



Bogotá D.C., julio 21 de 2026

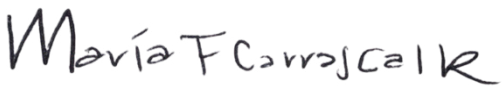
Secretario General
Cámara de Representantes
Bogotá D.C.

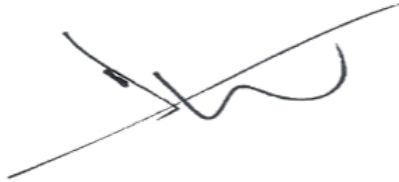
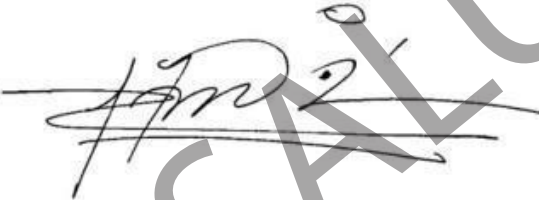
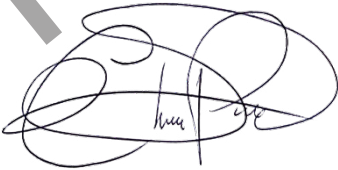
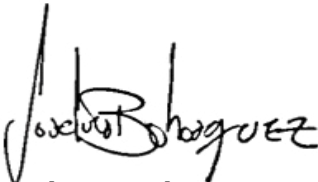
Asunto: Radicación del proyecto de ley N° ____ de 2026 *“Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”*.

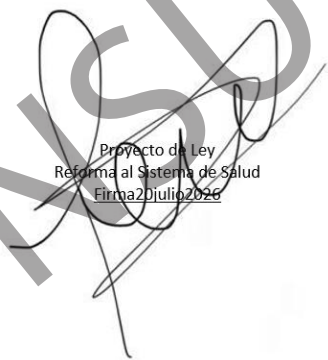
Respetado secretario,

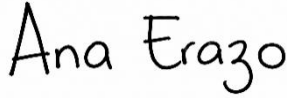
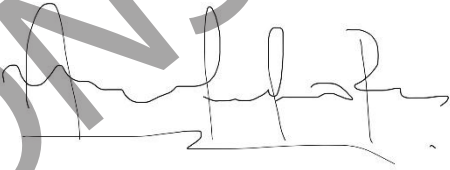
En ejercicio de la facultad prevista en los artículos 150 y 154 de la Constitución Política, y en los artículos 139 y 140 de la Ley 5ª de 1992, presentamos a consideración de la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley *“Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”*. Lo anterior, con el fin de que se surta el trámite constitucional y legal correspondiente, incluida su publicación en la Gaceta del Congreso y el reparto a la Comisión Constitucional Permanente competente, conforme a la Ley 3ª de 1992.

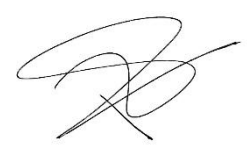
Cordialmente,

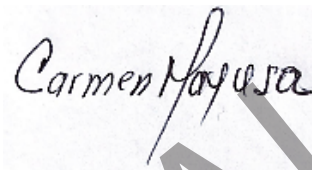
 Iván Cepeda Castro Senador de la República	 Diana Carolina Corcho Mejía Senadora de la República Pacto Histórico
 Alfredo Mondragón Garzón Representante a la Cámara Pacto Histórico	 María Fernanda Carrascal Rojas Representante a la Cámara

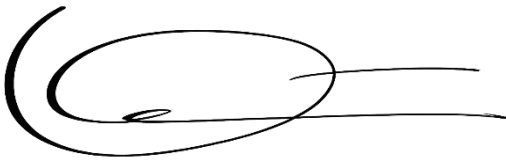
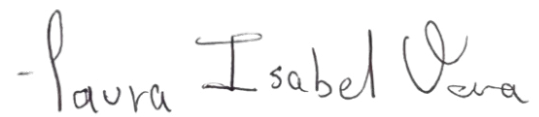
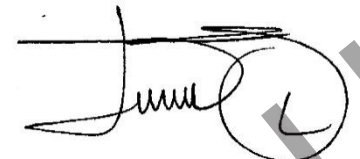
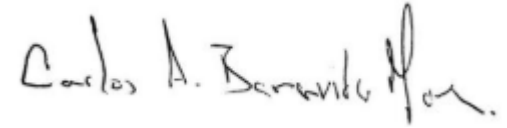
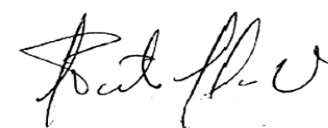
 Wilson Néber Arias Castillo Senador de la República	 Jairo León Vargas Representante a la Cámara
 ERICK ADRIÁN VELASCO BURBANO Representante a la Cámara - Nariño Pacto Histórico	 FERNEY SILVA IDROBO Senador de la República
 Yeisson Sua Cajamarca Zapata Representante a la Cámara	 Christian Hosep Palacios Ledezma Representante a la Cámara por Nariño Pacto Histórico
 DAVID ALEJANDRO TORO RAMÍREZ Representante a la Cámara por Antioquia Pacto Histórico	 GABRIEL BECERRA YAÑEZ Representante a la Cámara Pacto Histórico
 JOSÉ LUÍS BOHÓRQUEZ LÓPEZ Representante Cámara - Boyacá Pacto Histórico	 MIGUEL ANGEL RUBIO BRAVO Representante a la Cámara por el Putumayo Pacto Histórico

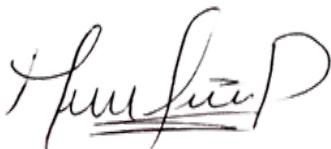
 ALEX FLÓREZ HERNÁNDEZ Senador Pacto Histórico	 FRANCY NATALIA MORENO PUIN Representante a la Cámara por Cundinamarca - Pacto Histórico
 Paola Andrea Quiñones D'haro Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico	 ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCÍA Senador de la República Pacto Histórico
 LAURA CRISTINA AHUMADA GARCÍA Senadora de la República Pacto Histórico	 RENZO ALEXANDER GARCÍA PARRA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR TOLIMA PACTO HISTÓRICO
 Proyecto de Ley Reforma al Sistema de Salud Firma 20 julio 2020 JOHANA OSORIO MÁRQUEZ Senadora de la República Pacto Histórico	 DANIEL MAURICIO MONROY HERNÁNDEZ Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico

 CAMILO ALFONSO TORRES PRADA Representante a la Cámara por Santander Pacto Histórico	 ANA LEIDY ERAZO RUIZ. Representante a la Cámara por el Valle del Cauca. Pacto Histórico.
 AGMETH JOSÉ ESCAF TIJERINO Senador de la República Pacto Histórico	 Alexandra Pineda Ortiz Representante a la Cámara Cesar Pacto Histórico
 Fernando Arias Cardona Representante a la Cámara Del Pacto por Risaralda	 MARCO EMILIO HINCAPIÉ RAMÍREZ Representante a la Cámara por el Tolima Pacto Histórico
 AMAURY JULIO PÉREZ Representante a la cámara por Bolívar Pacto histórico	 LOURDES PAOLA MATEUS SERRANO Representante a la cámara por el Huila Pacto histórico

 LUZ VERONICA ESTRADA HOLGUIN Representante a la cámara por Antioquia Pacto histórico	 HERNÁNDEZ SILVA Senadora de la República Pacto Histórico
 HERNÁN MURIEL PÉREZ Representante a la cámara por Antioquia Pacto histórico	 MARÍA DEL MAR PIZARRO GARCIA Representante Cámara Bogotá Pacto Histórico
 HEINER DE JESÚS GAITÁN PARRA Representante a la cámara por Cundinamarca Pacto histórico	 Miguel Ángel Grisales Suárez Representante a la Cámara Departamento del Quindío MOVIMIENTO POLITICO PACTO HISTORICO
 LAURA DANIELA BELTRÁN PALOMARES Representante a la cámara por Bogotá Pacto histórico	 JORGE AUGUSTO PALACIO GARZÓN Representante a la cámara del Valle del Cauca Pacto Histórico
 DAVID RICARDO RACERO MAYORCA Senador de la República de Colombia Pacto Histórico	 AIDA MARINA QUILCUE VIVAS Representante a la Cámara Pacto Histórico

