con base en un crecimiento de la UPC de apenas 1,5% anual para el periodo 2024–2034. Esta cifra resulta irrealmente baja si se considera el efecto combinado del crecimiento poblacional y el envejecimiento, que por sí solo representa un aumento promedio del gasto de 1,52% anual, independiente del incremento de la UPC.

Gráfico 1. UPC Régimen Contributivo y tasa de crecimiento anual, 2013- 2024 ($ de 2024)



Fuente: ANDI.

En segundo lugar, las cifras utilizadas por el Ministerio de Salud como punto de partida suponen que la UPC de 2024 creció únicamente 2,4% en términos reales,

cuando el crecimiento ajustado por inflación fue cercano al 6%. Esto significa que los cálculos parten de un dato equivocado, lo que altera la senda proyectada en más de $15 billones en el horizonte de análisis.

Por último, las estimaciones no incorporan de manera suficiente la tendencia histórica de crecimiento de la UPC, que en la última década se ha ubicado en torno al 3,7% anual, con bandas que oscilan entre 3,1% y 4%. Ignorar estos patrones conduce a subestimar las verdaderas necesidades de gasto, más aún en un contexto de innovación tecnológica, aumento de frecuencias de uso y envejecimiento poblacional.

De igual manera, entidades como ANIF han manifestado que el nuevo modelo de salud podría tener subestimaciones que comprometen el cierre fiscal del sistema. Específicamente, en la atención de mediana y alta complejidad, el enfoque preventivo paradójicamente podría generar mayores costos que los estimados. El tamizaje masivo y la detección temprana de enfermedades incrementarían la demanda de procedimientos especializados, presionando al alza los gastos en servicios complejos al menos en el corto plazo, factor que el mismo Ministerio de Salud reconoció en una respuesta a un derecho de petición:

> *"Un estudio realizado por una mesa técnica organizada por el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio para el análisis de la UPCM de 2014 demuestra que la diferencia en el gasto, entre un prestador que brinda mayor acceso y otro que no, se concentra en mayores frecuencias de servicios de atención ambulatoria, general y especializada, mientras los servicios hospitalarios y de alto costo no mostraron variaciones importantes entre prestadores 15.* ***Es decir, que un incremento notorio en los servicios de atención primaria no se traduce en mayores gastos hospitalarios, ni de enfermedades de alto costo****, los cuales aún con barreras de acceso acaban siendo atendidos por la gravedad de su condición, s****ino en mayor demanda ambulatoria de especialistas y exámenes especializados****. Esta mayor demanda ambulatoria de servicios especializados, sí puede ser consecuencia de la disminución de barreras de acceso y de la detección temprana en atención primaria, aunque en nuestro país estará limitada por la escasez de especialistas" p. 7*[105]*.* Énfasis por fuera del texto original.

En síntesis, las proyecciones oficiales subestiman el crecimiento real del gasto en salud, lo cual genera una senda de gasto que no es consistente ni con la evidencia demográfica ni con la evolución histórica de la UPC.

[105] Solicitud de soportes documento de impacto fiscal reforma a la salud. Rad. Int. 202442300809092 https://drive.google.com/file/d/1LaY4qKJjpTuHpMYeU-whAG5mDznT_enx/view?usp=sharing

ii. **SOAT:** Según el último concepto del Ministerio de Hacienda, el gasto por SOAT diferencial asciende a apenas $224 mil millones. El último año antes de la entrada en vigencia de la medida los siniestros por encima de 300 salarios Mínimos Diarios de los vehículos cobijados por la medida asciende a alrededor de $700 mil millones. Según cálculos de la ADRES, las estimaciones eran superiores a $600 mil millones anuales. Así, se subestiman los gastos en alrededor de $0,5 billones por año.

iii. **Fortalecimiento institucional:** Según ANIF, este rubro constituye el mayor riesgo no cuantificado que podría implicar mayores recursos de los estimados. La ADRES, como entidad rectora del nuevo sistema de salud, debe desarrollar capacidades para procesar millones de facturas diariamente y centralizar operaciones de un sistema fragmentado, mientras la Superintendencia de Salud requiere fortalecer su capacidad supervisora. Los costos tecnológicos, de recurso humano e infraestructura necesarios para esta transformación institucional podrían superar significativamente las estimaciones actuales.

En conclusión, frente a un panorama fiscal caracterizado por ingresos inciertos y por los elevados gastos (incluso excludios) que plantea la reforma a la salud —muchos de los cuales ni siquiera han sido cuantificados—, el balance presentado resulta desproporcionadamente positivo. Se proyecta un escenario en el que supuestamente sobrarán recursos como resultado de la reforma, lo cual carece de credibilidad si se contrasta con las reiteradas advertencias sobre el deterioro del desempeño fiscal de Colombia.

Hacienda

Continuación oficio

Fuentes	112.806	114.839	121.123	128.277	135.743	143.899	152.550	161.651	171.186	181.281	191.713
Usos	109.941	114.138	120.369	127.932	135.155	141.714	148.443	155.735	163.772	171.899	180.484
Balance	2.865	701	754	343	588	2.185	4.107	5.916	7.414	9.382	11.229

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Fuentes estimadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Fuente: Concepto de impacto fiscal MHCP de agosto de 2026.

3. **Las proyecciones fiscales de la reforma no las realiza el Ministerio de Hacienda:** Ha sido una constante que el Ministerio de Hacienda no realice los cálculos sobre los costos de implementación de la reforma a la salud. Por el contrario, esta labor ha sido asumida por el Ministerio de Salud, una entidad que no cuenta con la competencia ni con la capacidad técnica para evaluar la situación fiscal del país, responsabilidad que recae de manera

exclusiva en el Ministerio de Hacienda[106]. De esta forma, se invaden competencias legales en materia de análisis del impacto fiscal, función que la normatividad asigna de manera expresa al Ministerio de Hacienda.

Resulta incomprensible que el Ministerio de Hacienda se abstenga de elaborar proyecciones propias de gasto y se limite a reproducir las realizadas por el Ministerio de Salud. ¿Se trata de limitaciones técnicas? ¿De insuficiencia de datos o de personal? ¿O acaso existen discrepancias entre las proyecciones de ambas carteras y, para evitar un costo político, Hacienda opta por adoptar sin cuestionamientos las cifras del Ministerio de Salud? Lo cierto es que resulta irresponsable que Hacienda renuncie a cuantificar un proyecto de ley de esta envergadura mientras, al mismo tiempo, lo califica como fiscalmente viable.

Hacienda

3. Despacho Viceministro Técnico

Honorable Congresista
NADYA GEORGETTE BLEL SCAFF
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República
CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Carrera 7 No. 8-62
Bogotá, D.C.

Radicado: 2-2025-046068
Bogotá D.C., 28 de julio de 2025 10:31

Radicado entrada
No. Expediente 3612 1/2025/OFI

Asunto: Análisis de impacto fiscal de la ponencia propuesta para tercer debate al proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley No. 135 de 2024 Cámara *"por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*

Asunto: Análisis de impacto fiscal de la ponencia propuesta para tercer debate al proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley No. 135 de 2024 Cámara *"por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*

Respetada Presidenta:

De manera atenta y en cumplimiento de lo ordenado por el artículo 7 de la Ley 819 de 2003[1], a continuación se presenta el análisis de impacto fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente a la ponencia propuesta para tercer debate del Proyecto de Ley del asunto, en los siguientes términos:

En primer lugar, debe precisarse que el presente concepto se fundamenta en la estimación de costos[2] aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS y se actualiza e incorporan otros rubros vinculados a las

[106] Artículo 7. *Análisis del impacto fiscal de las normas. (...)*

El **Ministerio de Hacienda y Crédito Público**, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.

Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, l**o cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.**

2.3. Proyección de usos del sistema de Salud

Para el análisis de los gastos del proyecto de ley se tomó en consideración la información previamente citada y que fue aportada por el MSPS, considerando los cambios que ha surtido el proyecto de ley durante el trámite legislativo. Las estimaciones se efectúan a partir del año 2025, año en que se espera inicie la implementación de la reforma de acuerdo con lo señalado en el articulado.

II. **Mediana y alta complejidad**: La senda corresponde a la tasa de crecimiento del gasto de mediana y alta complejidad remitida en el precitado oficio por el MSPS.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Hacienda

3. Despacho Viceministro Técnico

Radicado: 2-2024-029218
Bogotá D.C., 28 de mayo de 2024 12:15

Honorable Senadora
NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senado de la República
CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Carrera 7 No. 8-68
Ciudad

Hacienda

1.1. Oficina Asesora de Jurídica

Bogotá D.C.

Radicado: 2-2024-[illegible]
Bogotá D.C., 13 de noviembre de 2024 12:14

Doctor
GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Carrera 13 No. 32-76 piso 1
correo@minsalud.gov.co
Bogotá D.C.

Tabla 9 Balance proyectado del Sistema de Salud

Fuentes-Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Impuestos saludables		3.093	3.220	3.352	3.490	3.636	3.790	3.953	4.123	4.302
Aporte Nación	38.173	41.400	44.210	48.922	53.574	58.726	64.247	70.277	76.796	83.874
Cotizaciones	36.053	37.121	38.219	39.355	40.531	41.767	43.062	44.410	45.813	47.266
SGP salud (100%)	19.061	20.116	22.437	23.227	24.472	25.601	26.796	27.952	29.126	30.286
Otras fuentes	7.953	8.226	8.509	8.802	9.108	9.429	9.764	10.113	10.478	10.857
Fuentes	101.241	109.956	116.596	123.658	131.175	139.159	147.659	156.705	166.337	176.585
Usos	100.949	109.725	114.917	121.732	128.866	135.442	142.004	148.922	156.223	163.897
Balance	292	231	1.679	1.926	2.310	3.717	5.655	7.783	10.114	12.689

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el MSPS. Fuentes estimadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Fuente: Concepto de impacto fiscal MHCP de agosto de 2026.

Es pertinente compartir la posición de que, si bien el sistema de salud requiere ser reformado, la reforma a la salud desconoce los avances en el actual sistema y lo expone a mayores presiones de gasto. En el aval fiscal expuesto por el Ministerio de Hacienda, los cálculos podrían omitir desvíos significativos en los montos asignados. La subestimación de costos en atención de alta complejidad derivada del enfoque preventivo, el crecimiento de las contribuciones, la magnitud real del fortalecimiento institucional, y cubrimiento de los pasivos de las EPS, sugieren que el nuevo sistema podría necesitar mayores recursos de lo planeado. Además, la ley de competencias con su consecuente reforma al SGP, supone nuevos desafíos en el frente fiscal no contemplados por la reforma.

Bajo las anteriores consideraciones, los firmantes de este documento de ponencia, tras un análisis riguroso de los conceptos fiscales y técnicos allegados por el Gobierno nacional, **encuentran que persisten vacíos, inconsistencias y omisiones en la estimación de los ingresos, los gastos y el balance fiscal de la reforma a la salud.** Se han identificado fallas en las sendas de ingresos y usos, exclusión de costos en rubros relevantes, además de supuestos poco aterrizados en el crecimiento de la UPC de mediana y alta complejidad, así como en los ahorros esperados por la Atención Primaria en Salud.

Asimismo, preocupa que el Ministerio de Hacienda haya delegado en el Ministerio de Salud la elaboración de proyecciones de gasto que le son propias, contrariando lo previsto en la Ley 819 de 2003 y en la Sentencia C-161 de 2024 de la Corte Constitucional, lo cual debilita la solidez técnica del aval fiscal presentado. **Esta situación impide al Congreso contar con la información mínima indispensable para evaluar, de manera seria y responsable, la sostenibilidad financiera del proyecto**.

