

Bogotá, D.C., 25 de marzo de 2025

Honorable Senadora
Nadia Blel Scaff
Presidenta
Comisión Séptima
Senado de la República

REFERENCIA: Concepto proyecto de ley No. 312/2024 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 Senadora:

La Defensoría del Pueblo, en el marco de sus competencias constitucionales y legales, en defensa del derecho a la salud de las personas que habitan en Colombia, se permite rendir concepto sobre el proyecto de ley (PL) de la referencia, que busca adoptar una reforma a la salud. Por su conducto, le solicito respetuosamente trasladarlo al grupo de Senadoras y Senadores que han sido asignados como ponentes de la iniciativa.

El presente concepto se basa en cinco premisas que la Defensoría del Pueblo constata:

1. El estado actual del sistema de salud no es compatible con el goce efectivo del derecho a la salud. Con o sin reforma deben tomarse medidas que permitan resolver las problemáticas del sistema que conllevan afectaciones graves y masivas a la garantía del derecho a la salud en Colombia.
2. Esta situación se refleja en el hecho de que, como se expondrá, la acción de tutela y los incidentes de desacato se han visto rebasados en su eficacia para proteger el derecho fundamental a la salud.
3. Aunque el proyecto de ley se basa en principios constitucionales generales apropiados, no es clara la forma en que se adelantará el proceso de transición entre el sistema actual y la implementación del modelo que se adopte con la reforma. Particularmente, es necesario prever la manera en que se resolverá la dificultad crónica del flujo de recursos financieros para la operación del

sistema. Dicha dificultad ha afectado la oportunidad, la integralidad y la calidad de la atención en salud.

4. La discusión de la reforma es una oportunidad positiva para proyectar un sistema de salud en el que todos los actores involucrados en su funcionamiento (i) acepten que, tras 30 años de la puesta en marcha del actual sistema, este padece de distorsiones, inequidades y omisiones; a la vez que (ii) reconozcan y protejan las importantes capacidades construidas.
5. El volumen de recursos y los esfuerzos sociales invertidos durante estas décadas conlleva una enorme responsabilidad colectiva con el futuro del derecho a la salud en Colombia. Es necesario transitar hacia una nueva forma de operación del sistema de salud en la que todos los actores se sientan representados, comprometidos y orientados por una gobernanza fuerte, que se encamine al bien común.

En el presente concepto la Defensoría del Pueblo presentará, en primer lugar, las problemáticas del sistema de salud en Colombia que el proyecto de ley pretende atender tomando como referencia la exposición de motivos; en segundo lugar, se repasará el diseño del sistema de salud propuesto en el PL; en tercer lugar, el concepto hará referencia al aumento de quejas y acciones de tutela en relación con el derecho a la salud; en cuarto lugar, se expondrá brevemente el marco constitucional del derecho a la salud que debe ser atendido en el debate y aprobación de la reforma; en quinto lugar, se señalarán los aspectos que más preocupación generan en lo referente al contenido actual de la reforma; en sexto lugar, se presentarán las propuestas de modificación del texto del proyecto de Ley aprobado por la Cámara de Representantes; en séptimo y último lugar, se harán una petición defensorial.

1. Las problemáticas del sistema de salud colombiano y la pertinencia de la reforma a la salud, tomando como referencia la exposición de motivos

En Colombia el sistema de salud ha enfrentado desafíos significativos en materia de desigualdad en el acceso, barreras administrativas y falta de un enfoque integral para atender las necesidades de las poblaciones más vulnerables.

Estas situaciones se evidencian a través de la jurisprudencia, informes y análisis defensoriales presentados a lo largo de los años, así como investigaciones académicas, gubernamentales y legislativas, en las que se han basado los cambios normativos en distintos momentos.

La exposición de motivos del proyecto de ley es extensa en indicar las inequidades e ineficiencias acumuladas del sistema y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la población¹.

En la exposición de motivos del PL, aunque el gobierno nacional reconoce que el sistema de salud en Colombia ha progresado, sostiene que persisten grandes desafíos en cuanto al acceso, equidad y sostenibilidad. A su parecer, las barreras geográficas, económicas y sociales siguen siendo obstáculos que limitan el acceso a una atención de calidad para muchas personas. En este contexto, el Gobierno se ha comprometido a consolidar un sistema de salud público más transparente, eficiente y sostenible².

La Defensoría del Pueblo destaca cinco de los argumentos y cifras presentados en la exposición de motivos del PL:

- **Es necesario invertir más y mejor en la Atención Primaria en Salud (APS)** para (i) priorizar a las personas y para abordar las desigualdades en la atención, en la infraestructura, en la oferta de talento humano y en la financiación (ii) alcanzar las metas de desarrollo sostenible, (iii) brindar una cobertura médica universal, (iv) lidiar mejor con próximas crisis sanitarias, a la vez que (v) asignar recursos según las necesidades médicas de la población, garantizando que los proveedores de primera línea de la APS lleguen a los territorios³.
- **Hoy existen problemas de rectoría y gobernanza, así como las brechas significativas en las capacidades del gobierno central y descentralizado para ejercer las funciones esenciales de la salud pública.** Por ejemplo, el desarrollo de recursos humanos en salud, la promoción y gestión de investigación en salud, el acceso y uso adecuado de medicamentos y tecnologías sanitarias y la gestión de intervenciones en determinantes sociales de la salud. Se resalta la variabilidad en las capacidades a lo largo del territorio. Los departamentos de Huila, Magdalena, Guaviare, Putumayo, Santander,

¹ Radicado 2024100000668971. Hacia un sistema de salud garantista, universal, eficiente y solidario que privilegie la vida. Radicación Proyecto de Ley "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones".