 JORGE HERNAN BASTIDAS ROSERO Representante a la Cámara por el Cauca Pacto Histórico	 Yolanda Silva Romero Representante a la Cámara Departamento de Santander Pacto Histórico
 LUIS FERNANDO BALLESTEROS MEZA Representante a la Cámara de Córdoba Pacto Histórico	 MARÍA DEL CARMEN MAYUSA DE CRUZ Representante a la cámara Meta Pacto Histórico
 CRISTIAN KEVIN GÓMEZ PAZ Senador de la República Pacto Histórico	 FELIPE HERNÁNDEZ Representante a la Cámara del Magdalena Pacto Histórico
 ROSITA GUEVARA ROSERO Representante a la cámara por Nariño Pacto Histórico	 MARÍA EUGENIA LONDOÑO OCAMPO Senadora de la República Pacto Histórico

 SANTIAGO OSORIO MARIN Representante a la Cámara por Caldas Partido Alianza Verde	 ALEJANDRA OMAÑA ORTIZ Senadora de la República Pacto Histórico
 Laura Isabel Vera Zapata Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico	 Isabel Cristina Zuleta López Senadora de la República Pacto Histórico
 Carlos Alberto Benavides Mora Senador de la República Pacto Histórico	 JAIME ARTURO SANTAMARIA ACOSTA Representante a la Cámara por Atlántico Pacto Histórico
 Óscar David Benavides Angulo Representante a la Cámara Curul Especial Afro	 CLAUDIA TERESA ROMERO NADER Representante a la cámara por Bogotá Pacto Histórico
 ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO Senador de la República Pacto Histórico	 CARMEN PATRICIA CAICEDO OMAR Senadora de la República de Colombia Pacto Histórico

 KAMELIA ZULUAGA NAVARRO Senadora de la República - Pacto Histórico	 MARTÍN ALONSO CAICEDO CARABALÍ Senador de la República Pacto Histórico
 MARTHA ISABEL PERALTA EPIYÚ Senadora de la República MAIS	 CARLOS EDUARDO ARIZABALETA CORRAL Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico
 AIDA AVELLA ESQUIVEL Senadora de La República Pacto Histórico	 WALTER ALFONSO RODRIGUEZ Senador de la República PACTO HISTÓRICO



PROYECTO DE LEY N° _____

“POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

EL CONGRESO DE COLOMBIA, DECRETA:

TITULO I
OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

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 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 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: las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana.

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 de intervención de los determinantes sociales.

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, 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 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.

TITULO II

GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA

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 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 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 (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).

Parágrafo 4. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, 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.

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.
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. 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 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 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.
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. 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.
 8. 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 Consejo Nacional de Salud por el Ministerio de Salud y Protección Social.
 9. 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.
 10. 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.
 11. Adoptar su propio reglamento.

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.

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.

Artículo 7. Defensor del usuario en salud. El defensor del usuario en salud, creado a través del artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, será 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 atención ágil y eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género.

El Ministerio de Salud y 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 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 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 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 1. 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.

Parágrafo 2. Con el fin de promover mejoras continuas al sistema de salud los grupos, centros o instituciones de investigación tendrán acceso a la información del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en los términos que



defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 9. 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 8 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 10. 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.

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).



Artículo 11. 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.

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 12. 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 para que a los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamientos y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros.

Artículo 13. 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.



Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a trámites relacionados con medicamentos.

Artículo 14. Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud. Autorízase 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.

TÍTULO III

FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 15. 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.



Artículo 16. 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).
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.
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.
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.
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 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).
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.

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 los 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, por sus propios medios y a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.
16. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para 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 seguros de salud internacionales por la atención de la población no residente.
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 auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida, para lo cual podrá realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas.
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.
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.
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 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 los numerales 20 y 21 del presente artículo, 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 17. 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 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.
6. 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.
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.
9. Los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.



10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de 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 2277 de 2022 o la norma que la sustituya o modifique.
19. Los recursos del IVA social referidos en el literal a del artículo 468 del Estatuto Tributario.
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.

Artículo 18. 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 (1º) 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), 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.

Artículo 19. 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:

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.
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.
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.
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, 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.
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 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.

Artículo 20. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 17 de la presente Ley, es decir, los asignados a la Administradora de los Recursos del 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 21. Traslado presupuestal entre las cuentas del Fondo Único 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 22. 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 Capitación 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.
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 23. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes:

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 24. 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.
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 25. 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 (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.

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 16 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.



Artículo 26. 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 39 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 auditorías 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 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 calendario 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 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.

Artículo 27. 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 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 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 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 28. 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 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 deberán pertenecer a los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces.

Artículo 29. 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 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.

Artículo 30. 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.

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.

Artículo 31. 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 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.

Artículo 32. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así:

Artículo 2º. 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 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. 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.



Artículo 33. Modifíquese el artículo 3° 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 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.

Artículo 34. 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.

2. 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, y de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado.

TÍTULO IV ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 35. 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 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.
8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías 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.
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.
11. Entregar informes semestrales del funcionamiento de las RIITS.
12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
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.
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.
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.
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. 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.
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.
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.
21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.
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.
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 resolutiveidad 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.

Artículo 36. 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 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 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 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 37 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.

Artículo 37. 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 36 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 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).
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.
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.
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.
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.

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, 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 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.

Artículo 38. 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 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 41 la presente Ley.

CAPÍTULO II

REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS



Artículo 39. 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 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 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 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 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 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 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 Integradas Territoriales de Salud (RIITS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ellos, las RIITS, 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.

Artículo 40. 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 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 41. 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 Integrado 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 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 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 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 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.

Artículo 42. 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 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. 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.



Artículo 43. 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 resolutivez 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 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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.

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 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 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.

Artículo 44. 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 contrarreferencia 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 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, garantizando la 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 45. 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 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 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.



Artículo 46. Modelo comunitario de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar una red comunitaria de salud mental, entre lazando la 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 47. 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 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.



Artículo 48. 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.

CAPÍTULO III INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO

Artículo 49. 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:

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 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 50. 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, 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 la solicitud 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 51. 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.
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 respectiva, 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 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 52. 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 tecnológicos adecuados, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud idóneo.

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).

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 53. 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 en articulación con las entidades territoriales ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y 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. Donaciones.
9. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
10. 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 registrarán 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

Artículo 54. 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.

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 párrafo.

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.

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.

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 pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio y la asignación de cupos.

4. **Mejora de la resolutividad de los profesionales en salud.** 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 55. 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 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 56. 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 títulos 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 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 (2) 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.

El evaluador de la convalidación deberá ser un par académico, con el objetivo de garantizar y agilizar el trámite en la entidad encargada para la solicitud.

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 1. 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.



Parágrafo 2. 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.

Artículo 57. 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 tasaré 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.

Artículo 58. 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 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.
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.

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.
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 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 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.

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 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 59. 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 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

Artículo 60. 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 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 61. 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 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 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. 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, éstas 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 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 estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos.

Artículo 62. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud Especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico 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 intuición 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 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 63. 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 sanitaria 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 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

TÍTULO VI INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 64. Superintendencia Nacional de Salud. Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Que tendrá como objetivo vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas que corresponda en el ámbito de su objeto y funciones, para garantizar la protección del Derecho Fundamental a la Salud.

Artículo 65. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control tendrá el siguiente alcance:

1. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema de Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras los estudios especializados, las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.
2. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema de Salud para su desarrollo.
3. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular, jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa, de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.



Artículo 66. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

Artículo 67. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. **Financiamiento.** Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema de Salud.
2. **Prestación de servicios de atención en salud pública.** Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. **Atención al usuario y participación social.** Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema de Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema de Salud; y promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.
4. **Acciones y medidas especiales.** Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del Sistema de Salud.
5. **Información.** Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.
6. **Equidad en salud.** Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del Sistema de Salud y sus formas de operación, y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales



Artículo 68. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo 1. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas en la Ley 2220 de 2022 o la que haga sus veces.

Artículo 69. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud;
2. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud;
3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;
4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;
5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;
6. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;
7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud;
8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud.



Artículo 70. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:

1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100 de 1993;
2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios;
3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.
4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.
5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.
6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.
7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.
8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a



su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.

9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.
10. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.
11. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud.
12. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido por el principio de celeridad.
13. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.
14. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.
15. Velar por que los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutoria en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.
16. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley.

Parágrafo 1. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Parágrafo 2. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud



Artículo 71. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva y oportuna prestación de los servicios relacionados con el derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los siguientes asuntos:

1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las instituciones prestadoras de salud ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.
2. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema de Salud.
3. Los trámites de insolvencia previstos en la Ley 1116 de 2006 o la que haga sus veces, para los sujetos vigilados.
4. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012.

Parágrafo 1. La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el Decreto Ley 2591 de 1991 o el que haga sus veces.



Artículo 72. 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 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 lesión 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.