En consecuencia, bajo un criterio de responsabilidad fiscal y con el deber de salvaguardar la estabilidad macroeconómica y la sostenibilidad del sistema de salud, los suscritos no podemos acompañar integralmente la propuesta del Gobierno al no ser resueltas las dudas fiscales expuestas. El respeto al principio de planeación y a la transparencia en el uso de los recursos públicos obliga a señalar estas salvedades, a fin de evitar que una decisión de tan alto impacto se tome sobre proyecciones débiles, inconsistentes y financieramente riesgosas que afectarán la vida de más de 50 millones de colombianos.

15. CONFLICTO DE INTERÉS

Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

"ARTÍCULO 1° El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.
a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del

congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."

De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional, para que se configure el conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura, deben concurrir ciertas condiciones, a saber: (i) la existencia de un interés directo, particular y actual, ya sea de carácter moral o económico; (ii) que el congresista no haya manifestado su impedimento pese a estar inmerso en una situación de interés directo respecto de la decisión a adoptar; (iii) que no haya sido apartado del asunto mediante un proceso de recusación; (iv) que haya participado en los debates o en la votación; y (v) que dicha participación esté relacionada con el trámite de leyes u otros asuntos puestos a su consideración.

En concordancia con lo establecido en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, se precisa lo anterior. Por consiguiente, y en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, se advierte que durante el trámite del presente Proyecto podría configurarse un conflicto de interés en aquellos casos en que los congresistas, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, resulten beneficiados de forma directa o actual con las disposiciones del mismo.

16. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, proponemos a la Honorable Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República **dar primer debate** al Proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia se dictan otras disposiciones", c*onforme al texto propuesto.

De las Senadoras,

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República
Coordinadora Ponente

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Ponente

ANA PAOLA AGUDELO GARCIA
Senadora de la República
Ponente

17. TEXTO PROPUESTO

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY 410 DE 2025 SENADO - 312 DE 2024 CÁMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA

"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

TÍTULO I

OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desarrollando un modelo

preventivo, predictivo y resolutivo de carácter público, privado y mixto, implementando medidas que garanticen el goce efectivo al derecho fundamental a la salud, especialmente la atención en zonas rurales o marginadas del territorio colombiano, a través del aseguramiento en salud, la gestión integral del riesgo en salud, mejorando y fortaleciendo la prestación de servicios, el talento humano, la satisfacción de los usuarios y pacientes, así como la sostenibilidad del sistema de salud.

Artículo 2°. Aseguramiento en salud. Se entiende como la gestión integral del riesgo en salud, la gestión del riesgo financiero y actuarial, la articulación de los servicios que garanticen el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la gestión operativa y logística, así como la representación de los usuarios y pacientes ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía de los mismos.

El aseguramiento financiero a cargo del Estado, así como el aseguramiento y gestión del riesgo en salud de los afiliados a cargo de las Gestoras de Salud y Vida, será el instrumento que garantizará el derecho fundamental a la salud, siguiendo el criterio de equidad en el que confluyen actores públicos, privados y mixtos. Los usuarios y pacientes participarán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con afiliación libre a las Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 3°. Atención Primaria en Salud (APS). Sin perjuicio de lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011, o la que las modifique o reemplace, la atención primaria en salud también comprende los servicios de salud, las acciones intersectoriales y transectoriales, la participación social, comunitaria y ciudadana que oriente la misionalidad de los actores del SGSSS en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En consecuencia, la Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de territorialidad, sistematicidad, permanencia, preventivo, predictivo y resolutivo.

Por tratarse de una acción intersectorial y transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Departamento Nacional de Planeación, gestionarán de manera permanente ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público la apropiación de recursos adicionales de fuentes diferentes a las destinadas a la prestación de los servicios de salud, para el cumplimiento de la estrategia APS. Las entidades territoriales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de APS en sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°. Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo como el mecanismo operativo de la Política Pública en Salud del artículo 20 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 o la que la modifique o reemplace, y de la Política de Atención Integral en Salud, conformada por el conjunto de acciones y herramientas que orientan de forma articulada la gestión de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el

territorio para responder a las prioridades de salud de la población, contribuyendo al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema. El modelo está fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y se encuentra centrado en la ciudadanía, las familias y las comunidades. En este sentido, el modelo organizará y desarrollará su funcionamiento mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) y establecerá estrategias para fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria, la gobernanza territorial el fomento del trabajo digno y decente del Talento Humano en Salud.

Con la finalidad que el modelo sea preventivo se deberán articular acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento, las capacidades y la formación en derechos y deberes de los pacientes y usuarios.

De igual forma, para lograr que el modelo sea predictivo, se deberá producir información que permita establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, buscando brindar cuidado integral en todos sus niveles, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad.

Por su parte, para lograr que el modelo sea resolutivo, el sistema responderá de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individuales y colectivas de los pacientes y usuarios.

En el nivel primario de las RIITS operarán los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales, conforme a las necesidades y particularidades en salud de la población donde opere el modelo.

TÍTULO II

GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA

Artículo 5°. Rectoría del sector salud. La dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector de dicho sector. Será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además, ejercerá la coordinación intersectorial y ejecutará las disposiciones legales vigentes. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la

participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, publicará un informe anual en su página web que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este informe tendrá que ser allegado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República al inicio de cada legislatura.

Artículo 6°. Consejo Nacional de Salud – CNS –. Créese el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por los siguientes representantes del Gobierno Nacional:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.

2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.

3. Ministro del Trabajo o su delegado.

Adicionalmente tendrá un representante en el Consejo:

1. Un representante de los gobernadores.

2. Un representante de los alcaldes.

3. Un representante de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, como organización representativa de los profesionales de la salud.

4. Un representante de pacientes y usuarios.

5. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.

6. Un representante de las comunidades étnicas.

7. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.

8. Un representante de los prestadores de servicios de salud.

El Superintendente Nacional de Salud, el Director de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o su delegado formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto.

A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes, incluyendo instancias de participación ciudadana. El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente, o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con siete (7) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría calificada del total de los miembros del Consejo.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Definir, previo el desarrollo de un mecanismo técnico-científico y participativo de ampliación progresiva de los beneficios, los contenidos del Plan de Beneficios en Salud, incluyendo el Plan Ampliado de Inmunizaciones, al que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, procurando que dicho Plan contenga todos los servicios y tecnologías en salud debidamente autorizadas en Colombia, salvo las exclusiones explícitas.
2. Definir, previo el desarrollo de un mecanismo técnico-científico y participativo, los servicios y tecnologías en salud que correspondan a exclusiones explícitas que no serán pagadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Definir de manera vinculante el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Servicios no contenidos en el Plan de Beneficios de Salud y no excluidos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, o la que la modifique o sustituya.
4. Definir la metodología, la nota técnica y formas de reconocimiento y pago con cargo a los recursos de la ADRES, para los casos excepcionales en los cuales existan servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas.
5. Definir el régimen y montos de los copagos y cuotas moderadoras a cargo de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, y los Servicios no contenidos en el Plan de Beneficios de Salud y no excluidos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, o la que la modifique o sustituya, y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes antes del 30 de noviembre de cada anualidad.
7. Definir el régimen que deberán aplicar las Gestoras de Salud y Vida (GSV) para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad y paternidad según las normas vigentes.

8. Definir las medidas necesarias para evitar la selección de riesgo por parte de las Gestoras de Salud y Vida (GSV) y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
9. Reglamentar el funcionamiento de los Consejos Departamentales, Municipales y Distritales de Seguridad Social en Salud.
10. Definir y actualizar cada cuatro (4) años el manual Tarifario para la atención en salud de las víctimas de accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y demás eventos catastróficos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y para la atención de urgencias de otra naturaleza.
11. Designar al Secretario(a) Técnico(a) de la Secretaría Técnica del CNS.
12. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el Sistema y utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica.
13. Proponer al Gobierno Nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC.
14. Recomendar al Consejo Intersectorial de Salud Pública la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud.
15. Recomendar iniciativas para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social en materia de reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), conforme a los informes e insumos técnicos semestrales presentados por los Consejos Territoriales de Salud. Estos informes deberán ser publicados para su libre acceso y conocimiento en el sitio web del Ministerio.
16. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley en el marco de las funciones y competencias del Consejo Nacional de Salud, en cabeza de la Secretaría Técnica, el cual rendirá un informe detallado en el primer trimestre de cada año, a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República.
17. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, definir los manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática.
18. Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y las implicaciones de calidad, requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Los miembros del consejo serán designados para periodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos (2) últimos años del gobierno que los elige y dos (2) años del gobierno siguiente.

En caso de ausencia definitiva de alguno de los miembros del Consejo, será designado un nuevo representante por la misma organización, comunidad o sector que originalmente lo postuló. Esta persona ejercerá el cargo únicamente por el tiempo restante del periodo para el cual fue elegido el miembro reemplazado.

Parágrafo 3. Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un periodo de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un periodo; su elección se realizará por cada una de las organizaciones correspondientes, en un término no superior a sesenta (60) días posteriores a la expedición de esta Ley, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia e imparcialidad. Los representantes gubernamentales serán los funcionarios que ejerzan el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 4. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano idóneo**,** independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 5. Se definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica.

Parágrafo 6. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud. En los Consejos Territoriales de Salud participará un (1) representante de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Servicios de Salud del correspondiente territorio. Las decisiones de estos Consejos serán obligatorias en el respectivo territorio en materia de salud pública, y según lo dispuesto por el CNS.

Artículo 7. Secretaría Técnica del CNS. Créese la Secretaría Técnica del CNS, que tendrá un(a) Secretario(a) Técnico(a) que será designado por el propio Consejo mediante Acuerdo, para periodos de dos años y será reelegible por una sola vez. Para su designación el Consejo podrá adoptar un mecanismo de concurso o la metodología y requisitos que considere necesarios.

La Secretaría Técnica del CNS funcionará en las oficinas del Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá un grupo de trabajadores no superior a diez (10) personas.

Funciones de la Secretaría Técnica del CNS:

1. Efectuar de acuerdo con el reglamento las convocatorias al CNS.

2. Elaborar las actas de las sesiones y los proyectos de Acuerdo que se le encomienden y custodiar el archivo del Consejo.

3. Recibir, sistematizar, informar y proyectar las respuestas de toda la correspondencia que sea remitida al CNS.

4. Preparar los informes que deba presentar el CNS ante los organismos de control y demás autoridades, así como preparar las rendiciones de cuentas.
5. Preparar y enviar con la antelación que defina el reglamento los documentos necesarios para la adopción de decisiones por parte del Consejo.

6. Elaborar de acuerdo con las instrucciones emitidas por el Consejo los documentos precontractuales que se requieran para la contratación de los estudios necesarios para la adopción de decisiones por parte del Consejo.

7. Mantener informado al Consejo sobre el avance de los estudios contratados y en todo caso someter a su aprobación los documentos definitivos de convocatoria para estudios antes de ser publicados.

8. Las demás que le encargue el CNS.

Artículo 8. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social integrará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) a partir de los sistemas de información disponibles, y mediante el desarrollo de los que resulten necesarios con el fin de contar con un único sistema con toda la información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional, para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

En todo caso, aquellos sistemas de información que actualmente están en operación o que se desarrollen posteriormente deberán integrarse a este sistema.

La incorporación y el reporte de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), tanto administrativa como asistencial será obligatoria para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en lo de su competencia. Todas las entidades que interoperan en el sistema deberán contar con los componentes de hardware, software, almacenamiento, entre otros, que permitan el intercambio de información en línea. Estos requisitos serán susceptibles de verificación, como parte de los criterios habilitantes para las entidades prestadoras.

El Sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, priorizando territorios donde aún no hay conectividad. Las entidades territoriales en un plazo de 6 meses deberán identificar las necesidades de infraestructura tecnológica en su jurisdicción a fin de aumentar y/o mejorar dicha capacidad y actualizar dicha información en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Para este propósito el Ministerio de Tecnologías de la Información deberá disponer de mecanismos de asistencia técnica, a través de las entidades territoriales para todos los actores que así lo requieran.

Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades, en un lapso no superior a cinco (5) años. Se brindará asistencia técnica e inversión prioritaria, en aquellos municipios donde no hay conectividad con el fin de cerrar brechas tecnológicas y facilitar su vinculación al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

El Gobierno Nacional deberá adelantar las acciones necesarias para garantizar la conectividad de las Instituciones Prestadoras de Salud, o las que hagan sus veces en las zonas dispersas de todo el territorio nacional. Complementariamente, en aras de asegurar la transparencia, la trazabilidad y la oportunidad en el flujo de información. Para reforzar su integridad y confiabilidad, cada registro deberá contar con sello de tiempo, firma digital y mecanismos de validación de autenticidad; y adicionalmente, el SPUIIS incorporará tecnologías de registro distribuido, de forma que todas las operaciones queden encadenadas, inmutables y verificables por las entidades de inspección, vigilancia y control.

De manera excepcional para zonas apartadas con dificultades en conectividad, se implementará el uso de tecnologías sin conexión, permitiendo que los datos en salud, protección social y determinantes sociales se capturen de manera segura y estructurada en campo, y luego se sincronicen automáticamente cuando haya acceso a internet. El acceso a esta información deberá garantizarse semanalmente.

La contratación de almacenamiento o procesamiento de datos con entidades extranjeras no será obstáculo para que el Ministerio de Salud y Protección Social deba contar con el debido archivo, control, copias de respaldo y demás gestión de la información del SPUIIS en caso de: fallas en el sistema, cambio de operador o contingencias externas. El Estado garantizará el acceso efectivo en todo momento a la información plena y a proteger su calidad de reserva. Igualmente, se debe garantizar que los datos del sistema de información, se alojen en el territorio nacional.

El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya.

Parágrafo 1. El Sistema deberá diferenciar la información de usuarios y servicios procedente de: la Cuenta de Alto Costo (CAC), el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y de sus cuidadores, beneficiarios de los programas para la superación de la pobreza extrema y de Colombia Mayor o el que haga sus veces, para facilitar el suministro prioritario de servicios como sujetos de especial protección constitucional, y para medición financiera y seguimiento de los mismos.

Parágrafo 2. Con el propósito de efectuar el correspondiente seguimiento para el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá presentar de manera trimestral los avances en su desarrollo; recursos presupuestados y ejecutados; y demás información que resulte relevante para conocer el estado de avance y lograr la plena implementación del mismo a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en un término no superior a los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, determinará el monto de los recursos necesarios y la fuente de financiación correspondiente para el desarrollo completo y la implantación total del SPUIIS, recursos que deberán ser diferentes a los que se destinen a la UPC y la prestación de servicios de salud.

Parágrafo transitorio: El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las entidades territoriales la definición e implementación de una estrategia para la adecuada digitalización y sistema archivo de la información en salud, generada en los territorios en los cuáles a la entrada en vigencia de la presente ley no cuenten con conectividad permanente o ésta sea de difícil acceso, con el fin de garantizar el pleno funcionamiento de la operación a cargo del SPUIIS. Con este propósito el Ministerio de Tecnologías de la Información fortalecerá las acciones necesarias para garantizar la conectividad en todo el territorio nacional.

La falta de conectividad o acceso en tiempo real al SPUIIS de los agentes del sistema de salud no será óbice para la atención integral efectiva en salud, ni para el trámite de referencia y contrarreferencia en los distintos niveles de complejidad.

Artículo 9. Acceso a la Información. En el marco de interoperabilidad, el SPUIIS facilitará a los proveedores en salud, el acceso y el intercambio de datos en atención médica de los pacientes de forma oportuna, segura y continua, en función de la calidad de atención al paciente. En todo caso, el Sistema dispondrá dicho acceso a la información, según el perfil y competencia de cada actor para los fines pertinentes.

Así mismo el SPUIIS permitirá conocer y descargar en cualquier momento la información referente a la historia clínica, aportes al sistema por parte del afiliado, vacunación y toda la información que haga parte del curso de vida de la persona o de su grupo familiar. Para los empleadores, permitirá la consulta de los datos

básicos de la afiliación de los trabajadores dependientes, contratistas y estudiantes en práctica formativa por los cuales se encuentren obligados a efectuar aportes.

Artículo 10. Deberes de los actores al interior del Sistema. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social adelantará las correspondientes acciones para promover la plena y pronta implementación del Sistema, así como, su uso por parte de los diferentes actores del sector. Como parte de los esfuerzos a implementar, el Ministerio dispondrá de los tutoriales en el portal web correspondiente.

Es deber por parte de los diferentes actores del Sistema garantizar la capacitación del personal al interior de sus entidades para la debida implementación e idoneidad en el manejo y uso del Sistema Único de Información en Salud y Protección Social, también será de obligatorio cumplimiento la realización de las respectivas actualizaciones.

El personal de Talento Humano en Salud deberá reportar de manera oportuna y veraz la información necesaria y completa de la atención en salud en el Sistema de Información en Salud y Protección Social para su adecuada operación y funcionamiento. Ello deberá garantizar la identificación, valoración, prescripción y el concepto médico-científico del médico tratante, como parte de la responsabilidad de incluir de manera integral las necesidades del paciente, en el marco de su derecho al diagnóstico.

Es deber del afiliado reportar al Sistema las novedades que afecten su estado de afiliación en el Sistema Integral de la Protección Social y aquellas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. En su calidad de usuario y/o paciente, es su deber suministrar información verídica y oportuna que permita una atención integral y de calidad.

Parágrafo. Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) deberán estar sujetos a procesos integrales de inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes, garantizando la transparencia en su destinación y ejecución conforme a la normatividad vigente. Estos procesos deberán incorporar mecanismos de auditoría, seguimiento financiero y evaluación de resultados de acuerdo con la normatividad vigente, en articulación con el Sistema Nacional de Control Fiscal.

Artículo 11. Seguridad de la Información y Seguridad Digital. Los actores que traten información en el marco de la presente ley deberán establecer un plan de seguridad y privacidad de la información, seguridad digital y continuidad de la prestación del servicio, que incluirá una evaluación periódica del riesgo de seguridad digital, para la identificación de mejoras a implementar en su Sistema de Administración del Riesgo Operativo.

Para lo anterior, deberán contar con las políticas, procedimientos, recursos técnicos, administrativos y humanos necesarios para gestionar el riesgo de manera efectiva de acuerdo con los lineamientos para la administración de la seguridad de la información y la seguridad digital previstos en la normatividad vigente, en especial,

en lo dispuesto en las Leyes 1581 de 2012 de Hábeas Data, 527 de 1999 de Comercio Electrónico, 594 de 2000 o Ley General de Archivos, o las normas que las modifiquen, sustituyan o complementen y apliquen.

El Sistema Único de Información en Salud deberá cumplir como mínimo con los estándares internacionales ISO que le apliquen, el cual deberá actualizarse de manera permanente.

La contratación de almacenamiento o procesamiento de datos con entidades extranjeras no será obstáculo para que el Ministerio de Salud y Protección Social deba contar con el debido archivo, control, copias de respaldo y demás gestión de la información del SPUIIS en caso de: fallas en el sistema, cambio de operador o contingencias externas.

El Estado garantizará el acceso efectivo en todo momento a la información plena y la protección de su calidad de reserva.

Como parte de los mecanismos de seguridad de la información, los diferentes actores del Sistema de Salud podrán incorporar medidas adicionales de seguridad informática sólidas (como el cifrado de datos, la supervisión constante de la actividad de la red, la segmentación del acceso, entre otros), que permitan la realización de pruebas de vulnerabilidad, auditorías de seguridad y el uso de herramientas para identificar y rectificar los fallos de la infraestructura antes de que sean vulnerados, salvaguardando la información confidencial y blindándolos frente a ciberataques.

La falta de conectividad o acceso en tiempo real al SPUIIS por parte de los actores del sistema de salud no será óbice para la atención integral efectiva en salud, ni para el debido cumplimiento de los demás procesos al interior del Sistema de Salud.

TÍTULO III

FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 12°. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Agréguense los siguientes literales al Artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará así:

(…)

I. Constituir un fondo de reaseguro para la gestión de enfermedades de alto costo, huérfanas y raras, en el caso en que el Consejo Nacional de Salud (CNS) establezca la insuficiencia de la UPC o en el valor que financia los servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y no excluidos, de conformidad con la reglamentación que en la materia expida el Gobierno nacional.

J. Calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente para el fondo de reaseguro las reservas técnicas conocidas y no conocidas que deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud; sobre las cuales se deberá mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, conforme a los ajustes efectuados en el SGSSS de que trata la presente Ley.

K. Pagar las prestaciones económicas que audite y autorice la Gestora de Salud y Vida en favor de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El Director de la ADRES, será sujeto a las sanciones penales y disciplinarias a que haya lugar, por el incumplimiento de lo aquí dispuesto.

L. Realizar, en nombre de las Gestoras de Salud y Vida, el giro directo de los recursos de la UPC y No UPC destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades de baja complejidad no incluidos en el literal O de este artículo, así como a la mediana y alta complejidad que presten dichos servicios, y a los proveedores de tecnologías incluidas en el PBS.

M. Girar cada mes el valor que corresponda por concepto de gasto administrativo a las Gestoras de Salud y Vida.

N. Ejecutar auditorías aleatorias y, según la necesidad, auditorías por excepción para verificar la calidad de la auditoría realizada por las Gestoras de Salud y Vida de forma tal que, con ellas, promueva la eficiencia en la gestión de los recursos y evite la sobreexposición del patrimonio público.

O. Realizar los giros de las asignaciones de subsidio a la oferta a los CAPS que, de acuerdo con presupuestos estándar para la operación corriente en aquellos municipios donde, de conformidad con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, sea indispensable para garantizar su operación.

P. Adelantar las acciones de reembolso del pago de los servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por pólizas de seguros de salud internacionales.

Q. Pagar el valor correspondiente al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria pública y de su mantenimiento, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley y con fuentes de financiamiento distintas a la UPC y recursos destinados a la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de la presente ley.

R. Destinar los recursos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para la formación del talento humano en salud, con fuentes de financiamiento distintas a la UPC y recursos destinados a la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de la presente ley.

S. Rendir informe anual de su gestión al Consejo Nacional de Salud y la Comisiones Séptimas del Congreso de la República durante el mes de marzo de cada año, correspondiente a la vigencia del año anterior, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control que competen a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, junto con la ADRES, reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional e Inversiones necesario para garantizar que, en un plazo máximo de tres (3) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, la ADRES tenga la capacidad operativa y financiera para asumir las nuevas funciones que se le asignan con la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES.

Artículo 13°. Adiciónense los siguientes literales y el parágrafo transitorio a la sección "la entidad administrará los siguientes recursos:" del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará así:

(…)

R. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.

S. Los recursos destinados al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.

T. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la modifique o sustituya.

U. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5% IVA social.

W. Fondo de programas especiales para la paz, recursos de cooperación internacional y demás recursos asignados para salud y paz

V. El Gobierno Nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2032.

Parágrafo transitorio. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 1797 de 2016 o la que la modifique o sustituya, los recursos correspondientes a los literales U y V de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el Marco de Gasto de Mediano Plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.

El Gobierno Nacional reglamentará que la destinación de los recursos recaudados por los conceptos establecidos en los literales U y V sean utilizados por un periodo de cinco años para la estabilización y saneamiento financiero del SGSSS. Cumplido este plazo, los recursos recaudados serán utilizados en la financiación del aseguramiento en salud. El Gobierno Nacional reglamentará en un plazo no mayor a 3 meses el proceso de estabilización y saneamiento, teniendo como prioridad el pago de deudas por aseguramiento, prestación de servicios en salud, talento humano en salud y reconocimiento a proveedores de medicamentos y tecnologías en salud.