² Ibid.

³ Lancet Global Health 2022

Amazonas, Vaupés, Cundinamarca, Norte de Santander, Chocó y Boyacá presentan capacidades mínimas, en general⁴.

- **Los trabajadores de la salud no cuentan con condiciones dignas y justas en su contratación. La oferta, la disponibilidad y su distribución son insuficientes, sobre todo en zonas rurales y dispersas⁵.** Estas condiciones pueden ser más críticas en el caso de las mujeres que se desempeñan en el sector salud y profesiones u ocupaciones distintas a la medicina. Igualmente, la emigración de técnicos, tecnólogos y profesionales a países industrializados requiere abordajes integrales que garanticen la suficiencia de talento humano en salud en Colombia.
- **La infraestructura hospitalaria es limitada. Tanto la pública como la privada, en zonas marginales urbanas, así como las rurales y dispersas⁶**
- **Hay una débil correlación entre la garantía del derecho a la salud en Colombia y el nivel de gasto asignado al sector.** Esto se debe a problemas de eficiencia asignativa de recursos del sistema de salud⁷, especialmente por el gasto administrativo, débil desarrollo de la APS y alto gasto en medicamentos, derivado del uso inadecuado, los precios excesivamente altos y la poca competencia⁸.

Según la exposición de motivos, el concepto fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y de conformidad con el artículo 1 del PL, este tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un sistema basado en el **aseguramiento social en salud**. Este nuevo modelo se enmarca en un sistema que se fundamenta en la Atención Primaria en Salud, bajo un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, con un enfoque diferencial y territorial.

De acuerdo con la exposición de motivos, este modelo consiste en su componente preventivo y predictivo en la construcción colectiva de base

⁴ OPS/MSPS/ACSP, 2023

⁵ Presupuesto General de la Nación, 2020

⁶ REPS, Corte a 14 Noviembre de 2023.

⁷ El punto óptimo de inversión en salud y logro de resultados para la población. Hace referencia a la asignación de recursos a los servicios que obtienen mayor ganancia en resultados en salud. Ejemplos de asignación ineficiente son: priorización inadecuada, ausencia de guías de práctica clínica, reportes con información incompleta y gobernanza inadecuada del sistema.

⁸ OECD, BID, Health at a Glance, 2023.

territorial, centrada en las personas, familias y comunidades, y orientada por los principios de la Atención Primaria en Salud (APS). Su propósito es organizar la respuesta a las necesidades y expectativas de la población mediante una distribución territorial que permita la integración de acciones y recursos de diversos sectores, abordando los determinantes sociales de la salud. Además, incorpora un enfoque preventivo para brindar cuidado integral y minimizar la carga de la enfermedad, junto con un componente predictivo que utiliza la información generada para anticipar desenlaces y tomar decisiones estratégicas en salud. La categoría predictiva está orientada a que la información que genera y gestiona el modelo, permita establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros y tomar decisiones en salud, en el corto, mediano y largo plazo.

El modelo en su componente resolutivo está representado por los Equipos de Salud Territoriales, que garantizan el acceso y la continuidad de la atención integral. Para ello, el proyecto de ley considera que es fundamental dotar a los profesionales y personal de salud del primer nivel de atención con las competencias y tecnologías requeridas para alcanzar la capacidad para resolver el 80% de los problemas de salud⁹.

Para la Defensoría del Pueblo, el fundamento del sistema en la APS es pertinente pues, si bien en algunas entidades territoriales se adelantan esfuerzos en esta perspectiva, en el marco del sistema actual, los involucrados en el funcionamiento del sistema de salud no se articulan alrededor de este fundamento, recomendado por la Organización Mundial de la Salud, como una estrategia ideal para reducir inequidades y mejorar los resultados en salud.

2. La propuesta general del proyecto de ley respecto del nuevo diseño del sistema de salud

De acuerdo con la propuesta, la prestación de los servicios de salud se realizará por medio de las “Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud” (RIISS) bajo la coordinación de las Gestoras de Salud y Vida (la transformación de las actuales EPS) y de las Entidades Territoriales. El nivel primario lo constituirán equipos de salud territorial y Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que serán el primer contacto de la población con el sistema. Por su parte, el nivel complementario estará integrado por las instituciones de mediana y alta complejidad.

⁹ Tomado de exposición de motivos, pp. 125-126.

Asimismo, la propuesta plantea que la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cumplirá las funciones de recaudador y administrador de los recursos fiscales y parafiscales que deban ingresar al Fondo Único Público de Salud. Este fondo será el pagador único del sistema, desarrollará un modelo de seguimiento y evaluación del gasto en salud, adelantará las verificaciones para el reconocimiento y el pago, y podrá contratar auditorías integrales, entre otras.

Adicionalmente, el nuevo modelo prevé un Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) con el fin de garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real, a las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor.

Una parte de los artículos se orienta a los asuntos que generan un consenso nacional (rectoría y gobernanza, APS y talento humano en salud). Otra parte importante del articulado se relaciona con la estrategia de financiación del sistema.

Ahora bien, el núcleo de las diferencias frente a la propuesta del gobierno se refleja en tres grandes contenidos: i) la transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida -sin manejo de recursos, y con funciones marginales en la gestión del gasto y del riesgo-, ii) los cambios en el modelo de financiación (pago directo a los hospitales, menores barreras de auditoría¹⁰, y transformación de subsidios a la demanda por subsidios a la oferta)¹¹ y iii) las fuentes de financiación y estimaciones de sostenibilidad.