En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Artículo 73. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud. No obstante, las garantías de protección del derecho fundamental a la salud deben ser plenas en el Sistema de Salud y en el Sistema de Administración de Justicia.

A tal efecto, se tendrán como criterios:

1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.
2. El fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del Sistema de Salud.
3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.



4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información.

Artículo 74. 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 75. 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 76. 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.”

Artículo 77. Modifíquese el párrafo 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 incumplimiento en el reporte de información”.

Artículo 78. Sanciones. 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.

TÍTULO VII DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 79. 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 80. 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 81. 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, 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 vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de 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 víctimas (PAPSIVI) adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas con enfoque diferencial en las subregiones PDET.

Artículo 82. 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 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 83. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades. Los centros de atención primaria en salud se articularán 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.

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 84. Política de Autocuidado. 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 contener como mínimo los siguientes elementos: alfabetización en salud, autoconocimiento y autoconciencia física y mental, actividad física, alimentación saludable, prevención de riesgos, buena higiene, y el uso adecuado de productos y servicios de salud

Artículo 85. Caracterización de las personas en condición de discapacidad. El estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas en condición de 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.

Artículo 86. 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.

Artículo 87. 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 88. 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 acreditó al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero

TÍTULO VIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS



Artículo 89. 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 explícita, 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.

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.

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 coadyuvan 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 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 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 Integrales e Integradas 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.
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 del nuevo sistema de salud, 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 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 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.



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.
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, diseñará 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%. 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.

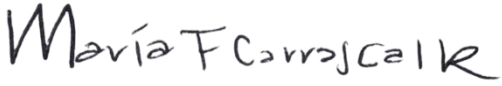
18. Las personas que, al 31 de diciembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:
 - a. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas 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

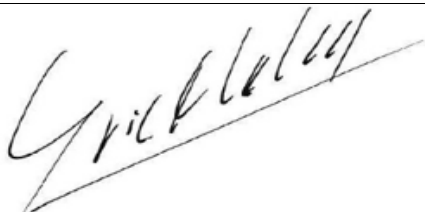
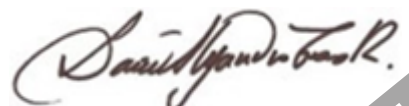


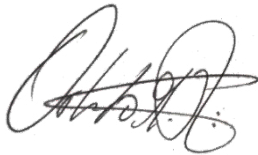
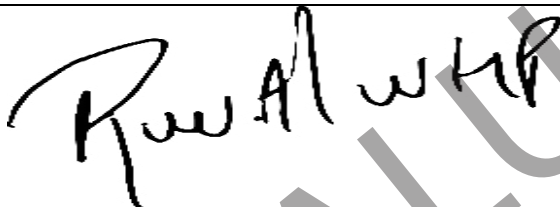
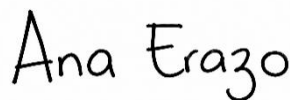
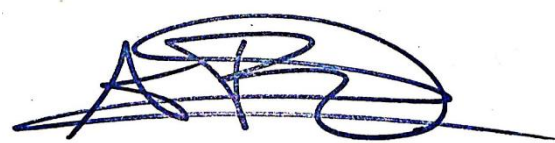
en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

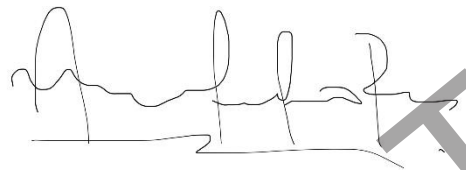
20. Se habilita a la ADRES para servir de garante ante las entidades que conforman el Grupo Bicentenario, para establecer un mecanismo de crédito enfocado al pago de pasivos e inversión de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, y las IPS públicas de mediana 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.

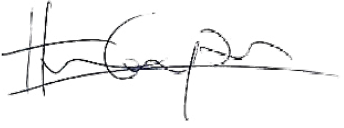
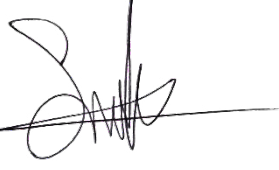
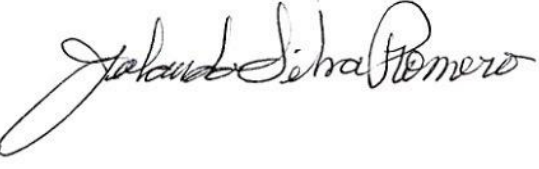
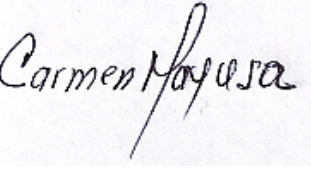
Artículo 90. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

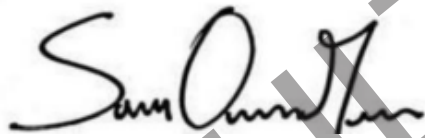
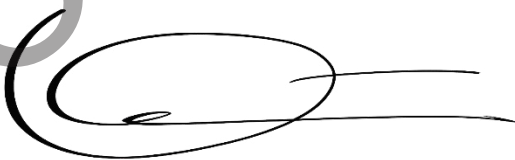
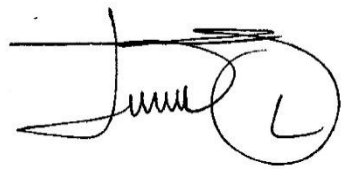
 Iván Cepeda Castro Senador de la República	 Diana Carolina Corcho Mejía Senadora de la República Pacto Histórico
 Alfredo Mondragón Garzón Representante a la Cámara Pacto Histórico	 María Fernanda Carrascal Rojas Representante a la Cámara
 Wilson Néber Arias Castillo Senador de la República	 Jairo León Vargas Representante a la Cámara

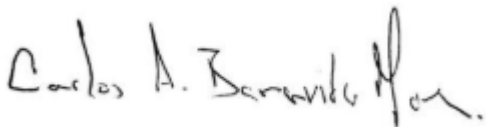
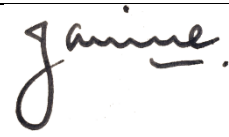
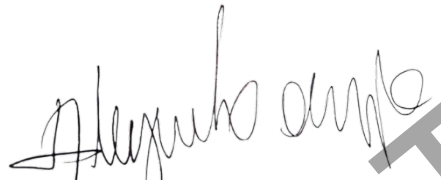
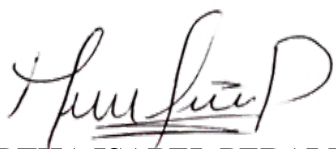
 ERICK ADRIÁN VELASCO BURBANO Representante a la Cámara - Nariño Pacto Histórico	 FERNEY SILVA IDROBO Senador de la República
 Yeisson Sua Cajamarca Zapata Representante a la Cámara	 Christian Hosep Palacios Ledezma Representante a la Cámara por Nariño Pacto Histórico
 DAVID ALEJANDRO TORO RAMÍREZ Representante a la Cámara por Antioquia Pacto Histórico	 GABRIEL BECERRA YAÑEZ Representante a la Cámara Pacto Histórico
 JOSÉ LUÍS BOHÓRQUEZ LÓPEZ Representante Cámara - Boyacá Pacto Histórico	 MIGUEL ANGEL RUBIO BRAVO Representante a la Cámara por el Putumayo Pacto Histórico
 ALEX FLÓREZ HERNÁNDEZ Senador Pacto Histórico	 FRANCY NATALIA MORENO PUIN Representante a la Cámara por Cundinamarca - Pacto Histórico

 Paola Andrea Quiñones D'haro Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico	 ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCÍA Senador de la República Pacto Histórico
 LAURA CRISTINA AHUMADA GARCÍA Senadora de la República Pacto Histórico	 RENZO ALEXANDER GARCÍA PARRA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR TOLIMA PACTO HISTÓRICO
 JOHANA OSORIO MÁRQUEZ Senadora de la República Pacto Histórico	 DANIEL MAURICIO MONROY HERNÁNDEZ Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico
 CAMILO ALFONSO TORRES PRADA Representante a la Cámara por Santander Pacto Histórico	 ANA LEIDY ERAZO RUIZ. Representante a la Cámara por el Valle del Cauca. Pacto Histórico.
 AGMETH JOSÉ ESCAF TIJERINO Senador de la República Pacto Histórico	 Alexandra Pineda Ortiz Representante a la Cámara Cesar Pacto Histórico