Artículo 14°. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario y los siguientes parágrafos, así:

Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno Nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), los cuales serán utilizados por un periodo de cinco años para la estabilización y saneamiento financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Cumplido este plazo, los recursos recaudados serán utilizados en la financiación del aseguramiento en salud.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 1797 de 2016 o la que la modifique o sustituya, el Gobierno Nacional reglamentará la destinación de los recursos recaudados por el concepto de que trata el presente artículo, en un plazo no mayor a 3 meses, teniendo como prioridad el pago de deudas por aseguramiento, prestación de servicios en salud, talento humano en salud y reconocimiento a proveedores de medicamentos y tecnologías en salud.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional, en cabeza de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, evaluarán e incorporarán de forma progresiva nuevas fuentes de financiación que permitan garantizar la continuidad en la atención y un crecimiento suficiente de los recursos para la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención.

Artículo 15°. Adiciónense el siguiente literal y un parágrafo a la sección de “estos recursos se destinarán a:” del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, el cual quedará así:

> **Ñ.** El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.
>
> **Parágrafo.** El uso de los recursos autorizados en virtud del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 estará sujeto a la auditoría y control fiscal por parte del Estado, a través de los órganos competentes de la República. La ADRES deberá utilizar dichos recursos de manera exclusiva para el cumplimiento de su objeto dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Contraloría General de la República deberá realizar auditorías periódicas sobre la destinación, ejecución y resultados de estos recursos, en cumplimiento de sus funciones constitucionales y legales. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá contratar auditorías externas independientes, al menos una vez al año para evaluar la destinación, eficiencia y resultados de los gastos ejecutados en el marco de esta disposición.
>
> Los informes resultantes de dichas auditorías, tanto internas como externas, deberán ser publicados en el sitio web institucional de la ADRES y remitidos a los entes de control y a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, garantizando el principio de transparencia en el uso de los recursos públicos. Adicionalmente, la Auditoría General de la República realizará una auditoría externa anual a la ejecución de los recursos por gastos de administración de la ADRES, con el fin de garantizar la transparencia, eficiencia y cumplimiento normativo en la utilización de dichos recursos.

Artículo 16. Definición y Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas. Sin perjuicio de lo establecido en la normatividad vigente, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para financiar el conjunto de prestaciones de salud incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) garantizado a los afiliados del Sistema. Su definición deberá basarse en estudios técnicos y actuariales que incorporen de manera integral los siguientes principios:

1. **Equidad:** El valor de la UPC debe incorporar ajustes por las variables de riesgo con el fin de garantizar un tratamiento justo para todos los afiliados,

distribuyendo los recursos conforme al perfil de riesgo y la necesidad de atención de cada grupo poblacional.

2. **Suficiencia:** El valor de la UPC debe reflejar el costo esperado de los servicios de salud incluidos en el PBS, de modo que los recursos asignados sean adecuados para cubrir la totalidad de las atenciones requeridas por la población afiliada y ser suficiente para cubrir los costos operativos asociados, incluyendo además, los costos de afiliación, administración y mecanismos para el fortalecimiento patrimonial que permitan el cumplimiento de los indicadores financieros establecidos.

3. **Estabilidad del Sistema:** La UPC debe contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), permitiendo a los diferentes actores del sistema operar sin déficits, manteniendo la continuidad y calidad de los servicios de salud.

4. **Enfoque actuarial:** El valor de la UPC se estima utilizando principios actuariales tales como: principio de prima pura, principio de prima neta, principio del valor esperado, principio de la desviación estándar y principio exponencial.

5. **Representatividad:** El tamaño y estructura de la información utilizada para el cálculo debe corresponder a la totalidad de la atención de la población afiliada, garantizando la cobertura y calidad en el cálculo de los estimadores.

6. **Proyección prospectiva:** El cálculo de la UPC se realizará con base en datos históricos y la mejor evidencia disponible para responder a las necesidades de la población afiliada, proyectando condiciones futuras, incorporando cambios demográficos y epidemiológicos, tendencias en morbilidad, mortalidad, discapacidad, innovación tecnológica, inflación en servicios y tecnologías en salud.

7. **Calidad:** La información empleada en la tasación de la UPC deberá cumplir con estándares de calidad estadística que aseguren su pertinencia, validez y representatividad respecto de la población afiliada, los servicios y las tecnologías en salud, así como, los costos y gastos de la atención en salud.

8. **Transparencia:** Las fuentes de información, metodologías, resultados y decisiones que afecten el financiamiento y funcionamiento del SGSSS a través de la UPC serán accesibles, verificables y comprensibles para la ciudadanía y los actores del sistema, mediante la publicación oportuna.

Para efectuar el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas será de obligatorio cumplimento lo siguiente:

1. SISPRO o quien haga sus veces, será la fuente de información utilizada para el estudio del cálculo de la UPC. La información de población, usos de servicios y costos será la de los cinco (5) años inmediatamente anteriores a corte del 31 de diciembre y tendrá que ser suministrada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a las universidades seleccionadas por el Consejo Nacional de Salud mediante convocatoria pública, a más tardar el 30 de junio de cada anualidad.

   Dicha información deberá estar anonimizada y sujeta a estrictas medidas de protección, seguridad y confidencialidad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 o la que la modifique o sustituya y las normas que regulan el tratamiento de datos personales. Las entidades responsables del procesamiento de esta información deberán adoptar mecanismos técnicos y administrativos que aseguren su uso exclusivo para fines estadísticos y científicos en el marco del cálculo de la UPC.

2. Los estudios necesarios para definir la UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas, tendrán que ser desarrollados por una universidad pública y una privada, las cuales deben estar acreditadas en alta calidad por el Ministerio de Educación Nacional en Colombia, seleccionadas mediante convocatoria pública, que cuenten con programas en áreas de la salud, la economía, las finanzas y actuaría, las cuales deberán definir conjuntamente una metodología para el cálculo actuarial de que trata este artículo, emitiendo un resultado unificado a la universidad internacional seleccionada por el Consejo Nacional de Salud mediante convocatoria pública para la validación, a más tardar el 30 de septiembre de cada anualidad.

   La metodología deberá considerar como mínimo los siguientes elementos técnicos: la siniestralidad; los ajustes por siniestros incurridos reportados y no reportados; la inflación y las tasas de interés.

   Adicionalmente, se deberán incorporar factores de ajuste de riesgo, con el fin de reflejar las diferencias en el perfil geográfico, demográfico, epidemiológico y de utilización entre los distintos subgrupos poblacionales. Por tanto, las variables serán como mínimo: sexo, edad, etnia, carga de enfermedad, gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, innovación de tecnologías en salud y la ubicación geográfica.

3. El proceso de validación técnica e independiente de la metodología, el cálculo de la UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas estará a cargo de una universidad internacional con acreditación en las áreas de estudio exigidos a las universidades nacionales y ubicada en los primeros lugares de los rankings internacionales, emitiendo un resultado unificado, entregado al Consejo

Nacional de Salud a más tardar el 30 de octubre de cada anualidad.

4. El Consejo Nacional de Salud estudiará el reporte y la validación internacional del cálculo de la UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas, a más tardar el 30 de noviembre de cada anualidad.

   Si el Consejo Nacional de Salud no adopta el reporte y la validación internacional del del cálculo de la UPC y el valor de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud ni en el listado de exclusiones explícitas, podrá emitir un estudio propio, el cual tiene que cumplir con la misma metodología y los ajustes de riesgo establecidos en el punto 2) para las Universidades Nacionales.

   El informe, su validación y los borradores de los actos administrativos deberán ser publicados a más tardar el 1 de diciembre de cada anualidad para revisión y comentarios de los actores del SGSSS.

5. El Consejo Nacional de Salud expedirá los actos administrativos de que trata el presente artículo, a más tardar el 30 de diciembre de cada anualidad. Si a la fecha mencionada, el Consejo Nacional de Salud no ha fijado los incrementos de que trata el presente artículo, el valor de dichos incrementos será expedido automáticamente por el Ministerio de Salud y protección Social o quien haga sus veces con base a la inflación o al incremento del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente que corresponda a la siguiente anualidad, caso en el cual se acogerá el mayor incremento.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y con el Departamento Nacional de Planeación, precisará las diversas fuentes y tipos de recursos según su destinación:

a) Recursos destinados a la Atención Primaria en Salud que afectan positivamente los determinantes sociales relacionados en el Artículo 9 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, pero que no provienen del sector salud, ni están a cargo de la ADRES.
b) Recursos del SGSSS que no son de la UPC, los subsidios a la oferta para salud pública, el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, los CAPS y los Equipos Básicos de Salud, los destinados a infraestructura y dotación hospitalaria, la incorporación de los trabajadores de la salud a las plantas de personal, el Sistema Único de Información en Salud y los demás que se consideren necesarios.
c) Los recursos de la UPC definidos en este artículo para cubrir el PBS.

Artículo 17. Gestión de Pago por la Prestación de Servicios de Salud. El giro directo para pagar la atención de servicios de salud desde la ADRES se dará en todos los casos sobre el 90% del valor total de la UPC, de acuerdo con la auditoría del gasto y/o servicio prestado, y la certificación de deuda emitida por la respectiva Gestora de Salud y Vida. Los pagos a los prestadores se sujetarán al mecanismo

de giro directo, tanto lo correspondiente a UPC como los recursos de Presupuestos Máximos, sobre costos y los que a cualquier título reconozca la ADRES a las GSV por prestación de servicios de salud.

La ADRES a su vez, registrará en sus pasivos, toda acreencia y reclamación que haya sido radicada y el Gobierno Nacional reglamentará el régimen de inversiones de la liquidez que ampare estas posibles obligaciones y contingencias. Los recursos provenientes de eventuales reajustes de la UPC, presupuestos máximos o sobre costos, también se someterán a la regla de giro directo señalada en el presente artículo. En todo caso, el Ministerio de Hacienda deberá garantizar los recursos y pagos por servicios de salud prestados sin exceder los 30 días calendario posteriores a la aceptación de la factura por la ADRES.

Artículo 18. Autorización del Pago de Servicios. Con el fin de garantizar la adecuada ejecución de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Gestoras de Salud y Vida (GSV) deberán implementar y mantener un sistema integral de auditoría y control interno sobre los giros realizados mediante el mecanismo de giro directo, que contemple auditorías concurrentes, aleatorias y posteriores, tanto internas como externas.

En los contratos bajo modalidad de capitación entre las GSV y los prestadores de servicios de salud, dicho sistema de auditoría deberá incluir el seguimiento al cumplimiento de los compromisos de atención, que incluyen la demanda inducida, resultados en salud y la gestión del riesgo por parte del prestador.

Artículo 19°. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud ya que su condición de discapacidad y/o socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselo por sí misma, tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidador, entre otros, conforme a los que sean considerados por el Comité de Expertos, el Consejo Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, quienes determinarán si hacen parte de la UPC, presupuestos máximos o cualquier otro mecanismo, mediante el estudio técnico correspondiente.

El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos, dentro de las cuales se podrá incluir, entre otros, recursos o presupuesto del Departamento de Prosperidad Social del Fondo de Superación de Pobreza.

Parágrafo. Cuando se prescriba cuidador como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia**,** a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal, salvo objeción de la persona a quien se le prescribió este servicio social complementario.

Artículo 20°. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias

del impacto financiero por maternidad, paternidad o por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.

Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.

El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.

Parágrafo 1. El Sistema de Salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.

Parágrafo 2. Todas las provisiones y garantías establecidas en la presente ley para las mujeres y personas gestantes no cotizantes, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre a causa de su muerte.

Parágrafo 3. El Gobierno nacional, en un término no superior a un (1) año posterior a la entrada en vigencia de la presente Ley, determinará la fuente de recursos para financiar estas prestaciones económicas, teniendo en cuenta que, en todo caso, esta no será financiada con los recursos de la UPC. Los beneficios que actualmente se reconocen, no se modifican con la vigencia de la presente Ley, salvo en lo previsto en este artículo.

Artículo 21. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que las Empresas Sociales del Estado (ESE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean públicas, privadas o mixtas, accedan a créditos blandos con tasas compensadas destinadas al saneamiento financiero, estabilización y permanencia en el Sistema de Salud.