La apuesta maximalista del gobierno nacional en la transformación del sistema de salud movilizó muy intensamente los intereses de todos los actores del sistema y polarizó la discusión sobre las transformaciones que se requieren en el país. La respuesta al debate se ha caracterizado por una prolongada discusión de la propuesta en el Congreso¹² que, sumada a las dificultades estructurales del sistema, ha afectado el comportamiento de operadores y usuarios, y ha impactado

¹⁰ Verificación de que las cuentas correspondan a las prestaciones realizadas. Puede hacerse de manera concurrente, anticipada o posterior.

¹¹ A partir de 1997 en Colombia se implementaron medidas para reemplazar los subsidios a la oferta (recursos dirigidos a los hospitales públicos para su funcionamiento) por subsidios a la demanda (subsidios dirigidos a grupos poblacionales específicos a través de las EPS). Esta transformación contribuyó en parte a la desfinanciación de los hospitales públicos del país (véase Resolución 5089 de 1997, Ministerio de Salud, Ley 715 de 2001, arts. 43, 47, 48)

¹² La primera propuesta de reforma a la salud fue archivada en el Senado de la República, en marzo de 2025.

negativamente la capacidad de gestión y de respuesta a las demandas y necesidades de atención.

Por ejemplo, varias EPS anunciaron a lo largo del 2024 su intención de retirarse del mercado al conocer la primera versión del proyecto de reforma a la salud propuesto por el gobierno¹³, lo que generó incertidumbre en usuarios y desencadenó procesos de liquidación ante la Superintendencia Nacional de Salud, frente a lo cual el Gobierno expidió reglamentaciones para garantizar la continuidad en la prestación de servicios¹⁴. En el mismo sentido, en medio de la discusión de la reforma a la salud, en los dos últimos años se amplió el número de EPS intervenidas, en particular, la Nueva EPS, que concentra una parte importante de la población del régimen contributivo y subsidiado¹⁵.

3. El aumento de acciones vulneradoras, quejas y acciones de tutela relacionadas con el derecho a la salud

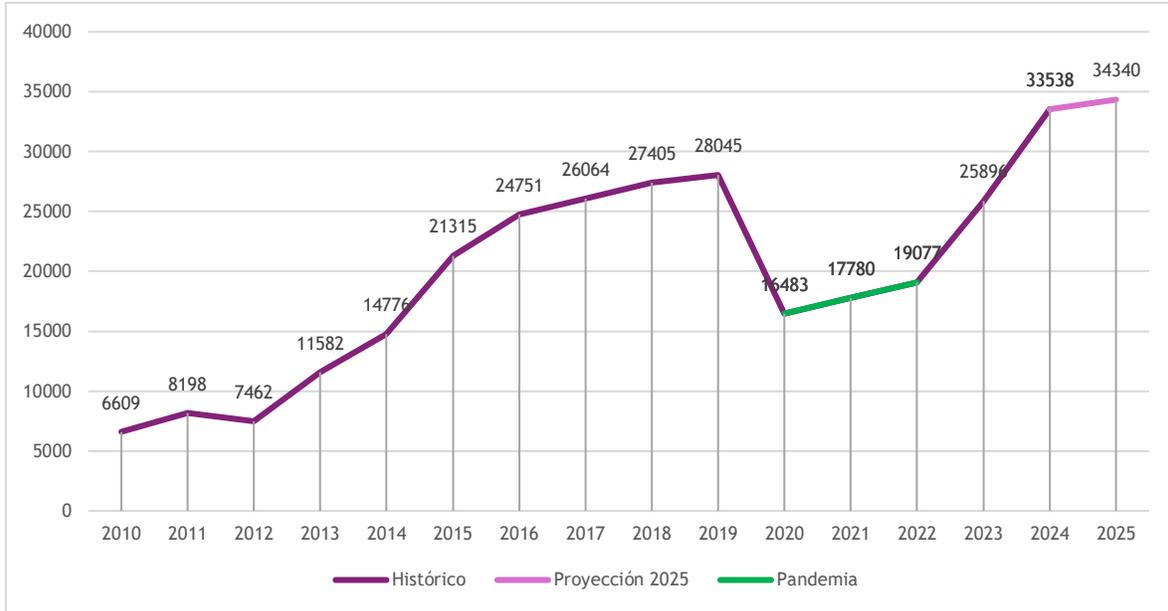
Desde 2010 se observa un crecimiento en las quejas presentadas ante la Defensoría del Pueblo, el cual se aceleró entre 2020 y 2024, período en el que se han recibido más de ciento treinta mil quejas por vulneración del derecho a la salud. En lo corrido de 2025 se registran cerca de 5.000 quejas. De seguir esta tendencia se sobrepasarían las 34 000 quejas para finales del año (Ilustración 1). En todos los años, y particularmente en el último, se presenta un incremento asociado con la falta de oportunidad de las citas con especialistas, seguido de la falta de entrega de medicamentos.

Ilustración 1. Quejas sobre derecho a la salud

¹³ Véase <https://consultorsalud.com/que-eps-irian-afiliados-eps-sura-eps-compensar/>;
<https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/informacion-especifica-para-grupos-de-interes/entidades-en-medida-especial-liquidacion-y-traslados-de-eps>