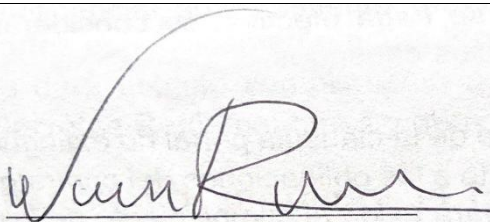
 Fernando Arias Cardona Representante a la Cámara Del Pacto por Risaralda	 MARCO EMILIO HINCAPIÉ RAMÍREZ Representante a la Cámara por el Tolima Pacto Histórico
 AMAURY JULIO PÉREZ Representante a la cámara por Bolívar Pacto histórico	 LOURDES PAOLA MATEUS SERRANO Representante a la cámara por el Huila Pacto histórico
 LUZ VERÓNICA ESTRADA HOLGUÍN Representante a la cámara por Antioquia Pacto histórico	 ESMERALDA HERNÁNDEZ SILVA Senadora de la República Pacto Histórico
 HERNÁN MURIEL PÉREZ Representante a la cámara por Antioquia Pacto histórico	 MARÍA DEL MAR PIZARRO GARCÍA Representante Cámara Bogotá Pacto Histórico

 HEINER DE JESÚS GAITÁN PARRA Representante a la cámara por Cundinamarca Pacto histórico	 Miguel Ángel Grisales Suárez Representante a la Cámara Departamento del Quindío MOVIMIENTO POLITICO PACTO HISTORICO
 LAURA DANIELA BELTRÁN PALOMARES Representante a la cámara por Bogotá Pacto histórico	 JORGE AUGUSTO PALACIO GARZÓN Representante a la cámara del Valle del Cauca Pacto Histórico
 DAVID RICARDO RACERO MAYORCA Senador de la República de Colombia Pacto Histórico	 AIDA MARINA QUILCUE VIVAS Representante a la Cámara Pacto Histórico
 JORGE HERNAN BASTIDAS ROSERO Representante a la Cámara por el Cauca Pacto Histórico	 Yolanda Silva Romero Representante a la Cámara Departamento de Santander Pacto Histórico
 LUIS FERNANDO BALLESTEROS MEZA Representante a la Cámara de Córdoba Pacto Histórico	 MARÍA DEL CARMEN MAYUSA DE CRUZ Representante a la cámara Meta Pacto Histórico

 CRISTIAN KEVIN GÓMEZ PAZ Senador de la República Pacto Histórico	 FELIPE HERNÁNDEZ Representante a la Cámara del Magdalena Pacto Histórico
 ROSITA GUEVARA ROSERO Representante a la cámara por Nariño Pacto Histórico	 MARÍA EUGENIA LONDOÑO OCAMPO Senadora de la República Pacto Histórico
 SANTIAGO OSORIO MARIN Representante a la Cámara por Caldas Partido Alianza Verde	 ALEJANDRA OMAÑA ORTIZ Senadora de la República Pacto Histórico
 Laura Isabel Vera Zapata Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico	 Isabel Cristina Zuleta López Senadora de la República Pacto Histórico

 Carlos Alberto Benavides Mora Senador de la República Pacto Histórico	 JAIME ARTURO SANTAMARIA ACOSTA Representante a la Cámara por Atlántico Pacto Histórico
 Óscar David Benavides Angulo Representante a la Cámara Curul Especial Afro	 CLAUDIA TERESA ROMERO NADER Representante a la cámara por Bogotá Pacto Histórico
 ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO Senador de la República Pacto Histórico	 CARMEN PATRICIA CAICEDO OMAR Senadora de la República de Colombia Pacto Histórico
 KAMELIA ZULUAGA NAVARRO Senadora de la República - Pacto Histórico	 MARTÍN ALONSO CAICEDO CARABALÍ Senador de la República Pacto Histórico
 MARTHA ISABEL PERALTA EPIYÚ Senadora de la República MAIS	 CARLOS EDUARDO ARIZABALETA CORRAL Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico



<i>A. Avella-E.</i> AIDA AVELLA ESQUIVEL Senadora de La República Pacto Histórico	 WALTER ALFONSO RODRIGUEZ Senador de la República PACTO HISTÓRICO

CONSULTORSALUD



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Proyecto de Ley N° ____ de 2026 “Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”.

Con el ánimo de precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto de ley, la presente exposición de motivos se desarrolla en el siguiente orden:

OBJETO DEL PROYECTO

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO GENERAL

- 1 DÉBIL RECTORÍA Y GOBERNANZA DEL ACTUAL SISTEMA DE SALUD
 - 1.1 DEBILITAMIENTO FINANCIERO DE LA AUTORIDAD SANITARIA TERRITORIAL
 - 1.2 DESPLAZAMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA POR LA INTERMEDIACIÓN FINANCIERA
 - 1.3 FRAGMENTACIÓN INSTITUCIONAL DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA
 - 1.4 EVIDENCIA DEL DEBILITAMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA:
 - 2 INEFICIENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD
 - 3 CORRUPCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD
 - 3.1 CAPTURA DEL REGULADOR
 - 3.2 CARTELIZACIÓN
 - 3.3 INFORMACIÓN FRAUDULENDA
 - 4 FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD: EVIDENCIA SOBRE LA SOSTENIBILIDAD Y LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS
 - 4.1 LA TRAMPA DE LA INSUFICIENCIA DE LA UPC
 - 5 RESULTADOS EN SALUD INEQUITAVOS Y UN SISTEMA ORIENTADO A LA ENFERMEDAD
 - 5.1 BRECHA DE ACCESO: LA DISTANCIA COMO BARRERA ESTRUCTURAL
 - 5.2 BRECHAS DE RESULTADOS EN SALUD
 - 5.3 LAS BRECHAS ESTRUCTURALES EN SALUD
- MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY – DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD
CONSTITUCIONALIDAD DEL PROYECTO DE LEY
CONFLICTO DE INTERESES
BIBLIOGRAFÍA



OBJETO DEL PROYECTO

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.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO GENERAL

La Constitución Política de 1991 estableció que la seguridad social es un servicio público obligatorio bajo la dirección, coordinación y control del Estado, orientado por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. En desarrollo de este mandato, la Ley 100 de 1993 organizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo un modelo de aseguramiento que buscó ampliar la cobertura mediante la participación de entidades responsables de administrar el riesgo en salud y los recursos públicos destinados a su financiación.

Después de más de tres décadas de implementación, y pese a las reformas introducidas por las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y a la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el sistema de salud enfrenta una crisis estructural que limita la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud. Aunque Colombia alcanzó coberturas de aseguramiento superiores al 99% (1) y ha incrementado de manera sostenida la inversión pública en salud (2), persisten importantes barreras para el acceso oportuno, continuo e integral a los servicios, profundas inequidades territoriales, fragmentación de la atención, deterioro de la red pública hospitalaria y resultados sanitarios que continúan siendo inferiores a los esperados para el nivel de recursos que invierte el país(3–8).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se estructura en un modelo que genera altos niveles de segmentación de la población por capacidad de pago y fragmentación de la atención, adicionalmente se centra en la atención de la enfermedad (9) lo que impide el desarrollo de la promoción de la salud; no garantiza una atención diferenciada de las personas, según sus condiciones de vida, cultura y territorio (10); realiza un énfasis



excesivo en la rentabilidad económica (11,12); presenta altos márgenes de ineficiencia (13) y gran limitación para generar salud y reducir las inequidades (14).

Lo anterior se expresa en una importante carga de morbilidad y mortalidad por condiciones prevenibles. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de muerte en el país: cada año cerca de 47.000 personas mueren de manera prematura por estas causas. La tasa de mortalidad prematura por ECNT alcanzó un máximo de 243,84 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2021, en el contexto de la pandemia por COVID-19 y, si bien ha registrado una reducción en los años posteriores, la magnitud de esta carga —junto con las bajas coberturas en protección específica y detección temprana— evidencia las limitaciones estructurales del sistema para anticiparse a la enfermedad y generar salud.

Las importantes restricciones para el acceso efectivo a los servicios de salud, así como para la integralidad y continuidad de la atención, se reflejan en el uso creciente de la acción de tutela. En 2024 se interpusieron 265.173 tutelas por vulneraciones del derecho a la salud —la cifra más alta desde la creación del mecanismo— y en 2025 estas ascendieron a cerca de 312.500, con un incremento del 18% en un solo año; las tutelas en salud representan hoy alrededor de una tercera parte del total de tutelas interpuestas en el país (15,16). Entre 2020 y 2025 se radicaron más de 1,3 millones de acciones de tutela en salud. La Defensoría del Pueblo ha advertido que la tutela dejó de operar como un mecanismo excepcional y se ha consolidado como una de las principales rutas para reclamar la atención (16).