Lo anterior sin perjuicio de la concurrencia que le corresponde al Gobierno Nacional en el saneamiento de las deudas al interior del Sistema de salud, en razón al cumplimiento de las obligaciones que pueda tener con estos prestadores.

Parágrafo 1°. Se dará prioridad a aquellas instituciones que acrediten afectaciones financieras comprobadas derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotores de Salud (EPS), de las intervenciones forzosas.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional reglamentará la destinación, condiciones y mecanismos de control de estos créditos, asegurando criterios de transparencia, eficiencia y equidad en su otorgamiento, los cuales serán debidamente verificados por la Superintendencia financiera y la Superintendencia de Salud, según lo de sus competencias.

Artículo 22°. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC). Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 o la que modifique o sustituya, para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la respectiva caja.

Parágrafo 1. La modificación temporal de la destinación del porcentaje del FOSFEC será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de presente Ley.

Parágrafo 2°. Las Cajas de Compensación Familiar deberán emitir un informe mensual detallado sobre el empleo discriminado de estos recursos del FOSFEC por el tiempo que dura el proceso de liquidación.

Artículo 23°. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así:

> **Artículo 2°. Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras**. Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud:
>
> 1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante regular no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.

3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.

4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.

5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito.

Parágrafo 1. Para ejecutar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Así mismo, haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.

Parágrafo 2. El uso de los recursos de los saldos de las cuentas maestras estará sujeto a procesos integrales de inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes. Las entidades territoriales deberán reportar de forma periódica y pública la ejecución, destinación y resultados del uso de dichos recursos, en concordancia con los principios de eficiencia, transparencia y rendición de cuentas del sistema de salud, garantizando la transparencia en su destinación y ejecución.

Artículo 24°. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones. Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales,

de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011 o la que la modifique o sustituya, correspondientes a las vigencias de 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población no cubierta con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado (ESE), entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial.

Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior.

Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.”

Parágrafo. Los recursos a los que hace referencia el presente artículo deberán ser objeto de seguimiento, inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes, con el fin de garantizar su destinación efectiva y transparente al saneamiento de deudas a las que hace mención el presente artículo.

Artículo 25°. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

Artículo 21. Usos de los recursos excedentes del sector salud. Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos:

1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos

de las Empresas Sociales del Estado o financiar acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC).

En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral.

Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo. Los recursos a los que hace referencia el presente artículo deberán ser objeto de seguimiento, inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes, con el fin de garantizar su destinación efectiva y transparente al saneamiento de deudas a las que hace mención el presente artículo.

TÍTULO IV
ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I
GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 26°. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son las entidades de naturaleza pública, privada o mixta, responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el aseguramiento del riesgo en salud. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Beneficios en Salud y los No PBS a los afiliados, así como autorizar el pago que debe hacer la ADRES a los prestadores, previa auditoría del servicio prestado y facturado.

Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:

1. Gestionar integralmente el riesgo en salud individual de sus afiliados, fortaleciendo el autocuidado de los afiliados, la familia y del cuidador, articulándose con la gestión del riesgo poblacional de las entidades territoriales y la Gestión Integral del riesgo clínico de los prestadores, desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las RIITS.

2. Identificar, segmentar, analizar, evaluar, tratar y monitorear los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana.

3. Desarrollar modelos estimativos y de atención que permitan la gestión integral del riesgo en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo, incluyendo Rutas de Atención Integral en Salud, guías de práctica clínica y la evidencia necesaria para la atención en salud más efectiva.

4. Organizar, gestionar y contratar la red prestadora de servicios de salud para sus afiliados, acorde con el perfil epidemiológico, las necesidades en salud y la capacidad instalada en los territorios, con el fin de articular los servicios para garantizar el acceso efectivo a los afiliados. Estas redes serán habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. Se prohíbe la integración vertical para la mediana y alta complejidad, dependiendo de las condiciones de suficiencia y capacidad instalada de prestadores de los servicios en salud en el territorio donde opera la Gestora de Salud y Vida.

5. Apoyar a las Direcciones Departamentales, Distritales o Municipales en la organización, conformación, planeación estratégica, el monitoreo y evaluación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) funcionales para la gestión en salud, las cuales incluirán prestadores públicos, privados y mixtos, de acuerdo con los lineamientos de habilitación definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.

7. Gestionar el sistema de referencia y contrarreferencia para los afiliados de su red prestadora de servicios, habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de su propia red sea requerida por la población.

8. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de su red de prestadores de servicios de salud para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.

9. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

10. Realizar la auditoría integral de calidad, de facturación y cuentas médicas de manera previa, concurrente y posterior de las prestaciones de servicios de salud de su red en todos los componentes de la atención, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, jurídicos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio. La facturación auditada será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para efectuar los pagos a los que haya lugar.

11. Realizar la gestión, auditoría y validación necesaria para el pago de las prestaciones económicas en favor de los afiliados.

12. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.

13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros del SGSSS.

14. Gestionar la prestación de servicios especializados en el nivel de complejidad correspondiente para personas con enfermedades raras, huérfanas o de alto costo, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo, según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

15. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran, de tal forma que su prestación no afecte la continuidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.

16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

17. Interoperar y gestionar la información generada con el SPUIIS.

18. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y cumplir las buenas prácticas de gobierno corporativo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

19. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de

comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.

20. Representar al usuario frente a los prestadores de servicios de salud y demás actores del SGSSS, sin perjuicio de la autonomía del afiliado, según lo establecido en la Ley 1122 de 2007 o la ley que la modifique o sustituya.

21. Representar al afiliado ante los prestadores de servicios en salud y los demás actores del Sistema de Salud.

22. Gestionar el riesgo en salud articulando los CAPS con los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS).

23. Afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando siempre la libre escogencia del usuario; registrar y carnetizar a los afiliados y remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales correspondientes la información de afiliación que será incluida en el SPUIIS.

Artículo 27°. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de la entrada en vigencia de esta ley, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios de habilitación de las Gestoras de Salud y Vida contenidos en el artículo 29. Las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales, y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la manifestación por escrito de su intención de acogerse o no acogerse a dicha transformación. Para lo anterior, deberán presentar el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, así como, el correspondiente plan de saneamiento, los cuales deberán ser de acceso público para que la ciudadanía pueda hacer seguimiento al cumplimiento de las obligaciones, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.

2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.

Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones dentro del término antes indicado, se iniciará inmediatamente el proceso de retiro cumpliendo los requisitos estipulados para el numeral dos (2) del presente artículo.

En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras, el cual se tendrá que implementar en un tiempo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, y al finalizar este plazo, deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas. En caso de incumplimiento, la Entidad Promotora en Salud entrará en proceso de vigilancia especial durante un periodo no mayor a seis (6) meses para determinar, si puede o no, seguir en el proceso de transformación.

El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar ni la prestación del servicio al usuario, ni la operación. Esto estará sujeto a la función de vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

En el caso del numeral dos (2), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses previstos en el presente artículo.

El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 o la que modifique y sustituya, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud sin perjuicio de la forma de vinculación.

Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud o sí, siendo aprobado se incumple, se aplicará lo dispuesto en el numeral 2 del presente artículo, caso en el cual, el Gobierno Nacional deberá asumir los pagos a los prestadores del servicio de salud que se hayan causado con cargo a los Presupuestos Máximos y estén pendientes de pago a la fecha de la solicitud del retiro voluntario.

En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.

Parágrafo 1. Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad existente antes de la intervención, a quien esta ley les restituye sus facultades para tomar la decisión y para hacer la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Para el respectivo saneamiento de los pasivos, se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) otras fuentes de recursos legalmente establecidas y el plan de pago de deudas que tenga el Gobierno Nacional con la EPS, sin el cual no se dará el proceso de transformación, y se aplicarán las normas de funcionamiento vigentes

antes de la fecha de sanción de esta ley, se podrá dar aplicación al numeral 2 del presente artículo.

Parágrafo 3. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 29 de la presente ley, obtendrán una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello, se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición, hasta que se dé la habilitación como gestora o la medida de vigilancia prevista en el aparte final del inciso 2 del presente artículo.

La habilitación transitoria estará sujeta al cumplimiento de condiciones mínimas de continuidad en la atención, sostenibilidad operativa y los requisitos de habilitación financiera establecidos en el régimen de transición. Durante la mencionada habilitación, las EPS deberán reportar a la Superintendencia de Salud informes periódicos administrativos, financieros y de resultados en salud, los cuales serán de acceso público garantizando la transparencia y el seguimiento ciudadano. El incumplimiento de estas disposiciones podrá dar lugar a la revocatoria de la habilitación transitoria.

Artículo 28°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por **tres (3) años**, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley.

Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de la población a su cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que concierne al modelo predictivo, preventivo y resolutivo de que trata esta ley.
2. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS, deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que establezca en la reglamentación el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme lo dispuesto en presente artículo.
3. Durante el periodo que permanezcan como EPS, será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.

4. Todas las EPS tendrán plazo máximo de tres (3) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. En todo caso, se dará especial protección y garantía de continuidad en la prestación del servicio a los pacientes que estén en tratamiento a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley. Cuando por razones de insuficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener la integración vertical la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.
5. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita, la cual será reconocida mensualmente, a través del giro directo de que trata esta ley, de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.
   Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las EPS, la ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.
6. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente, durante el periodo de transición a Gestoras de Salud y Vida.
7. En cualquier momento y antes de cumplirse los tres años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

Parágrafo 1. En la transformación de las actuales EPS en Entidades Gestoras de Salud y Vida, los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde.

Parágrafo 3. El Ministerio de Hacienda o la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, podrá certificar el pago de los pasivos y acreencias de las EPS con participación accionaria del Estado, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 4. Las EPS que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras,

sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. No podrán escindir sus activos fijos hasta que no haya cumplido con el paz y salvo del 100% de sus pasivos. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida.

Artículo 29. Requisitos de Habilitación de las Gestoras de Salud y Vida. Para la habilitación de las Gestoras de Salud y Vida, se aplicarán como mínimo los siguientes requisitos habilitantes.

1. **Estudio de capacidad técnico-administrativa.** Este estudio se soportará en la información que permita demostrar que la entidad cumple con las condiciones legales y los procesos administrativos, contables, logísticos, de gestión del talento humano y contratación que permitan demostrar el cumplimiento de las funciones indelegables.
2. **Estudio de capacidad tecnológica y científica.** El cual debe demostrar que la entidad contará con la infraestructura, tecnologías, sistemas de información y comunicación, procesos y recursos humanos articulados para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento del riesgo en salud.
3. **Caracterización de la población que se pretende asegurar.** Que incluyan, mínimamente, la estructura demográfica, distribución geográfica, riesgos y estado de salud en términos de morbilidad y mortalidad, con base en la información disponible en el sector, condiciones sociales y económicas, incluyendo las laborales, étnicas, culturales y ambientales, factores epidemiológicos y determinantes de salud de responsabilidad estatal.
4. **Estudio de mercado.** Que contenga, entre otros, la estimación de la población que pretende gestionar, así como los supuestos y métodos utilizados en la estimación, distribución geográfica y etaria esperada de la población a afiliar en el ámbito territorial solicitado, identificando la población que se propone gestionar en zonas dispersas, rurales y urbanas. Demanda estimada de servicios requeridos en prevención de la enfermedad y promoción de la salud para dar cumplimiento a los estándares de atención y rutas integrales de atención en salud que se encuentren definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, análisis de las condiciones de oferta de servicios que se presentan en el ámbito territorial de su solicitud, análisis de competencia y condiciones de mercado en el aseguramiento del riesgo en salud y en la oferta de servicios.
5. **Estudio de factibilidad financiera.** El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera para el funcionamiento de la entidad, que incluya el presupuesto mensual proyectado para el primer año de operación y anual para los primeros tres (3) años, así como un análisis que observe el cumplimiento de las condiciones financieras establecidas en la normatividad vigente, junto con la descripción de las estrategias para garantizar su cumplimiento.
6. **Gobernanza.** Código de conducta y de gobierno organizacional de la entidad en los términos establecidos por el Ministerio de Salud.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará las disposiciones contenidas en el presente artículo dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Para tal efecto, se establecerán, entre otros aspectos, los estándares de oportunidad y acceso requeridos para la operación, así como los estudios técnicos y la documentación necesaria que acredite la capacidad administrativa, tecnológica y científica correspondiente.