¹⁴ Decreto 719 de 2024

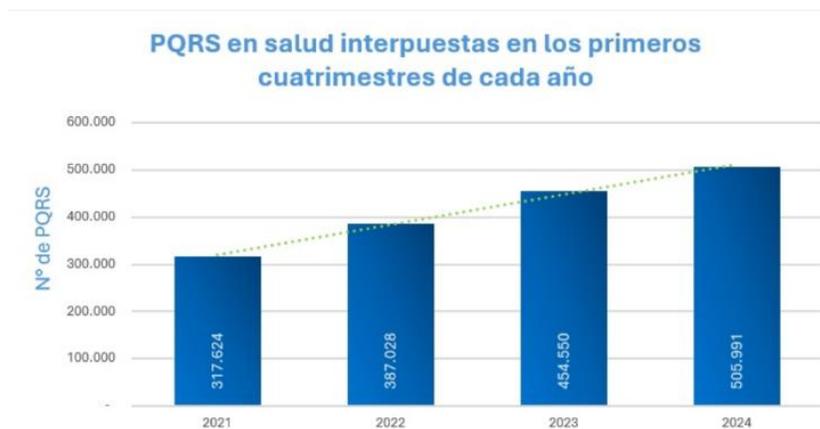
¹⁵ Véase:
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/Resoluci%C3%B3n%20n%C3%BAmero%202024160000003012-6%20de%202024.pdf>



Fuente: Sistema de Atención a Trámites y Quejas, Defensoría del Pueblo

Las cifras de la Superintendencia Nacional de Salud de las peticiones, quejas y reclamos entre 2021 y 2024 también son crecientes. Las cifras indican problemas en lo relacionado con la oportunidad e integralidad de la atención (Ilustración 2).

Ilustración 2. Peticiones, quejas y Reclamos (PQR) en salud en la Superintendencia de Salud



PQRS en salud en superintendencia Nacional de Salud. Fuente Supersalud.

El comportamiento de acciones de tutela en salud también presenta una tendencia creciente entre 2021 y 2024 (Ilustración 3).

Ilustración 3. Tutelas en salud y proyección a cierre de año



Fuente: Corte Constitucional.

Con este panorama la Defensoría del Pueblo considera determinante: i) participar en el debate legislativo a través de este concepto; ii) hacer seguimiento a las diferentes transformaciones que se adelantan en el sistema de salud (intervenciones a EPS, equipos básicos de salud, plan de infraestructura hospitalaria, giro directo, y reglamentación del Sistema General de Participaciones); iii) fortalecer el seguimiento de la Corte Constitucional a la sentencia estructural sobre el derecho a la salud, en especial del Auto 007 de 2025 de la Corte Constitucional; y iv) escuchar la más amplia diversidad de voces sobre los problemas de financiación y la sostenibilidad del sistema, de suerte que se puedan hacer recomendaciones para que no se lesione y no se retroceda en el acceso a los servicios y en el derecho a la salud.

4. El marco constitucional del derecho fundamental a la salud

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 49 superior, artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y es desarrollado estatutariamente a través de la Ley 1751 de 2015.

En la actualidad, el derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental, individual y colectivo, exigible y justiciable. En un primer momento fue la Corte Constitucional, por medio de su jurisprudencia la que reconoció el carácter

fundamental de este derecho.¹⁶ Esta postura fue innovadora en su momento y se fundó en la propia Constitución Política y en el bloque de constitucionalidad.

Además de las consideraciones de la Corte Constitucional, las Observaciones Generales hechas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) ha resaltado el carácter fundamental del derecho a la salud. En particular, las Observaciones Generales num. 14 (2000) y num. 22 (2016)¹⁷ resaltan el núcleo esencial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En estos textos se reconoce que la salud tiene un doble componente, como derecho humano fundamental en sí mismo y como un derecho necesario para el ejercicio de los demás derechos.

Asimismo, el CDESC puntualizó en su momento que el derecho a la salud no consiste en “estar sano”, sino que entraña múltiples libertades y derechos, entre los que se destacan la facultad de cada persona para tomar decisiones sobre su propia salud y su cuerpo, la autonomía en materia sexual y reproductiva, y la protección contra cualquier tipo de intervención no deseada, así como la prohibición de torturas, tratamientos médicos forzados o experimentos sin el consentimiento de la persona.

En materia de financiación, las observaciones del CDESC han indicado que el derecho fundamental a la salud implica la garantía de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones, es decir, el derecho se halla necesariamente vinculado con la distribución y transferencia de recursos. De manera específica, el principio de accesibilidad económica, denominado asequibilidad, indica que los bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos¹⁸.

¹⁶ En la sentencia T-760 de 2008, que se ocupa de forma estructural de las violaciones más comunes a esta garantía, la Corte dijo: “El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su *tutelabilidad*; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna.” (T-760 de 2008).

¹⁷ Disponibles en:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=sp&TreatyID=9&DocTypeID=11

¹⁸ Observación general Num. 14, Núm. 12. CESCR E/C.12/2000/4. 11 de agosto de 2000.

Ahora bien, en el marco nacional, como resultado de las movilizaciones sociales y los pronunciamientos en materia constitucional, en 2015 se presentó un proyecto de ley sobre el derecho a la salud, al que se le dio el estatus de Ley Estatutaria. El Proyecto fue aprobado por el Congreso, revisado por la Corte Constitucional, y finalmente, promulgado como la Ley 1751 de 2015, *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*. En el artículo 2° se define la salud como derecho fundamental:

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.

El actual proyecto de ley se fundamenta en los principios constitucionales que rigen el derecho a la salud. Estos principios, establecidos por la Corte Constitucional y la legislación estatutaria, garantizan una interpretación y aplicación basada en los derechos humanos. Entre los principios la Defensoría quiere resaltar cinco de estos, a saber:

- **Universalidad y equidad:** La universalidad implica que todas las personas tienen derecho a acceder a servicios de salud de calidad, independientemente de su situación socioeconómica, ubicación geográfica o pertenencia cultural. Por su parte, la equidad busca corregir desigualdades estructurales mediante acciones afirmativas que prioricen a las poblaciones más vulnerables.
- **Pro persona:** Este principio establece que las normas deben interpretarse y aplicarse siempre en favor del ser humano, priorizando su bienestar y derechos en caso de conflicto normativo.
- **Continuidad y oportunidad:** Los servicios de salud deben prestarse sin interrupciones injustificadas, y deben estar disponibles en el momento necesario para evitar un deterioro en la salud de las personas.