Los hechos invocados en las tutelas no corresponden a prestaciones extraordinarias, sino a fallas básicas del sistema relacionadas con la oportunidad, la integralidad y la continuidad de la atención: demoras en la asignación de citas con especialistas —el motivo más frecuente—, entrega inoportuna o negación de medicamentos, acceso a transporte y viáticos, aplazamiento de cirugías e insumos médicos.

La evidencia presentada en esta exposición de motivos muestra que esta situación no responde a deficiencias aisladas de gestión, sino a transformaciones estructurales ocurridas durante las últimas tres décadas. La reducción progresiva de la autonomía financiera de las entidades territoriales, el traslado de funciones públicas hacia mecanismos de intermediación financiera, la fragmentación institucional de las Funciones Esenciales de Salud Pública, las limitaciones en la rectoría y gobernanza, la ineficiencia en la asignación de los recursos, la opacidad de la información utilizada para el financiamiento del sistema y los incentivos que han favorecido prácticas de captura institucional y corrupción han debilitado la capacidad del Estado para organizar el sistema de salud conforme al interés general.

Como consecuencia, el sistema evolucionó hacia un modelo orientado principalmente a financiar la atención de la enfermedad, con limitada capacidad para actuar sobre los



determinantes sociales de la salud, fortalecer la Atención Primaria en Salud, organizar redes integradas de servicios y reducir las desigualdades territoriales y poblacionales. Esta situación explica la persistencia de brechas en acceso, oportunidad, calidad y resultados en salud, especialmente en los territorios rurales, dispersos y con mayores condiciones de vulnerabilidad.

El primer gobierno progresista del Colombia (2022 – 2026) emprendió acciones para transformar el sistema de salud, hacia uno centrado en el cuidado, con manejo transparente de los recursos financieros y con acceso universal sin discriminación por capacidad de pago, lugar de residencia o condición de salud. Para lograrlo fortaleció el financiamiento de sistema y emprendió acciones reglamentarias relacionadas con la Atención Primaria en Salud, el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, la dignificación del talento humano en salud, la interoperabilidad, trazabilidad y transparencia de la información en salud.

En materia de financiamiento, ha existido un incremento sostenido de los recursos destinados al sector salud, el crecimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por encima de la inflación y la expansión del giro directo desde la ADRES hacia hospitales y clínicas, con el propósito de reducir la intermediación financiera, fortalecer el flujo de recursos y garantizar mayor liquidez a los prestadores.

Respecto al modelo preventivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), vienen operado miles de Equipos Básicos y Especializados de Salud con presencia en todo el territorio nacional, así como el fortalecimiento de estrategias dirigidas a jóvenes y de mecanismos de participación social en salud. Estas acciones buscan acercar los servicios a los hogares y orientar el sistema hacia la prevención y la promoción de la salud.

Para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, se han realizado inversiones históricas en infraestructura, dotación y transporte asistencial, además de la puesta en marcha de la Red Nacional de Hospitales y la operación del primer buque hospital del país para ampliar la cobertura en territorios dispersos y de difícil acceso.

Se han realizado avances en la dignificación del talento humano en salud, mediante la remuneración de los internos de medicina, y en soberanía sanitaria, con la adopción de políticas orientadas a fortalecer la producción nacional de medicamentos e insumos estratégicos, incluyendo medidas para ampliar el acceso a medicamentos esenciales y reducir la dependencia de proveedores internacionales.

Para la consolidación del sistema público e interoperable de información en salud, se han implementado herramientas para el seguimiento de la Atención Primaria en Salud, la interoperabilidad de la historia clínica electrónica y sistemas de trazabilidad financiera y asistencial que fortalecen la transparencia, el control de los recursos y la capacidad de auditoría del sistema de salud.



No obstante, la necesidad de transformar estructuralmente el sistema de salud es cada día más urgente. Por una lado, hay suficiente evidencia en el fracaso de la intermediación financiera para la garantía del derecho, en los términos definidos en la Ley 1751 de 2015; y por otro, los logros en materia de acercar los servicios de salud a la población, fortalecer la red pública hospitalaria, dignificar el talento humano en salud y desarrollar la soberanía sanitaria deber ser permanentes.

En materia de sostenibilidad financiera del sistema, si bien convienen nuevas fuentes de financiación, es importante también reconocer adecuadamente el riesgo poblacional, financiarlo de manera consistente y gestionarlo de forma preventiva y eficiente(17).

Por lo tanto, nuevamente se le presenta al país la propuesta de transformación estructural del sistema de salud, toda vez que las limitaciones estructurales del modelo vigente no pueden superarse únicamente mediante ajustes administrativos o regulatorios, sino que requieren una transformación legal de la organización y gobernanza del sistema.

El presente proyecto de ley propone una reforma estructural orientada a fortalecer la rectoría del Estado, recuperar la capacidad de organización territorial del sistema, consolidar un modelo de Atención Primaria en Salud, garantizar la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos públicos, fortalecer la red pública hospitalaria y orientar el sistema hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud. Los argumentos que sustentan esta propuesta se desarrollan en los capítulos siguientes, los cuales demuestran, mediante evidencia jurídica, técnica y empírica, las causas estructurales de la crisis actual y la necesidad de las transformaciones planteadas.

1 DÉBIL RECTORÍA Y GOBERNANZA DEL ACTUAL SISTEMA DE SALUD

La capacidad de rectoría¹ y gobernanza² de la autoridad sanitaria constituye uno de los principales determinantes del desempeño de un sistema de salud. De ella depende la posibilidad de planificar, regular, coordinar y orientar los recursos y actores del sistema hacia la garantía efectiva del derecho fundamental. Por esta razón, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) incluyeron el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de la autoridad nacional de salud como el segundo objetivo de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030(18).

¹ Rectoría: Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud

² Gobernanza: Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud.



Según este organismo, alcanzar dicho objetivo requiere fortalecer las Funciones Esenciales de Salud Pública, consolidar mecanismos de participación social y diálogo, promover la formulación e implementación de políticas inclusivas y asegurar la rendición de cuentas y la transparencia.

La autoridad sanitaria nacional y territorial debe contener por lo menos cuatro grandes capacidades: el liderazgo, la regulación, la organización territorial de los servicios de salud y la asignación de recursos financieros. En Colombia, tanto a nivel nacional como territorial se han perdido progresivamente las capacidades financiera, de decisión y de organización del sistema; dicho debilitamiento no ocurrió por una sola causa, sino por la convergencia de cambios constitucionales, legales y financieros ocurridos durante los últimos treinta años.

Como consecuencia, hoy tenemos unas autoridades sanitarias nacionales y territoriales con una capacidad disminuida para garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la rectoría, la gobernanza y el ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

El debilitamiento de la autoridad sanitaria en Colombia no es el resultado de deficiencias administrativas aisladas, sino de transformaciones estructurales del modelo de financiamiento y gobernanza. La reducción progresiva de la autonomía financiera territorial, la concentración de la decisión sobre los recursos en los mecanismos de aseguramiento y la fragmentación de las funciones de salud pública limitaron la capacidad de rectoría de las autoridades sanitarias nacionales y territoriales.

La evidencia proveniente de la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública demuestra que estas transformaciones se traducen en menores capacidades institucionales para planificar, regular, coordinar y organizar los servicios de salud, con efectos directos sobre el acceso, la equidad y la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

1.1 DEBILITAMIENTO FINANCIERO DE LA AUTORIDAD SANITARIA TERRITORIAL

Los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de 1991 establecieron un modelo de descentralización que asignó a los departamentos, distritos y municipios competencias en salud, educación y agua potable, junto con los recursos necesarios para ejercerlas. En desarrollo de este mandato, la Ley 60 de 1993 definió un sistema de transferencias basado en un porcentaje creciente de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), con el propósito de garantizar la financiación de estas competencias. La fórmula prevista contemplaba que, para 2001, las transferencias territoriales alcanzaran el 46,5 % de los ICN.

Sin embargo, los Actos Legislativos 01 de 2001 y 04 de 2007 modificaron este esquema al crear el Sistema General de Participaciones (SGP) y sustituir el criterio de participación



sobre los ICN por una fórmula de crecimiento basada principalmente en la inflación y un crecimiento real predeterminado. Como consecuencia, las transferencias dejaron de crecer al ritmo de los ingresos del Estado y se desvincularon progresivamente de su capacidad real de recaudo, reduciendo de manera estructural la participación de las entidades territoriales en los ingresos nacionales y limitando su autonomía fiscal para ejercer las competencias asignadas constitucionalmente, entre ellas la rectoría, la gobernanza y la gestión territorial de la salud.