Artículo 30°. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.

En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente Ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso, el mecanismo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones.

Además, podrán participar de incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario de hasta tres por ciento (3%) del total de recursos UPC asignados. Dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.

CAPÍTULO II

REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS

Artículo 31°. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 1438 de 2011, para la aplicación de la presente Ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Componente primario: Es aquel por el cual el prestador primario público, privado o mixto, que se denominarán Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, velarán por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutiva para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.

Los CAPS en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas relacionadas con el comportamiento epidemiológico de la región, también contará con otras profesiones relacionadas

con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

Componente complementario: Es aquel en el cual los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos cuentan con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Estos deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integral de Servicios de Salud definida.

Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las entidades territoriales de salud, establecerán convenios de desempeño tanto con los CAPS como con las IPS de mediana y alta complejidad, con el fin de garantizar la calidad de la atención, el cumplimiento de metas, la eficiencia en el uso de los recursos y los resultados en salud. Dichos convenios deberán incluir: metas verificables, mecanismos de auditoría, incentivos y control de cumplimiento, bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Podrán formar parte de las RIITS, previa habilitación y registro ante la autoridad competente, los establecimientos farmacéuticos, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, universidades, ONGs y demás entidades privadas, siempre que cumplan los requisitos técnicos, patrimoniales, administrativos y de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Todos los integrantes de las RIITS estarán obligados a interoperar con el Sistema de Información en Salud, conforme a los estándares definidos por el Ministerio de Salud, garantizando la trazabilidad, integración y disponibilidad de la información clínica, administrativa y financiera.

Sin perjuicio de las labores propias de las Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República ejercerá la vigilancia y control fiscal sobre el uso de los recursos públicos que administren los actores de las RIITS. Para tal efecto, las Gestoras de Salud y Vida, las ESE, IPS, y demás entidades que integren la red, deberán reportar periódicamente la información financiera, operativa y contractual, en los términos y condiciones que defina el Contralor General de la República.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud

supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Las Empresas de Salud del Estado (ESE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado se integren a las RIITS.

Parágrafo 4. La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a Contraloría General de la República. Para ello, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Empresas de Salud del Estado (ESE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información detallada sobre la administración de los recursos. El Contralor General de la República reglamentará la forma, el contenido y la periodicidad de dicha información.

En lo correspondiente a las ESE y las IPS privadas y mixtas, la obligación de reporte de información incluye a las entidades públicas, privadas y mixtas que las integren, cuando administren recursos públicos de la salud.

Artículo 32°. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje:

1. **Modelo de atención.** Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales y diferenciales. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios, de salud pública y ambiental.

   El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de entrada, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios

en los entornos de desarrollo de las personas y en los centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral de las personas, familias y comunidades.

2. **Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por parte de las Gestoras de Salud y Vida y las Entidades territoriales, así como asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las RIITS se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

   Cada RIITS deberá incluir todos los niveles de complejidad y podrán operar en una o varias entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará el procedimiento para la habilitación de las RIISS cuando en su constitución concurran varias entidades territoriales, tomando en cuenta esquemas asociativos territoriales previstos en la Ley 1454 de 2011 o en la norma que la sustituya, complemente o modifique.

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales, de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, que permitan adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

   La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la inspección, vigilancia y control de las RIITS, siendo apoyada por las entidades territoriales.

4. **Sistema de asignación e incentivos.** Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la RIITS, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

   El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos para la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida, el

cual no será superior al tres por ciento (3%), dicho porcentaje deberá estar soportado mediante un estudio de costeo de los incentivos.

Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad.

Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

a. **Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros: cobertura en vacunación, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.

b. **Satisfacción de los usuarios:** La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas en la atención hospitalaria y en la entrega completa de medicamentos, las tasas de peticiones, quejas, reclamos, tutelas, desacatos, entre otros.

c. **Uso eficiente de recursos:** Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención de pacientes entre los diferentes niveles de atención y en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.

5. **Resultados.** Las RIITS deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del SOGC. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. **Generación de valor.** Los modelos de contratación con las RIITS y las modalidades de pago pactadas deben responder a parámetros de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos del sistema, debiendo establecerse metas y resultados en salud, así como el uso de guías y protocolos.

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados y evaluados anualmente por las Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de sus funciones, así como por las direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud en cumplimiento de su función de conformación y organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 33. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública, gestión intersectorial, participación social y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las necesidades de la población, se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio.

La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas como la especialidad de medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio. Los profesionales y especialistas podrán desempeñar roles clínicos y administrativos o como coordinadores de los CAPS en salud.

Los CAPS públicos, privados y mixtos podrán tener y operar puntos de atención descentralizados con el fin de promover y garantizar el acceso y el derecho a la salud. Dichos puntos de atención se denominarán puestos o centros de salud, y se organizarán de acuerdo a las condiciones geográficas, demográficas y socioculturales tanto a nivel rural como urbano.

Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley la conformación, tipologías, localización, funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud. Ningún CAPS podrá sobrepasar el número de personas adscritas acorde a la capacidad de habilitación del respectivo CAPS.

Estas condiciones serán revisadas y evaluadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar su cobertura, la eficiencia y eficacia en la atención.

Las Auditorías Integrales de cuentas médicas y de las prestaciones de servicios de salud, se realizarán por las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente ley.

Parágrafo 2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS. Igualmente se tendrá en cuenta el cumplimiento de indicadores de calidad respecto de la prestación actual de los servicios.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y continua de servicios en salud mental, previa evaluación de suficiencia de personal, ubicación según los territorios y la promoción y generación de incentivos para la formación de profesionales en esta materia. Lo anterior, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del sistema para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.

Artículo 34°. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. **Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública.**

    a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.

    b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas en el proceso de caracterización de la población.

    c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud como el primer contacto del sistema de salud.

d. Desarrollar e implementar los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.

e. Prestar los servicios de salud y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes para la continuidad e integralidad de la atención.

f. En armonía con lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 o la que la modifique o sustituya, podrá implementar un modelo de salud que asegure la pertinencia sociocultural de los servicios de salud acorde con las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

g. Notificar ante las entidades competentes, los casos donde se sospeche maltrato infantil, violencia sexual, violencia intrafamiliar o violencias basadas en género y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención integral a las víctimas.

2. Gestión intersectorial y participación social.

a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.

b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de comunicación, atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.

c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

3. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida.

a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán y articularán información sobre las caracterizaciones de la situación de salud de su población.

b. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.

c. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población para garantizar la calidad de la atención en salud.

d. Los CAPS deberán contar con informes semestrales a nivel financiero y administrativo que permitan la realización de las auditorias correspondientes, a la totalidad de las cuentas y servicios, así como de los resultados en salud. Se garantizarán los mecanismos para la respectiva participación de las veedurías ciudadanas.

Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE) que presten servicios de baja complejidad al momento de la promulgación de la presente ley continuarán atendiendo la población que tengan asignada siempre y cuando adopten la estructura, funciones y procesos de los CAPS. Igualmente se tendrá en cuenta el cumplimiento de indicadores de calidad respecto de la prestación actual de los servicios.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos para garantizar en el nivel primario de atención, la disponibilidad permanente y continua de servicios en salud mental, con el propósito de prevenir y tratar los problemas psicológicos y trastornos mentales, así como hacer acompañamiento psicoemocional a los usuarios del Sistema, para reducir las afectaciones de salud mental en la comunidad.

Artículo 35°. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garanticen las rutas integrales de Atención en Salud para el diagnóstico, tratamiento individual e integral, la adquisición y la distribución, dispensación y/o aplicación de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Las instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

La prestación de servicios se realizará de forma individual e integral mediante programas especiales el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo

territorio, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida**.**

Para la prestación de servicios de salud especiales y para garantizar la continua atención, equidad, acceso y resultados en salud se debe propender para que los pacientes reciban la mayor parte de los servicios en la institución tratante en la institución experta y lo más cerca de su territorio, siempre respetando la libre elección.

Parágrafo 1. En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y deberá contar con la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman.

Parágrafo 2. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas.

CAPÍTULO III

EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

Artículo 36°. Empresas Sociales del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Instituciones de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

Las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC). Para la asignación de los recursos que financiarán esta iniciativa no se podrán afectar los recursos con destinaciones específicas y se deberá contar con estudios técnicos basados en criterios epidemiológicos y financieros. Lo anterior deberá sustentarse por solicitud expresa de las entidades territoriales en el marco de la insuficiencia de la capacidad instalada.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las Instituciones de Salud del

Estado Itinerantes, el transporte multimodal (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.

TÍTULO V

PERSONAL DE SALUD

Artículo 37°. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. **El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico – quirúrgicas en las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas.** Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Estas Instituciones definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.
2. **Asignación de becas.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para garantizar mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.
3. El Gobierno Nacional dispondrá de simulacros basados en el examen único oficial, y publicará las respuestas de cada ciclo de exámenes finalizados para garantizar el pleno acceso a postulantes a las áreas de preparación del próximo examen. El Ministerio de Educación y la Procuraduría General de la Nación realizarán la vigilancia de la gestión de exámenes, resultados y custodia de las pruebas para evitar fraude.

Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerada, en las regiones de donde fueron beneficiados por la asignación de becas. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno Nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

Parágrafo 3. Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico-quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud.

Parágrafo 4. El Gobierno Nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas medicas presenciales encabezadas por las Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas Territoriales de Salud.

Parágrafo 5. Ampliación de cupos de docencia-servicio. Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Empresas Sociales del Estado (ESE) sean reconocidas como escenarios de docencia-servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia-servicio.

Parágrafo 6. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación desarrollarán los lineamientos y contenidos para el fortalecimiento de la resolutividad de los profesionales del área de la salud para identificar de manera temprana las diferentes patologías, incluyendo las relacionadas con la salud mental.

Artículo 38. Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS.

El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera:

a. El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la

Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año.

b. El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), el año en que se realice la solicitud.Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.

c. El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para técnicos y tecnólogos el equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para técnicos y tecnólogos. Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.

Artículo 39. Régimen Laboral de las Empresas Sociales del Estado (ESE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley.

Son normas generales del régimen laboral de los servidores de las Empresas Sociales del Estado (ESE), las siguientes:

1. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes del orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ESE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza garantizando el derecho al trabajo digno, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de ESE que determine el Gobierno nacional.

2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ESE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las Normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.

3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, les serán aplicables lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas, siempre y cuando dichos acuerdos o convenciones no vulneren los derechos mínimos de los trabajadores.

4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones que en materia de empleo público se encuentren vigentes además de las que la reglamenten, modifiquen o sustituyan y se armonicen con lo dispuesto en la ley 10 de 1990.

5. La remuneración de los empleados públicos de las ESE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones colectivas de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.

   Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ESE.

   Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las ESE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Ley 2400 de 1968, el artículo 5 del Decreto Ley 3135 de 1968 y el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011 se prohíbe la celebración de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad de vinculación contractual diferente a la laboral para el desarrollo de funciones misionales, propias y permanentes en salud.

Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las ESE que a la entrada en vigencia de la presente Ley se encuentren en ejecución, se entenderán subrogados en las ESE.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional establecerá un sistema especial de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud mismo que deberá establecer la estructura y alcance de estos.

Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990

Artículo 40. Laboralización y formalización de las ESE. Las ESE vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente Ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023.