- **Sostenibilidad y eficiencia:** La gestión de los recursos del sistema debe ser transparente y responsable, asegurando su disponibilidad a largo plazo para satisfacer las necesidades de toda la población.
- **Interculturalidad y respeto a la diversidad:** Este principio promueve la inclusión de saberes tradicionales y prácticas culturales en la atención en salud, garantizando un enfoque adaptado a las necesidades de comunidades indígenas, afrodescendientes y otras minorías étnicas.

El derecho fundamental a la salud contempla dimensiones negativas de la obligación del Estado, que suponen el respeto por las personas para no afectar su salud. Estas obligaciones negativas han sido reconocidas expresamente por el legislador estatutario.¹⁹ Asimismo, el Estado tiene obligaciones positivas respecto del derecho. Estas son las relacionadas con la efectiva actuación del Estado a través de la destinación de recursos humanos y materiales públicos para garantizar el derecho; así como su obligación de regular y organizar similares recursos privados que hacen parte del Sistema.²⁰ Estas facetas positivas del derecho a la salud, en términos generales, son de carácter progresivo. No pueden implementarse y garantizarse de forma inmediata. En tal medida, es crucial el respeto al principio de progresividad y no regresividad. El Estado puede avanzar en la protección del derecho a la salud, pero no retroceder.

En tal medida, es una obligación del Gobierno y del Congreso identificar cuáles son los avances adquiridos por el Sistema de Salud actual, en pro del respeto, la protección y la garantía efectiva de los derechos, para no perderlos. Por ejemplo, la protección financiera frente a las enfermedades de alto costo. Tales avances adquiridos deben ser conservados, sin perjuicio de que se pueda contemplar una medida alternativa que garantice el goce efectivo de esas facetas prestacionales o progresivas del derecho a la salud. En otras palabras: es un deber constitucional conservar los avances en la protección de los derechos y no retroceder.

¹⁹ Ley 1751 de 2015, Artículo 5.- *Obligaciones del Estado* “(a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas”

²⁰ Además de lo dispuesto por el Artículo 49 de la Constitución Política, ver: Ley 1751 de 2015, Artículo 5.- *Obligaciones del Estado* “(b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;”.

5. Los aspectos del proyecto de ley que generan preocupación, y que, de no ser abordados, pueden afectar la garantía material del derecho a la salud en Colombia

La Defensoría del Pueblo considera que, en términos generales, la propuesta presentada por el Gobierno se alinea con los parámetros y principios constitucionales y sus desarrollos. De hecho, como en varias ocasiones lo han manifestado representantes del Gobierno, su propósito es desarrollar cabalmente las reglas, principios y elementos básicos del derecho fundamental a la salud. En tal sentido, el propósito básico del Proyecto está orientado a establecer mecanismos y herramientas para asegurar el goce efectivo del derecho.

Ahora bien, a continuación, se recogen los comentarios y anotaciones hechas por diversos sectores sociales y grupos interesados en el buen futuro del Sistema, para que sea respetuoso de la dignidad humana, dentro de los cuales se pueden identificar algunas preocupaciones que se pueden agrupar en dos bloques.

- a. En primer lugar, se presentan críticas por la propuesta de hacer cambios radicales y profundos al sistema e institucionalidad actual. Según los críticos, estos cambios tan profundos podrían llevar a que se pierdan los progresos, avances y fortalezas del actual sistema de salud, especialmente los asociados con la atención de las enfermedades de alto costo y las crónicas, que pueden generar complicaciones mayores y comprometer la salud y la vida.

La función de aseguramiento en los países, en los que existe este modelo busca gestionar los gastos y el riesgo en salud, para atender a las personas con oportunidad y de forma sostenible.

Considerando la declaración del proyecto de ley de mantener el modelo de aseguramiento, la Defensoría del Pueblo observa que la transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida elimina una buena parte de las responsabilidades en el aseguramiento, y se les **encargan aspectos puntuales de la gestión operativa y del riesgo en salud. Conviene revisar, analizar y discutir a profundidad cómo, en qué condiciones y sobre qué entidades se distribuye el núcleo de las funciones y las responsabilidades de eficiencia y del riesgo financiero**, de manera que el diseño de pesos, contrapesos y controles quede claro para la totalidad de la ciudadanía y de las instituciones. Esto porque:

- El artículo 28 del proyecto de ley establece las funciones a las Gestoras de Salud y Vida. Las funciones centrales incluyen la gestión operativa (es decir de la operación de la atención) y la gestión del riesgo en salud (esto es de los resultados de salud, basados en modelos estimativos que permitan anticipar los riesgos en salud y operacionales).

- Por las funciones establecidas a las Gestoras de Salud y Vida se les remunera un 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. En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas 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 con la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Además, sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconocerá un porcentaje adicional, no superior al tres por ciento (3%) por mejor gestión.

- A las gestoras se le asignan funciones de auditorías concurrentes de cuentas y se aclara que no tendrán manejo de recursos ni ordenación del gasto.

- Se deduce de las funciones establecidas que más allá de contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros, no existe una responsabilidad específica que permita concluir que estas entidades comparten el riesgo financiero de las atenciones.