La Tabla 1 presenta la evolución de las transferencias territoriales entre 1994 y 2024, comparando el periodo del Situado Fiscal (1994–2001) con el del Sistema General de Participaciones (2002–2024). Los resultados evidencian una disminución sostenida de la participación de estos recursos frente a los Ingresos Corrientes de la Nación, el Presupuesto General de la Nación y el Producto Interno Bruto, reflejando el debilitamiento progresivo de la capacidad financiera de las entidades territoriales.

Tabla 1. Evolución de las transferencias territoriales entre 1994 y 2024

Reformas Tributarias	Cálculo	Año	Trans.	Trans. / ICN	Trans. / PGN	Trans. / PIB	Trans. Salud	Trans. Salud / ICN	Trans. Salud / PGN	Trans. Salud / PIB
Ley 174 de 1994	Situado Fiscal y Participaciones Municipales	1994	18.212			3,13%	3.680			0,6321%
Ley 223 de 1995		1995	20.069			3,30%	4.582			0,7523%
		1996	21.509			3,53%	5.061			0,8317%
Ley 383 de 1997		1997	22.274			3,57%	5.494			0,8806%
Decretos 2330 y 2331 de 1998		1998	22.594			3,65%	5.784			0,9349%
		1999	26.133			4,26%	6.521			1,0642%
Ley 633 de 2000		2000	25.314	40,47%	15,72%	3,96%	6.170	9,86%	3,83%	0,9656%
		2001	29.229	38,73%	15,75%	4,51%	7.055	9,35%	3,80%	1,0892%
Ley 788 de 2002	Acto Legislativo 01 de 2001	2002	30.452	37,82%	16,50%	4,64%	7.162	8,90%	3,88%	1,0911%
Ley 863 de 2003		2003	33.480	40,45%	17,98%	4,81%	7.874	9,51%	4,23%	1,1316%
		2004	34.855	38,52%	17,34%	4,68%	8.198	9,06%	4,08%	1,1017%
		2005	35.776	39,10%	16,58%	4,51%	8.415	9,20%	3,90%	1,0612%
Ley 1111 de 2006		2006	36.621	35,21%	15,40%	4,27%	8.613	8,28%	3,62%	1,0051%
		2007	37.340	32,50%	15,00%	4,10%	8.782	7,64%	3,53%	0,9646%
		2008	38.263	29,29%	15,48%	4,07%	8.777	6,72%	3,55%	0,9335%
Ley 1370 de 2009	Acto Legislativo 04 de 2007	2009	42.842	29,36%	15,59%	4,42%	9.646	6,61%	3,51%	0,9942%
Ley 1430 de 2010		2010	44.244	33,16%	15,82%	4,34%	10.086	7,56%	3,61%	0,9887%
		2011	44.750	32,96%	16,36%	4,00%	10.170	7,49%	3,72%	0,9089%
Ley 1607 de 2012		2012	45.878	29,05%	15,70%	3,90%	10.555	6,68%	3,61%	0,8975%
		2013	48.887	27,66%	14,75%	3,95%	11.102	6,28%	3,35%	0,8981%

Reformas Tributarias	Cálculo	Año	Trans.	Trans. / ICN	Trans. / PGN	Trans. / PIB	Trans. Salud	Trans. Salud / ICN	Trans. Salud / PGN	Trans. Salud / PIB
Ley 1739 de 2014		2014	48.222	27,80%	14,66%	3,79%	11.126	6,41%	3,38%	0,8733%
		2015	47.878	27,69%	14,75%	3,80%	10.983	6,35%	3,38%	0,8726%
Ley 1819 de 2016		2016	49.192	28,40%	15,80%	3,85%	11.286	6,51%	3,63%	0,8833%
	Fórmula	2017	51.933	29,20%	15,94%	3,97%	12.113	6,81%	3,72%	0,9261%
Ley 1943 de 2018		2018	50.610	26,61%	15,75%	3,72%	11.875	6,24%	3,70%	0,8729%
Ley 2010 de 2019		2019	54.739	28,61%	16,48%	3,89%	13.747	7,19%	4,14%	0,9774%
		2020	57.249	32,33%	14,18%	4,39%	13.420	7,58%	3,32%	1,0294%
Ley 2155 de 2021		2021	58.934	31,42%	13,86%	4,00%	13.820	7,37%	3,25%	0,9374%
		2022	54.162	29,01%	14,05%	3,37%	12.711	6,81%	3,30%	0,7914%
		2023	54.936	19,93%	12,98%	3,49%	12.822	4,65%	3,03%	0,8153%
		2024	67.055	22,22%	14,01%	4,26%	15.584	5,17%	3,26%	0,9910%
Promedio				31,50%	15,46%	4,005%		7,37%	3,61%	0,9386%
Pendiente (Tendencia)				-0,60%	-0,60%	-0,13%		-0,14%	-0,03%	-0,01%

Elaboración propia

Si se compara el comportamiento observado con la fórmula originalmente prevista por la Constitución y la Ley 60 de 1993, se estima que entre 2002 y 2024 las entidades territoriales dejaron de percibir aproximadamente **\$629,9 billones**, como consecuencia de las modificaciones introducidas por los Actos Legislativos 01 de 2001 y 04 de 2007. Este déficit estructural de financiación, presentado en la Tabla 2, representa una reducción significativa de la capacidad del nivel territorial para financiar las funciones de salud pública, fortalecer la red hospitalaria pública y ejercer plenamente las competencias de dirección y organización del sistema de salud.

Tabla 2. Cálculo de transferencias dejadas de percibir por las Entidades Territoriales

Año	Ingresos Nación Corrientes	Transferencias Sistema General de Participaciones	Transferencias Fórmula Inicial - 46,5%	Diferencia entre fórmulas de crecimiento
2002	80.516	30.452	37.440	6.988
2003	82.760	33.480	38.483	5.004
2004	90.489	34.855	42.078	7.223
2005	91.493	35.776	42.544	6.768
2006	104.006	36.621	48.363	11.742
2007	114.887	37.340	53.422	16.082
2008	130.641	38.263	60.748	22.484
2009	145.914	42.842	67.850	25.009
2010	133.429	44.244	62.044	17.801
2011	135.775	44.750	63.135	18.385
2012	157.926	45.878	73.436	27.557
2013	176.719	48.887	82.174	33.287
2014	173.434	48.222	80.647	32.425



Año	Ingresos Nación Corrientes	Transferencias Sistema General de Participaciones	Transferencias Fórmula Inicial - 46,5%	Diferencia entre fórmulas de crecimiento
2015	172.929	47.878	80.412	32.534
2016	173.230	49.192	80.552	31.360
2017	177.822	51.933	82.687	30.755
2018	190.202	50.610	88.444	37.834
2019	191.310	54.739	88.959	34.220
2020	177.093	57.249	82.348	25.099
2021	187.585	58.934	87.227	28.293
2022	186.710	54.162	86.820	32.658
2023	275.634	54.936	128.170	73.233
2024	301.714	67.055	140.297	73.242
Estimación total dejado de percibir				629.984

1.2 DESPLAZAMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA POR LA INTERMEDIACIÓN FINANCIERA

El debilitamiento de la capacidad financiera territorial no solo obedeció a la reducción progresiva de las transferencias. Paralelamente, los recursos disponibles fueron reorientados hacia el financiamiento del aseguramiento, reduciendo el margen de acción de las entidades territoriales para ejercer la rectoría sanitaria y fortalecer la prestación pública de servicios.

El Sistema General de Participaciones (SGP) para salud se distribuye en tres componentes: cofinanciación del Régimen Subsidiado, subsidio a la oferta y salud pública. Mientras los recursos destinados a la cofinanciación del régimen subsidiado son girados por la ADRES a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el subsidio a la oferta financia parcialmente la operación de los hospitales públicos y la asignación de salud pública respalda las acciones colectivas desarrolladas por departamentos y municipios.

Durante las últimas dos décadas esta distribución cambió sustancialmente. La participación destinada a financiar el Régimen Subsidiado aumentó progresivamente del 65 % al 87 %, mientras que los recursos para el subsidio a la oferta se redujeron del 25 % al 3 %, y la participación destinada a salud pública permaneció prácticamente inalterada en el 10 %.

Como se muestra en la Tabla 3 esta transformación refleja una reorientación estructural del modelo de financiamiento, que privilegió el aseguramiento individual sobre el fortalecimiento de la oferta pública y las intervenciones colectivas de salud.