Las ESE implementarán una planta temporal como mecanismo transitorio mientras se realizan los estudios correspondientes para la provisión definitiva de la planta permanente para el nivel asistencial, técnico y profesional. La provisión de los empleos en la planta temporal deberá cumplir con el procedimiento señalado en la Ley 909 de 2004.

En ausencia de lista de elegibles, los empleos en la planta temporal se asignarán de manera preferencial a las personas que cumplan con los requisitos establecidos y que, al momento de la entrada en vigencia de la presente Ley, estén prestando servicios de salud y desarrollando actividades mediante una modalidad de vinculación diferente. En todo caso, para el proceso de vinculación, una vez cumplidos los requisitos, prima la antigüedad.

El Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará en un plazo de un (1) año un modelo técnico estandarizado para la creación de plantas de personal en las ESE, garantizando el principio meritocrático, la formalización laboral voluntaria de quienes prestan servicios de salud.

Artículo 41. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta las convenciones colectivas de trabajo vigentes y normas concordantes.

Está prohibida cualquier forma de vinculación del talento humano en salud que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes para el sector privado o mixto, según sea el caso.

Se deberán respetar las jornadas máximas legales establecidas dentro de las diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano; evitando jornadas extenuantes que puedan poner en peligro el correcto desarrollo del ejercicio, la calidad en el servicio, la seguridad, la salud, así como la dignidad del talento humano en salud.

Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores, de las instituciones de salud se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, realizando tamizajes periódicos a los trabajadores y desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud y, así mismo, poder ofrecer atención prioritaria para quienes lo requieran.

Adicionalmente, se implementará un programa de atención integral en salud mental y adicciones para los trabajadores de la salud, que incluirá tamizajes continuos, los cuales proporcionarán los lineamientos para campañas de prevención y promoción de la salud mental, así como para identificar la necesidad de tratamientos

específicos. Asimismo, las y los profesionales de la salud recibirán atención continua en salud mental, basada en tres ejes fundamentales: promoción, prevención y atención integral.

Esta atención tendrá un enfoque diferencial con base en estudios técnicos y estadísticos que evidencien los grupos poblacionales a intervenir que incluirá a mujeres, población LGTBIQ+, población indígena y población racial.

Parágrafo 1. Las administradoras de riesgos laborales, en conjunto con los prestadores de servicios de salud y en general los empleadores del sector salud, deberán organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán brindar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud. Adicionalmente, contarán con programas especiales para las ocupaciones, profesiones y especialidades clasificadas como de riesgo alto. Se deberá informar al Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud sobre las actividades aquí dispuestas, y su implementación con las evidencias respectivas.

Parágrafo 2. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 3. A partir de la vigencia de la presente Ley, no se expedirán más credenciales de expendedores de drogas y las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga el título de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, auxiliar en servicios farmacéuticos, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán seguir desempeñándose en la dirección de una droguería, previo registro en la respectiva entidad territorial mientras se definen e implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente.

y que no supere los 5 años. En todo caso, el Gobierno Nacional deberá garantizar los mecanismos necesarios para evitar la afectación en la dispensación de medicamentos por esta causa.

Parágrafo 4. Con el fin de promover la profesionalización y tecnificación del talento humano idóneo del sector farmacéutico así como la calificación del mismo, para la dirección de droguerías, el gobierno Nacional dispondrá los mecanismos que permitan ampliar la oferta de programas académicos y el acceso para la educación

continua de auxiliares en servicio farmacéutico, expendedores de drogas, y tecnólogos en regencia de farmacia, especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para garantizar mayores estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos

Artículo 42. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud Especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud y las ESE podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Parágrafo 1. En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.

Parágrafo 2. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna, digna y justa, so pena de la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 3. Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.

Parágrafo 4. Las instituciones de prestación de servicios de salud y las ESE deberán garantizar a los especialistas médico-quirúrgicos vinculados bajo cualquier modalidad, el acceso a capacitación y actualización continua, con el fin de mantener y mejorar sus competencias profesionales. Estas instituciones deberán promover programas de bienestar laboral y prevención de riesgos ocupacionales, especialmente para aquellos que desarrollen actividades en zonas rurales, de difícil acceso o con alta carga asistencial.

Artículo 43. Trámite expedito para convalidación de títulos en salud obtenidos en el extranjero. Agréguese un nuevo parágrafo al artículo 35 de la Ley 2136 de 2021, que quedará así:

ARTÍCULO 35. Determinación de Equivalencia en Áreas de la Salud. (...)

Parágrafo: Las solicitudes de convalidación de títulos en áreas de la salud se adelantarán en un término máximo de 120 días calendario, de acuerdo al Criterio de evaluación académica. El trámite sólo podrá ser suspendido cuando en el expediente se encuentren documentos faltantes, y se reanudará una vez el solicitante subsane. Procederá la prórroga hasta por 120 días calendario, a solicitud del solicitante para completar la documentación del expediente.

Artículo 44. Autonomía de los profesionales de la salud. En cumplimiento del Artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el SGSSS garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes puestos bajo su cuidado. En ejercicio de dicha autonomía, no se requerirán autorizaciones administrativas adicionales dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS-, puesto que la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación de un servicio.

Las IPS, públicas, privadas o mixtas, o las RIISS, constituirán Comités de Autorregulación Profesional -CARP-, cuya función será velar por la aplicación de los criterios de autorregulación, pertinencia, racionalidad, evidencia científica y costo eficiencia de los actos de los profesionales de la salud, y por la continuidad e integralidad del ciclo de atención de la condición médica. Estos Comités operarán con pleno respeto de la autonomía profesional y del derecho a la objeción de conciencia, fundamentados en la Lex Artis de cada profesión, orientados por los protocolos y las guías de manejo, con la participación de pares académicos de las respectivas profesiones.

Parágrafo. El gobierno nacional y las entidades territoriales garantizarán los recursos necesarios para el funcionamiento de los tribunales profesionales ético-disciplinarios, y dispondrán de nuevos recursos para el efecto, según estudio técnico que realizarán el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Artículo 45. Discrepancia entre profesionales de la salud. En caso de discrepancia clínica o académica entre profesionales, se dará aplicación a lo establecido en el Artículo 16 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, sobre el procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud, los cuales serán dirimidos por las Juntas Médicas Reguladoras -JMR-, de las IPS o de las RIISS, las cuales contemplarán, cuando menos, los siguientes criterios:

1. Una vez se produzca la discrepancia en torno al diagnóstico o a la alternativa terapéutica, el profesional tratante o el que controvierte remitirá el caso al CARP de la IPS, pública o privada, o de la correspondiente RIISS, según sea el caso.

Dicho Comité citará y presidirá una JMR en la que concurrirán dos o más pares profesionales o especialistas en el área.

2. El profesional tratante deberá aportar los elementos científicos que justifiquen el diagnóstico o la alternativa terapéutica; igualmente, el profesional que controvierte podrá aportar el soporte técnico o científico que considere necesario.
3. En caso de que la JMR esté de acuerdo con lo ordenado por el profesional tratante, bastará con que imparta su aprobación y conste en el acta de la reunión.
4. En el evento de que la JMR esté en desacuerdo con lo dispuesto por el profesional tratante, señalará en el acta las razones específicas por las cuales considera que ello no es lo más aconsejable para el caso concreto, indicará la opción adecuada y le advertirá al profesional tratante los riesgos derivados del tratamiento prescrito.
5. La conducta que se tomará será preferencialmente la indicada en la JMR, previo informe al paciente o a sus familiares y una vez obtenido el consentimiento informado.
6. No obstante, si el profesional tratante, en desarrollo de su autonomía, decide mantener el diagnóstico o la alternativa terapéutica, podrá desistir del manejo del paciente puesto bajo su cuidado a menos que el paciente desee continuar siendo atendido por él.

En todo caso, se respetará el derecho al consentimiento informado del paciente.

Artículo 46. Política de Formación de Talento Humano en Salud. En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud -THS-, la formación en los diferentes niveles de educación tendrá en cuenta los siguientes criterios:

1. Las prioridades de formación del THS se orientarán según las necesidades de la población, para mejorar la calidad de vida, de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por el Sistema de Salud, con enfoque familiar, comunitario, territorial, diferencial y de género, y con sustento en la mejor evidencia científica existente.
2. Generar incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales y urbanas dispersas, con el propósito de incrementar la disponibilidad del THS.
3. Brindar estímulos para la formación en las profesiones y ocupaciones del área de la salud que se consideren priorizadas.
4. Establecer mecanismos para el ingreso a los posgrados de las áreas de la salud de acuerdo con las necesidades del sector y de los diferentes territorios, en condiciones de transparencia y equidad.
5. Establecer criterios para la relación docencia servicio y cupos para los diferentes escenarios de práctica formativa.
6. Establecer condiciones de calidad para la oferta de nuevos programas de formación para los profesionales de la salud en las IES y para la formulación

de planes institucionales de formación continua que permitan el aumento de cupos en las instituciones existentes.

7. Desarrollar programas de formación y educación continua del THS, que comprenda los procesos y actividades permanentes de capacitación y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades y destrezas, técnicas y prácticas.

TÍTULO VI
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 47. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así.

3. Prestación de servicios de atención en salud. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, continuidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente

Artículo 48°. Modifíquese el numeral 2 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

"2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente, digno y justo."

Artículo 49. Auditoría Integral del Gasto en Salud. Créase el Sistema Nacional de Auditoría del Gasto en Salud (SNAGS), como mecanismo permanente, técnico, independiente y articulado de control previo y vigilancia concurrente sobre el uso de los recursos públicos del sistema de salud, con el fin de garantizar su ejecución transparente, eficiente y su destinación exclusiva a los fines del derecho fundamental a la salud.

El SNAGS estará adscrito a la Contraloría General de la República, con autonomía técnica, presupuestal y operativa, y contará con una Unidad Técnica Especializada en Auditoría del Gasto en Salud, encargada de:

1. Auditar en tiempo real y de manera posterior los flujos financieros entre la ADRES, los aseguradores, prestadores, proveedores y demás actores que reciban, trasladen, ejecuten u ordenen recursos públicos del sistema de salud.
2. Verificar la razonabilidad de los pagos realizados, la suficiencia del soporte técnico de las prestaciones y la adecuada destinación de los recursos.
3. Cruzar información con el SPUIIS y demás sistemas interoperables del Ministerio de Salud, ADRES, Supersalud y entidades territoriales.

4. Emitir alertas tempranas sobre riesgos financieros, entre ellos: sobrefacturación, recobros irregulares, pagos duplicados o concentraciones indebidas del gastos.
5. Realizar auditorías integrales territoriales, priorizando zonas con mayores alertas o riesgos estructurales de corrupción o ineficiencia.
6. Publicar informes trimestrales y anuales de hallazgos, riesgos y recomendaciones, garantizando la trazabilidad y acceso ciudadano a la información auditada.
7. Colaborar armónicamente con la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Fiscalía General de la Nación, para el intercambio de información, remisión de hallazgos, y articulación de acciones preventivas o correctivas.

El Gobierno Nacional reglamentará en un plazo no mayor a seis (6) meses los lineamientos técnicos, metodológicos y presupuestales para la operación del SNAGS, su integración con los sistemas de información y los protocolos de interoperabilidad con los entes de control.

Parágrafo 1°. El SNAGS permitirá la participación de expertos independientes, universidades acreditadas y organizaciones de la sociedad civil en el diseño de sus metodologías de auditoría, sin que ello implique delegación de funciones propias del control fiscal.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES, las entidades territoriales y demás actores responsables al interior del sistema de salud, estarán obligadas a facilitar el acceso inmediato a la información financiera, contractual, clínica y administrativa que requiera el SNAGS, bajo responsabilidad disciplinaria y fiscal en caso de obstrucción.