En conclusión, **en el proyecto de ley no queda clara a quien se traslada la función de la gestión de los recursos para garantizar que cubran todas las necesidades en cada vigencia. Dicha función es propia de un modelo de aseguramiento.** Se resalta que en el nuevo modelo se puede generar un aumento del gasto, respecto del cual no queda claramente definido quién asumiría los riesgos que conlleva dicho aumento (CAPS, entidades territoriales, ADRES o Ministerio de Salud y Protección Social).

b. Un segundo grupo de preocupaciones se dirige a **considerar y evaluar la capacidad real y adecuada para asegurar los logros u objetivos que busca la reforma en un período de transición adecuado y bien establecido**, para evitar afectaciones estructurales al derecho a la salud, especialmente la integralidad y la oportunidad de la atención. Es decir, se

reprocha la ausencia de un análisis a fondo sobre la capacidad institucional para implementar cabalmente el nuevo modelo. Al respecto:

- **Es necesario analizar con detalle la lista de funciones asignadas a la ADRES, hacer una evaluación de su capacidad institucional y adecuarla para evitar que la puesta en marcha de la reforma atrofie o hipertrofie su gestión.** Es necesario que la ADRES cuente con la infraestructura y operatividad suficiente para realizar oportunamente el giro directo de los pagos, como se sugiere. En la transición y en la operación plena del sistema que se propone se debe evitar que cualquier complicación del flujo de recursos impacte negativamente la atención y afecte la salud de las personas.

De la misma manera deberán analizarse los riesgos de concentración de poder y de potencial captura de intereses que también pueda ocasionar congestión de cuentas, problemas de pagos y complicaciones en la planeación de la atención, que afecten los servicios de salud y lesionen los derechos de las personas. Igualmente se recomienda fortalecer la capacidad de auditoría previa para garantizar la protección de los recursos del sistema.

El presupuesto de salud en 2025 es de cerca de 100 billones de pesos y, en los escenarios de la reforma, la ADRES podría pasar a manejar más de 150 billones en 2034, según estimaciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP)²¹. Así las cosas, el asunto operativo puede ser tan importante como las bases sustantivas de la reforma. **En abstracto, la reforma puede estar bien orientada. Sin embargo, si no se anticipan las exigencias operativas y las instituciones se adaptan a estas, la reforma puede terminar siendo nociva para la garantía del derecho. No por su diseño abstracto, sino por su operación práctica.**

- **Es necesario garantizar la sostenibilidad fiscal de la reforma a través de la disposición oportuna, adecuada y suficiente de los recursos.** Es crucial que se pueda tener una información clara y completa acerca de cuál es el costo de la reforma propuesta y de la posibilidad del Estado para asumirlo. A su vez, en el plan de transición deben establecerse los mecanismos, fuentes y esquemas de financiación para que se logre atender cualquier condición de salud catastrófica o de alto costo que se le diagnostique a un ciudadano.

²¹ Véase Exposición de motivos y Concepto Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En: <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2024-09/Concepto%20Hacienda.pdf>

Los ponentes argumentan que el texto de reforma incorpora un apartado de financiación integral y sostenible. Sin embargo, este asunto es el que más tensión y polémica causa. Por consiguiente, es necesario propiciar espacios de análisis y discusión sobre el asunto en los debates legislativos, inclusive en la reglamentación de la reforma al Sistema General de Participaciones y de los mecanismos de gestión de riesgo y gasto a nivel de entes territoriales.

Según el concepto del ministerio de Hacienda, el impacto fiscal estimado del proyecto de ley es compatible con el marco fiscal de mediano plazo, mantiene 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”²².

Esta consideración es preocupante considerando las alertas recientes sobre los problemas de financiamiento del sistema de salud descritas en el Auto 007 de 2025 de la Corte Constitucional. Dicho Auto declaró el incumplimiento general del componente de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la insuficiencia del valor fijado para este componente en el año 2024. La decisión de la Corte ilustra muy bien las tensiones y constantes polémicas sobre los problemas de financiación integral y sostenible del sistema de salud.

La sostenibilidad del sistema de salud no depende únicamente de la existencia de recursos en términos generales. Como lo ha indicado la jurisprudencia constitucional, los recursos del sistema deben ser oportunos, adecuados y suficientes. Esto es, deben llegar a tiempo, cuando las entidades los requieren; por los canales adecuados, previstos para el efecto; y en una cantidad suficiente, que alcance para cubrir los costos que se deban asumir.

De la misma manera, esta supone el control adecuado de los recursos para que se dirijan a financiar efectivamente servicios de salud que se requieran y no a asuntos distintos o a servicios que no se deberían dar. Como lo estableció

²² Véase Exposición de motivos y Concepto Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En: <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2024-09/Concepto%20Hacienda.pdf>

el legislador estatutario, es una obligación del Estado: “adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población” (Ley 1751 de 2015, Art. 5, lit. i).

Por último, la reforma a la salud es una oportunidad para atender asuntos a cargo del sistema de salud que usualmente tienen una atención marginal para el sector, a pesar de que se trata de asuntos de su responsabilidad y de relevancia para los derechos humanos en Colombia. El primero, la medida de atención integral en salud y rehabilitación, como reparación para más de 7.7 millones de personas que son víctimas del conflicto armado y son sujetas de atención del programa de reparaciones²³. En segundo lugar, el asunto de salud mental, especialmente para menores de edad, entre quienes han venido creciendo las tasas de suicidio e intento de suicidio:

- **El Programa de Atención Psicosocial y Salud integral a víctimas (PAPSIVI)**, creado por la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras 1448 de 2011. Dicha ley regula la atención en salud como un servicio social para las víctimas a cargo del ministerio de salud, así como la medida de reparación de rehabilitación en cabeza del ministerio de salud. El programa cuenta con recursos propios a de los documentos CONPES 3726 de 2012 y 4031 de 2021. Sin embargo, las evaluaciones sobre el mismo dan cuenta de la escasa integración que tiene con el sistema de salud, en especial la ausencia de rutas integrales de atención y servicios especializados, como cirugía plástica, rehabilitación, salud sexual y reproductiva, y psiquiatría²⁴.