Tabla 3. Distribución de SGP Salud

	Cofinanciación del régimen subsidiado	Subsidio a la Oferta (Prestación de servicios)	Salud Pública
Ley 715 de 2001 (Ley Orgánica)	65%	25%	10%
Ley 1438 de 2011 (Ley Ordinaria)	80%	10%	10%
Ley 1955 de 2019 (Ley Ordinaria de PND)	87%	3%	10%

En consecuencia, una proporción creciente de los recursos cuya finalidad constitucional era fortalecer la capacidad de gestión de las entidades territoriales pasó a financiar la intermediación del aseguramiento mediante el reconocimiento de la UPC a las EPS. Este cambio redujo la disponibilidad de recursos para la red pública hospitalaria, las acciones de salud pública y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial, limitando la capacidad de planificación, regulación y organización de los servicios de salud.

En términos institucionales, esta transformación implicó que recursos concebidos para fortalecer la descentralización y la autonomía territorial terminaran financiando predominantemente la prestación de servicios a través del mercado asegurador. De esta manera, el modelo de financiamiento desplazó progresivamente la capacidad de decisión desde las autoridades sanitarias territoriales hacia los agentes de intermediación financiera, debilitando la gobernanza del sistema y profundizando las brechas de acceso, oportunidad y resultados en salud, especialmente en los territorios con mayores limitaciones institucionales y de oferta de servicios.

1.3 FRAGMENTACIÓN INSTITUCIONAL DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

El debilitamiento de la autoridad sanitaria en Colombia no obedece únicamente a la reducción progresiva de la autonomía financiera de las entidades territoriales. También es consecuencia de un marco normativo que, durante las últimas tres décadas, transformó la organización del sistema de salud bajo una lógica de mercado, fragmentando las funciones propias del Estado y trasladando progresivamente a agentes privados decisiones estratégicas sobre el financiamiento, la organización y la prestación de los servicios de salud.

Este proceso modificó el papel de las autoridades sanitarias nacionales y territoriales. Si bien la Constitución Política y la Ley 715 de 2001 les asignaron competencias de dirección, regulación, planificación y organización del sistema de salud, el desarrollo normativo posterior limitó progresivamente su capacidad efectiva para ejercer dichas funciones, al concentrar el control de los recursos y de la prestación de los servicios en los mecanismos de aseguramiento y en las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Como resultado, la



rectoría sanitaria pasó de ser una función pública de conducción del sistema a una capacidad institucional subordinada a las decisiones de los agentes de intermediación financiera.

La Ley 100 de 1993 constituye el principal punto de inflexión de este proceso. Bajo el supuesto de que la competencia regulada mejoraría la eficiencia y el acceso, introdujo un modelo de aseguramiento basado en la intermediación financiera, mediante la creación de las EPS como administradoras de los recursos destinados a la atención individual en salud. Paralelamente, separó las intervenciones individuales de las colectivas, diferenciando fuentes de financiación, responsables institucionales e instrumentos de planificación; transformó los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), sujetándolos a la venta de servicios y a la competencia por recursos; y redujo el alcance de la salud pública a programas específicos de promoción, prevención y vigilancia, debilitando su papel como estrategia integral de intervención sobre los determinantes sociales de la salud.

Esta fragmentación fue profundizada mediante un conjunto de reformas legales y reglamentarias posteriores. Las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1797 de 2016 y 1955 de 2019 consolidaron el aseguramiento como eje organizador del sistema, incrementaron la proporción de recursos públicos destinados al régimen subsidiado y redujeron los recursos dirigidos al fortalecimiento de la red pública hospitalaria y de las acciones de salud pública. Al mismo tiempo, normas como la Resolución 518 de 2015, la Resolución 3280 de 2018 y otras disposiciones sectoriales mantuvieron la separación entre las intervenciones individuales y colectivas, dificultando la planificación integral de la atención y la articulación de las políticas territoriales de salud.

De manera paralela, el desarrollo normativo fortaleció progresivamente la posición de las EPS dentro del sistema. Entre 1994 y 2022 se expidieron múltiples decretos que flexibilizaron los requisitos financieros y de funcionamiento de estas entidades, mientras otras disposiciones les otorgaron competencias para organizar redes de prestación de servicios y administrar procesos que históricamente correspondían a la autoridad sanitaria territorial. Diversas decisiones judiciales y organismos de control han advertido que esta flexibilización normativa ha debilitado los mecanismos de control estatal sobre los recursos públicos destinados a la salud y ha favorecido prácticas que comprometen la eficiencia, la transparencia y la protección del patrimonio público.

En contraste, las Empresas Sociales del Estado fueron sometidas a un conjunto de políticas orientadas prioritariamente a su sostenibilidad financiera. La reestructuración impulsada mediante el CONPES 3204 de 2001, la Política Nacional de Prestación de Servicios de 2005, las reformas introducidas por la Ley 1438 de 2011, la Ley 1508 de 2012 y el régimen permanente de categorización de riesgo fiscal y financiero privilegiaron indicadores de equilibrio presupuestal sobre la función social de los hospitales públicos. Este enfoque restringió la expansión de la oferta pública, promovió procesos de tercerización laboral y



limitó la capacidad institucional de las ESE para responder a las necesidades sanitarias de los territorios, especialmente en las regiones con menor presencia de prestadores privados.

En conjunto, este marco normativo produjo una fragmentación institucional de las Funciones Esenciales de Salud Pública. La planificación territorial, el financiamiento, la organización de redes, la prestación de servicios, la salud pública y la vigilancia sanitaria quedaron distribuidas entre múltiples actores con incentivos, fuentes de financiación y mecanismos de gobernanza diferentes, reduciendo la capacidad de coordinación de la autoridad sanitaria y dificultando la respuesta integral a las necesidades de salud de la población. La organización del sistema dejó de estructurarse alrededor de las características epidemiológicas, demográficas y sociales de los territorios para responder principalmente a la lógica contractual y financiera del aseguramiento.

Como consecuencia, las autoridades sanitarias nacionales y territoriales perdieron capacidad para ejercer plenamente las Funciones Esenciales de Salud Pública, particularmente aquellas relacionadas con la formulación de políticas, la organización territorial de los servicios, el desarrollo del talento humano, la gestión de redes integradas de atención, la acción intersectorial sobre los determinantes sociales y la garantía del acceso equitativo a los servicios de salud. Este debilitamiento institucional constituye uno de los principales factores que explican las brechas persistentes en acceso, oportunidad, calidad y resultados en salud observadas en el país.

Tabla 4. Síntesis de afectaciones sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública con la reglamentación del SGSSS

Norma	Cambio introducido	Función esencial de salud pública afectada	Impacto sobre la rectoría
Ley 100 de 1993	Creación de las EPS y separación entre atención individual y colectiva	FESP 4, 8, 9 y 11	Fragmentación de la planificación y pérdida de la organización territorial
Ley 1122 de 2007	Fortalecimiento del aseguramiento	FESP 8 y 9	Consolidación de la intermediación financiera
Ley 1438 de 2011	Riesgo fiscal de las ESE	FEPS 9	Debilitamiento de la red pública
Ley 1955 de 2019	Reducción de subsidio a la oferta	FESP 8 y 9	Menor capacidad territorial

Elaboración propia

1.4 EVIDENCIA DEL DEBILITAMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA:

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), definidas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), constituyen el principal referente internacional para evaluar la capacidad de las autoridades sanitarias



de dirigir, regular, financiar, organizar y evaluar los sistemas de salud con el fin de garantizar el derecho a la salud. En 2020, la OPS renovó este marco conceptual y organizó las FESP en once funciones, agrupadas en cuatro componentes del ciclo de política pública: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso(19), proporcionando un estándar para medir la capacidad institucional de los sistemas de salud.

En Colombia, durante 2023, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el acompañamiento de la OPS y la Asociación Colombiana de Salud Pública, realizó la primera medición nacional de las FESP renovadas en los 32 departamentos del país (20). La evaluación, basada en el instrumento oficial de la OPS adaptado al contexto colombiano, permitió establecer el nivel de desarrollo de las capacidades de rectoría y gobernanza tanto del nivel nacional como territorial, constituyéndose en la principal evidencia disponible sobre el estado de la autoridad sanitaria en el país.

Los resultados muestran que el debilitamiento de la autoridad sanitaria no constituye un fenómeno aislado, sino una condición estructural que afecta a la mayoría de los territorios. Las mayores brechas se concentran en el desarrollo del talento humano para la salud (FESP 6), la gestión del conocimiento e investigación (FESP 3), el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias (FESP 7) y la gestión de los determinantes sociales de la salud (FESP 11). Estas deficiencias se acompañan de importantes diferencias territoriales, siendo más críticas en departamentos con alta ruralidad, dispersión geográfica y menor capacidad institucional.