Artículo 50. Articulación del SPUIIS y la Inspección, Vigilancia y Control. La Superintendencia Nacional de Salud administrará la información necesaria para efectos de inspección, vigilancia y control, y desarrollará los ajustes pertinentes a fin de interoperar con el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud establecido en la ley 1966 de 2019 o la que la modifique, haciéndolo parte integral del SPUIIS; sin perjuicio del acceso y administración que tengan otras superintendencias y demás órganos de control según sus competencias.

Como parte de su misionalidad, la Superintendencia Nacional de Salud, fortalecerá los canales de comunicación inmediata con los organismos de control fiscal, disciplinario y demás a que haya lugar, para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley en materia de transparencia y acceso a la información. El incumplimiento de las mismas, constituirá falta gravísima y la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las sanciones correspondientes. Lo anterior sin perjuicio de las demás acciones que podrán adelantarse por parte de las veedurías en salud.

El Sistema permitirá el acceso a la información a los entes de control, en función de su competencia, para el adecuado control fiscal, disciplinario y de garantía de derechos; para lo cual se deberá asegurar la habilitación en la plataforma, a las Contralorías del orden territorial y nacional, a la Procuraduría General de la Nación y demás instancias del Ministerio Público a nivel territorial, para lo de su competencia.

Parágrafo. El SPUIIS, deberá permitir y facilitar las auditorías mediante la medición de indicadores para evaluación de resultados; en materia de eficiencia en la gestión, efectividad clínica, trazabilidad e interoperabilidad, eficiencia y servicio, debida atención a usuarios y pacientes, reducción de costos al Sistema de Salud entre otros, de acuerdo con los lineamientos que establezcan en conjunto el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud.

Artículo 51. Control Interno. La Superintendencia de Salud deberá fortalecer los lineamientos generales del sistema de control interno para todos los actores al interior del sector salud; y establecer políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación. Lo anterior en concordancia con las disposiciones establecidas en la normatividad vigente, que le sean aplicables, incluyendo la Ley 87 de 1993.

El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del sector fortalecerá el Comité de Control Interno de la entidad, incluyendo los instrumentos que los diferentes actores generen en el marco de sus acciones de control, para mejora de todos los procesos. Así mismo, generará mecanismos que faciliten el control y veeduría ciudadana sobre la gestión interna de las entidades del sector.

Parágrafo. El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, en un término de 12 meses prorrogables, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, los componentes mínimos que deberá contener cada sistema de control interno de las entidades del sector salud.

Artículo 52. Acceso a la información del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) por parte de la Contraloría General de la República. La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos del sistema de salud colombiano, con base en la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de información en Salud (SPUIIS) u otro sistema de información o base de datos, conforme a lo dispuesto en el artículo 7° de la presente ley.

A ese efecto, los actores al interior del Sistema de Salud, deberán registrar en tiempo real la información de su competencia, y la Dirección de Análisis y Reacción inmediata (DIARI) de la Contraloría General de la República tendrá acceso pleno y en tiempo real a la información registrada en el SPUIIS, en el marco de sus competencias definidas por la ley.

Entre tanto se surte la etapa progresiva de integración al SPUIIS, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, dispondrán los mecanismo necesarios a que haya lugar para que la CGR y demás órganos de control accedan a la información necesaria que permita garantizar la gestión transparente y trazabilidad de los recursos.

TÍTULO VII

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 53°. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la Salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del SISPI respecto de:

1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.
3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el SISPI, garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Artículo 54. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por

un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud

Artículo 55. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), con especial priorización en los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), así como aquellos clasificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales en articulación con actores locales El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado siguiendo los lineamientos del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" (Acto Legislativo 02 de 2017). Este plan integrará las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes descentralizadas de atención en salud rural, así como los enfoques de determinantes sociales, territorial y diferencial, en consonancia con los principios de esta ley.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social actualizará permanentemente la formulación e implementación del PNSR.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento del PNSR, considerando las características y necesidades específicas de cada territorio. Estos recursos estarán destinados a garantizar el acceso a la salud en el marco de las RIITS, la construcción y mejoramiento de la infraestructura, la dotación de equipos, la planificación del talento humano en salud con enfoque diferencial y la mejora continua de la calidad de atención para las comunidades rurales y dispersas.

Parágrafo 3. El Gobierno Nacional deberá crear las estrategias adecuadas que permitan hacer seguimiento y evaluación al PNSR.

Parágrafo 4. El PNSR deberá vincular al Programa de atención psicosocial y salud integral a victimas (PAPSIVI) adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas con enfoque diferencial en las subregiones PDET.

Artículo 56. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas localmente por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los productores locales con criterios científicos, según la legislación aplicable y acorde con el perfil epidemiológico del país. Constituirá excepción a lo establecido en el presente artículo, lo siguientes casos:

1. Que exista falta de producción y desarrollo tecnológico suficiente a nivel nacional.
2. Que la evaluación de costo-efectividad señale la necesidad de adquirir tecnología a nivel internacional.
3. Que no constituya una barrera de acceso para que los usuarios accedan a la mayor innovación tecnológica en salud disponible.

Artículo 57. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

TÍTULO VIII
DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 58. Régimen de transición y evolución. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación bajo las reglas del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público, privado y mixto esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. El régimen de transición y evolución deberá garantizarse en condiciones compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, preservando la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las finanzas públicas. En consecuencia, las obligaciones corrientes del sector salud acumuladas al cierre de la vigencia 2025 deberán ser atendidas según la priorización y definiciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social, con cargo a los recursos de ese sector administrativo y en cumplimiento de la autonomía presupuestal prevista en el artículo 110 del Estatuto Orgánico de Presupuesto.

   Se entienden incorporadas como obligaciones corrientes los montos que resulten de la revisión y el ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que, en cumplimiento de lo dispuesto por la Corte Constitucional, deban efectuarse respecto de las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024. Dichas obligaciones deberán ser reconocidas y atendidas conforme a los lineamientos, cronogramas y mecanismos de pago definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las demás autoridades competentes, y sin perjuicio de las disposiciones judiciales y legales que, con posterioridad, desarrollen o complementen lo ordenado en sede constitucional.

   Sin perjuicio del periodo de transición de tres (3) años previsto en el numeral 4 presente artículo, la entrada en vigencia del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud estará obligatoriamente condicionada a que previamente se honren las obligaciones corrientes del sector salud, cuya certificación deberá ser expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República, con informes trimestrales ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.

2. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

   El pago de los contratos de los prestadores estará a cargo de la ADRES a través de la figura del giro directo de acuerdo a lo definido en la presente Ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud.

   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Gobierno Nacional garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de transformación a Gestoras de Salud y Vida.

3. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

   A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las EPS a las Gestoras de Salud y Vida.

4. Las EPS que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las nuevas Gestoras de Salud y Vida previstas en esta Ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento financiero a cargo de la ADRES y el aseguramiento del riesgo en salud a cargo del as Gestoras de Salud y Vida.

   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las UPC y demás recursos del SGSSS.

   Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de tres (3) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones establecidas en la presente ley en lo relacionado con la transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida.

5. El Ministerio de Salud y Protección Social a petición de las Gestoras de Salud y Vida adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las mismas para aquellas que quieran concentrar su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, Para la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS como Gestoras de salud y Vida se observarán las siguientes reglas:

   a. En un territorio donde haya una sola EPS, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden EPS o no haya Gestoras de Salud y Vida, los CAPS y/o las ESE, en primer lugar, o la Nueva EPS o la que haga sus veces, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas EPS o Gestoras de Salud y Vida de otro territorio, con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

6. Si no existiesen los CAPS operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS o la que haga sus veces garantizará la prestación del servicio con los prestadores de salud públicos, privados o mixtos disponibles si fuere necesario, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

7. Las EPS podrán subrogar los contratos que hayan celebrado para prestar un servicio en un territorio determinado y en el cual no continuarán haciéndolo. La subrogación se hará en favor de la entidad que asuma el aseguramiento del riesgo en salud del afiliado, usuario o paciente en dicho territorio.

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición hacia Gestoras de Salud y Vida, podrán concurrir a través de sus redes propias, a efecto de garantizar la continuidad en prestación de los servicios de salud de los pacientes.

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social o las entidades territoriales, según corresponda, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida.

10. El talento humano del sector salud que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales lo cual no aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de

este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las EPS. El giro directo aquí previsto para la ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan, en caso contrario se seguirán haciendo los pagos conforme a la normatividad prevista antes de la entrada en vigencia de la presente ley.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. (CISA) podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las EPS de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las EPS que soliciten el retiro voluntario o no cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida. Las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de transformación o retiro voluntario del que trata esta ley

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que incluyan el pago de las acreencias que hayan dejado las EPS liquidadas con anterioridad a la entrada en vigencia de esta ley, así como las deudas a cargo de las EPS que no logren transformarse en Gestoras de Salud y Vida, por retraso en los pagos de competencia del Gobierno Nacional. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, sin perjuicio de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en lo de su competencia, diseñarán programas de fortalecimiento institucional y financiero para que las ESE.

15. La Superintendencia Nacional de Salud fortalecerá los canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida. Asimismo, deberá implementar un

programa que facilite la orientación de los usuarios frente a los cambios previstos en la presente ley.

Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sea aprobada su transformación o retiro voluntario sus transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

16. Las personas que, al 31 de diciembre de 2025, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

    a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    b. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 3 meses y antes de 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    c. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 6 meses y antes de 9 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.
    d. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago después de 9 meses y antes de 12 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

17. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través de las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

18. Se habilita a la ADRES, como responsable del aseguramiento del riesgo financiero en salud, servirá de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana y alta complejidad y en caso de incumplimiento de las obligaciones del crédito por parte de estas IPS, se autoriza a la ADRES para el pago de las cuotas y a su descuento directo

que les corresponde. Para la aplicación del presente artículo el Gobierno Nacional, hará la respectiva reglamentación.

Artículo 59. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de estándares de mejores prácticas internacionales establecidas en la FDA y EMA. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del INVIMA. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Parágrafo. Con el objeto de fortalecer la capacidad operativa del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el control de productos que ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos autorizados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normatividad nacional.

Artículo 60. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social.

La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos:

a. Alfabetización en salud
b. Autoconocimiento y autoconciencia física y mental
c. Actividad física
d. Alimentación saludable
e. Prevención de riesgos
f. Buena higiene
g. Uso adecuado de productos y servicios de salud

Artículo 61. Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud. Autorizase al Gobierno Nacional para incorporar las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico,

tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud -INS, a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de mediano plazo.

Artículo 62. Cobertura de atención del Sistema de Salud para la población extranjera y turistas. A los extranjeros que ingresen con intención de visita temporal, se les exigirá un seguro de salud contra el cual la ADRES adelantará las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.

Parágrafo 1. El extranjero con vocación de residencia temporal por más de 90 días, o permanente, deberá afiliarse en calidad de cotizante o beneficiario según el caso, al sistema de seguridad social en salud.

Parágrafo 2. El Ministerio de Relaciones Exteriores en articulación con Migración Colombia y el Ministerio de Salud reglamentará la materia en cuanto al no cumplimiento de este requisito y formalidad para el acceso a los servicios de salud para efectos de terminación o cancelación del visado.

Artículo 63. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las Entidades Promotoras de Salud –EPS– en proceso de liquidación o liquidadas mantengan con los hospitales públicos serán reconocidas y pagadas de manera gradual en un plazo no superior a cinco (5) años, con cargo a vigencias futuras, conforme a los acuerdos que para tal efecto suscriba el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Parágrafo. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público reglamentará, dentro de los primeros seis (6) meses, contados a partir de la sanción de la presente ley, lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 64. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación, deroga las disposiciones que le sean contrarias y entra a regir a partir de su promulgación, teniendo en cuenta las disposiciones establecidas en el artículo 58 de la presente ley, especialmente en lo referido a sus numerales 1 y 4.

Cordialmente,

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República
Coordinadora Ponente

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Ponente

ANA PAOLA AGUDELO GARCIA
Senadora de la República
Ponente