Su escasa cobertura es otra problemática seria. La Corte Constitucional hace seguimiento a este punto dentro del marco de la Sentencia T-025 de 2004, que declaró un estado de cosas inconstitucional (ECI) en los derechos de las personas desplazadas. Al respecto, en su último seguimiento, la Corte evidenció un nivel de cumplimiento bajo. Según la cuarta Encuesta Nacional de Verificación (ENV) de la Comisión de Seguimiento a la Política Pública de

²³ Registro Único de Víctimas. Consultado en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas-ruv/>.

²⁴ Al respecto: Bustos, M. (2020). EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DEL PAPSIVI DESDE LA PERSPECTIVA DEL QUEHACER DE LOS FUNCIONARIOS QUE PERTENECEN AL EQUIPO PSICOSOCIAL EN BOGOTÁ D.C. <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/49313/u833223.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Desplazamiento “un exiguo 3.3% de las personas desplazadas conoce la existencia del programa de rehabilitación” y, de ellos, solo el 48,4% asiste a alguno de ellos²⁵.

Según los indicadores reportados por el Gobierno nacional en el marco del ECI, solo el 47,39% de quienes solicitan atención la reciben. Es sabido que muy pocas personas solicitan atención debido al enorme desconocimiento de la existencia del programa. En efecto, según la misma ENV, el 94,5% de las personas desplazadas no conocen la existencia del programa.

Una opción de políticas pública es la de seguir abordando esta responsabilidad en el marco del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV) creado por la Ley de Víctimas. Sin embargo, el ministerio de salud anunció en la audiencia sostenida al respecto en la Corte Constitucional durante 2024, que fortalecería este enfoque en el marco de la atención primaria para dar mayor cobertura, debido al peso porcentual de la población víctima del conflicto armado en la población colombiana. Es importante que en el marco de la reforma se tenga en cuenta este asunto.

- La salud mental en niños, niñas y adolescentes (NNA). En el año 2024, la Defensoría del Pueblo publicó el informe sobre suicidios de NNA en Colombia, donde se describe un aumento del 70% de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes en Colombia entre 2020 y 2023, con 12.511 intentos reportados en el último año registrado²⁶. En la orden vigésima primera contenida en la Sentencia T-760 de 2008 ²⁷ en lo referente a unificación de planes de beneficios en salud para población infantil y joven. Es necesario que la reforma aborde de manera seria esta situación que involucra el derecho de niños, niñas y adolescentes a un buen futuro hoy. La reducción de esperanza de vida de ellas y ellos obedece a una situación que es multi causal, que deriva no solo de los entornos protectores integrales, sino también de una adecuada capacidad del sistema de salud de anticipar estos riesgos y atenderlos oportunamente.

²⁵ Sea el PAPSIVI, a cargo del ministerio de Salud, o la Estrategia de Recuperación Emocional, a cargo de la Unidad para las Víctimas.

²⁶ Suicidios de niñas, niños y adolescentes en Colombia: Un acercamiento a una problemática invisible. En: <https://repositorio.defensoria.gov.co/items/55b24d37-b99f-4300-a456-a017e18ef5ba>

²⁷ Véase Auto 089 de 2025, Corte Constitucional. En: <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/autos%20especificos/orden%2021/20250203Auto0892025AclaraMSPSAuto007de2025UPC.pdf>

Finalmente, la Defensoría del Pueblo resalta que la legitimidad de las reformas sociales es determinante para su buen desarrollo e implementación. En tal medida, el correcto trámite y completa deliberación deben ser un objetivo del Congreso en todo momento. De parte de las mayorías, corresponde el respeto y protección de los derechos de las minorías, de la oposición y, en general, de las voces disidentes. Y de parte de las minorías y la oposición, corresponde la lealtad parlamentaria y el respeto a la competencia que la Constitución otorga al poder legislativo para promulgar las leyes que corresponda.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo invita al Congreso de la República a que escuche a los grupos locales, de liderazgo social y de base comunitaria, para entender las necesidades de todos los actores y sus posturas frente a la reforma, esto es, que integre en el debate a quienes han estado excluidos.

6. Propuestas específicas de la Defensoría del Pueblo al proyecto de ley de reforma a la salud.

A continuación, se presentan propuestas globales para fortalecer el proyecto de ley y anticipar y resolver los riesgos que se expusieron en el capítulo anterior.

a. **Sobre la sostenibilidad fiscal de la reforma.** Como se dijo, no están claros los mecanismos que garantizan la sostenibilidad fiscal de la reforma y, por consiguiente, del derecho a la salud. Por tal razón se propone que en el proyecto de ley se prevea que el Departamento Nacional de Planeación deberá realizar un informe que cuente con:

- Un diagnóstico acerca del costo de la reforma propuesta y de la capacidad del Estado para asumirlo.
- La identificación de los mecanismos, fuentes y esquemas de financiación para el funcionamiento del nuevo sistema.

Es importante aclarar que este informe no reemplazaría el concepto emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Consiste en un informe que debe ser auditado por organismos técnicos de carácter independiente y, para su formulación se debe prever la participación de asociaciones de usuarios y organizaciones de la sociedad civil.

b. **Sobre el plan de transición.** Existen dudas sobre si los dos años establecidos para la transición son suficientes para que el cambio se dé sin traumatismos y

sin poner en riesgo la prestación y la calidad de los servicios. La Defensoría del Pueblo sugiere prever, en el artículo 61, la obligación de formular un plan de transición y de evaluación de los impactos de cada uno de los componentes de la reforma. Dicho plan debe (i) basarse en el informe de sostenibilidad fiscal de la reforma a la salud; y (ii) contar con indicadores específicos y reportes públicos periódicos. El plan debe ser sostenible, estar sustentado en metas y fuentes específicas de financiación. Este plan debe minimizar los riesgos de interrupciones en la atención.

El plan de transición debe incluir el seguimiento a los procesos de transformación que se adelantan de forma paralela, entre ellos: (i) las intervenciones a las EPS, (ii) los equipos básicos de salud, (iii) el plan de infraestructura hospitalaria, (iv) el giro directo a los hospitales, y (v) la reglamentación del Sistema General de Participaciones²⁸.

Además, el plan de transición debe establecer los mecanismos para garantizar la eficacia de las reclamaciones, de las acciones de tutela y otros recursos para garantizar el derecho a la salud, en caso de negaciones y problemas de oportunidad.

- c. **Sobre el mecanismo para la atención efectiva de enfermedades catastróficas o de alto costo.** El proyecto de ley debe determinar los mecanismos y esquemas de financiación para atender cualquier condición de salud catastrófica o de alto costo que se les diagnostique a personas que acudan al sistema de salud.
- d. **Sobre el acceso a medicamentos.** En el artículo 6 del proyecto de ley se propone establecer un mecanismo de gestión del acceso y uso racional de medicamentos y tecnologías médicas, en el nivel nacional y territorial que presente informes periódicos a los Consejos Territoriales y al Consejo Nacional de Salud. Este mecanismo debe hacer seguimiento al asunto, reconociendo que, para abordar la compleja problemática del acceso a medicamentos y tecnologías médicas, es necesario alinear la oferta de medicamentos y el gasto con las necesidades, los resultados en salud y el cuidado del planeta.

De esta manera se espera que se facilite la reducción de inequidades, se reduzcan los riesgos de escasez, de desabastecimiento, pero también el uso

²⁸ Todos estos elementos se encuentran en modificaciones mediante distintas normas (Leyes, Resoluciones y Decretos) y no están desarrollados en el proyecto de ley de reforma a la salud. Entre estos están: Plan Nacional de Desarrollo (Ley 2294 de 2023), Sistema General de Participaciones (Acto Legislativo 3 de 2024), y Resoluciones del Ministerio de Salud.

inadecuado. Esto facilitaría que el presupuesto público se oriente a maximizar los resultados de salud, al menor precio posible, en beneficio del bien común.

Las preocupaciones y propuestas aquí planteadas coinciden con el diagnóstico del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 en cuanto a: superación de las fallas de regulación en planes de beneficios para garantizar el acceso, la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, la sostenibilidad financiera y el flujo de recursos del sistema, el trámite y pago de cuentas atrasadas, la cobertura universal sostenible, la medición de acciones de tutela y la atención territorial²⁹. La Corte ha indicado que el goce efectivo del derecho a la salud demanda que los recursos fluyan de manera adecuada, oportuna y suficiente.

7. Petición defensorial final

El sistema de salud enfrenta en la actualidad un sinnúmero de complejidades y dificultades estructurales que afectan la garantía del derecho a la salud en Colombia. Así lo evidencia el aumento sostenido de quejas y acciones de tutela relacionadas con el derecho a la salud que se expuso. En este contexto, ni siquiera la acción de tutela está siendo respetada. La Defensoría del Pueblo observa tendencias indiciarias del incumplimiento general de órdenes de tutela en casos relacionados con salud. Ya un estudio muestral del año 2016 reveló que en un 55% de los procesos el accionante se ve obligado a promover incidentes de desacato, y que de estos incidentes el 41% permanece el incumplimiento hasta el punto de la imposición de sanciones³⁰.

La propuesta de reforma que se somete a debate en el Congreso de la República busca, precisamente, transformar el sistema para avanzar hacia un nuevo modelo que supere los problemas actuales y avance en la garantía del derecho. En este contexto, la discusión de la reforma al sistema de salud es positiva. El Congreso de la República es el escenario ideal para que el debate avance en virtud del principio democrático.

En otras palabras, el sistema político está obligado a tomar las medidas adecuadas y necesarias para corregir y superar las serias problemáticas de carácter estructural que enfrenta el sistema de salud, pues estado actual del sistema no

²⁹ Órdenes 16, 21, 22, 24, 26, 29 y 30. Sentencia T-760 de 2008. Corte Constitucional

³⁰ López Aguirre (2019). Tesis de Maestría en Derecho. Véase: https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9476/An%C3%A1lisis_%C3%ADndices_incumplimiento_fallos_tutela_salud_Colombia.pdf?sequence=1

materializa las obligaciones constitucionales de respeto, protección y garantía efectiva del derecho a la salud.

La Defensoría del Pueblo quiere enviar un mensaje al Gobierno y al Congreso de la República en el evento de que se decida no aprobar la reforma del Sistema de Salud: es absolutamente imperioso y urgente que se adopten las medidas adecuadas y necesarias orientadas a mejorar el sistema de salud existente. En especial, es necesario abordar las tensiones asociadas a la financiación y la sostenibilidad fiscal del sistema, de lo cual depende el goce efectivo de los derechos fundamentales de todas las personas.

Cordialmente,



IRIS MARIN ORTIZ
Defensora del Pueblo

Tramitado y proyectado por: Claudia Patricia Vaca González - Defensora Delegada para la Salud y Seguridad Social
Revisado para firma por: Carlos Andrés Sarmiento Hernández - Despacho Vicedefensoría
Omar Sánchez - Asesor Despacho Defensora del Pueblo
Aprobado para firma por: Roberto Molina Palacios - Vicedefensor del Pueblo

Quienes tramitamos, proyectamos y revisamos declaramos que el documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.