La evaluación también evidenció limitaciones para ejercer las funciones de rectoría. Aunque las entidades territoriales han fortalecido capacidades en vigilancia en salud pública y análisis de situación de salud, persisten debilidades en la participación social, la formulación de políticas adaptadas a las realidades territoriales, la coordinación intersectorial y la planificación basada en determinantes sociales. De igual forma, los planes territoriales de salud presentan escasa articulación con la planeación nacional y departamental, dificultando la asignación eficiente de recursos y el desarrollo de respuestas integrales.

En materia de financiamiento y organización del sistema, los hallazgos muestran que los recursos destinados a salud pública resultan insuficientes para el cumplimiento de las competencias territoriales y que existe una débil articulación entre los recursos que financian la atención individual mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y aquellos destinados a las intervenciones colectivas financiadas por el Sistema General de Participaciones y otras fuentes territoriales. Esta fragmentación limita la capacidad de las autoridades sanitarias para planificar y coordinar integralmente las acciones de salud pública y la prestación de servicios.



La medición también evidenció importantes barreras para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, particularmente en poblaciones rurales, dispersas, indígenas, migrantes y otros grupos en condición de vulnerabilidad. A ello se suma la limitada conformación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud, derivada de la escasa articulación entre los diferentes actores del sistema y de la insuficiente capacidad de las autoridades territoriales para planificar y organizar la oferta de servicios conforme a las necesidades de la población.

En conjunto, estos resultados demuestran que las reformas institucionales y financieras implementadas durante las últimas décadas se han traducido en una disminución de las capacidades de rectoría y gobernanza de las autoridades sanitarias. Las brechas identificadas en las Funciones Esenciales de Salud Pública evidencian limitaciones para planificar, regular, financiar y organizar los servicios de salud desde una perspectiva territorial, afectando la respuesta frente a los determinantes sociales, la articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el fortalecimiento de la red pública y la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

Los resultados de la medición por función para cada entidad territorial se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 5. Medición departamental de la FESP 1: Monitoreo y Evaluación

Entidad Territorial	1 ¿Coordina el seguimiento y evaluación periódica de la situación de salud, desarrollo del sistema, así como las actividades y recursos ejecutados del plan de salud territorial, y de los objetivos y metas alcanzados?	2 ¿Colabora y coordina activamente con todas las organizaciones y entidades territoriales interesadas en el seguimiento continuo y evaluación de la situación de salud, así como de las acciones en salud y desarrollo del sistema en el territorio a cargo?	3 ¿Presupuesta recursos financieros de la entidad para evaluar la situación de salud del territorio cargo?	4 ¿Establece prioridades para mejorar la disponibilidad y calidad de datos e información sobre la situación de salud, la equidad en salud y el desarrollo del sistema de salud en el territorio a cargo?	5 ¿Garantiza el acceso público y rinde informes de seguimiento y evaluación de los planes y acciones en salud a las entidades territoriales correspondientes, las organizaciones de la comunidad y los organismos de control?
Amazonas					
Antioquia					
Arauca					
San Andrés, Providencia y Santa Catalina					
Atlántico					
Bogotá DC					
Bolívar					
Boyacá					
Caldas					
Caquetá					
Casanare					
Cauca					
Cesar					
Chocó					
Córdoba					
Cundinamarca					
Gustina					
Guaviare					
Huila					
La Guajira					
Magdalena					
Meta					
Nariño					
Norte de Santander					
Putumayo					
Quindío					
Risaralda					
Santander					
Sucre					
Tolima					
Valle del Cauca					
Vaupés					
Vichada					

Óptimo
Significativo
Moderado
Mínimo
Ninguna
SD / Sin dato
No aplica

Tabla 6. Medición departamental de la FESP 2: Vigilancia en Salud Pública

FESP 2: LA VIGILANCIA EN LA SALUD PÚBLICA: EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD Y LAS EMERGENCIAS					
Entidad Territorial	1 ¿Garantiza la disponibilidad de recursos y la aplicación territorial de políticas que aborden la vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud y emergencias?	2 ¿Coordina la formulación y aplicación de medidas multisectoriales de preparación para situaciones de emergencia por peligros múltiples?	3 ¿Utiliza sistemas electrónicos de notificación para las enfermedades de notificación obligatoria para la salud humana y la sanidad animal?	4 ¿Coordina las comunicaciones y colaboración entre las organizaciones interesadas del sistema de salud, a nivel territorial y nacional, para abordar los riesgos para la salud y respuesta a emergencias y desastres?	5 ¿Facilita el acceso a los recursos necesarios para recuperar y restablecer los servicios de salud esenciales en emergencias y desastres?
Amazonas					
Antioquia					
Arauca					
San Andrés, Providencia y Santa Catalina					
Atlántico					
Bogotá DC					
Bolívar					
Boyacá					
Caldas					
Caquetá					
Casanare					
Cauca					
Cesar					
Chocó					
Córdoba					
Cundinamarca					
Guanía					
Guaviare					
Huila					
La Guajira					
Magdalena					
Meta					
Nariño					
Norte de Santander					
Putumayo					
Quindío					
Risaralda					
Santander					
Sucre					
Tolima					
Valle del Cauca					
Vaupés					
Vichada					

Óptimo Significativo Moderado Mínimo Ninguna SD / Sin dato No aplica

Tabla 7. Medición departamental de la FESP 3: Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento

FESP 3: PROMOCIÓN Y GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y EL CONOCIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD				
Entidad Territorial	1 ¿Asegura, la adaptación de resultados de investigación en salud para la formulación y ejecución de políticas basadas en evidencia según el contexto de su jurisdicción?	2 ¿Fomenta la colaboración entre la secretaría de salud y las instituciones académicas para la investigación e innovación para la salud?	3 ¿Facilita el acceso a recursos para el desarrollo de proyectos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud que orienten la toma de decisiones basadas en la evidencia?	4 ¿Facilita el acceso de los investigadores a los datos generados en la prestación de servicios de salud y programas de salud pública?
Amazonas				
Antioquia				
Arauca				
San Andrés, Providencia y Santa Catalina				
Atlántico				
Bogotá DC				
Bolívar				
Boyacá				
Caldas				
Caquetá				
Casanare				
Cauca				
Cesar				
Chocó				
Córdoba				
Cundinamarca				
Guanía				
Guaviare				
Huila				
La Guajira				
Magdalena				
Meta				
Nariño				
Norte de Santander				
Putumayo				
Quindío				
Risaralda				
Santander				
Sucre				
Tolima				
Valle del Cauca				
Vaupés				
Vichada				

Óptimo Significativo Moderado Mínimo Ninguna SD / Sin dato No aplica

Tabla 8. Medición departamental de la FESP 4: Formulación e implementación de políticas públicas de salud

FESP 4: FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD Y PROMOCIÓN DE LEGISLACIÓN QUE PROTEJA LA SALUD DE LA POBLACIÓN				
Entidad Territorial	1 ¿Formula y ejecuta planes territoriales de salud con metas y objetivos alineados con el Plan Nacional de Salud, definidos en forma participativa y a partir de evaluaciones del perfil de la salud del territorio?	2 ¿Presenta estrategias y presupuesto recursos para ser utilizados en las actividades de regulación y fiscalización para el cumplimiento del derecho a la salud a nivel territorial?	3 ¿Promueve políticas y acciones dirigidas a la prevención de la corrupción en el sistema de salud y a la identificación de conflictos de interés?	4 ¿Promueve alianzas y asociaciones estratégicas con actores del sistema de salud para coordinar y aprovechar recursos para mejorar la salud de la población a cargo?
Amazonas				
Antioquia				
Arauca				
San Andrés, Providencia y Santa Catalina				
Atlántico				
Bogotá DC				
Bolívar				
Boyacá				
Caldas				
Caquetá				
Casanare				
Cauca				
Cesar				
Chocó				
Córdoba				
Cundinamarca				
Guanía				
Guaviare				
Huila				
La Guajira				
Magdalena				
Meta				
Nariño				
Norte de Santander				
Putumayo				
Quindío				
Risaralda				
Santander				
Sucre				
Tolima				
Valle del Cauca				
Vaupés				
Vichada				

Óptimo
Significativo
Moderado
Mínimo
Ninguna
SD / Sin dato
No aplica

Tabla 9. Medición departamental de la FESP 5: Participación y movilización social

FESP 5: PARTICIPACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL, INCLUSIÓN DE ACTORES ESTRATÉGICOS Y TRANSPARENCIA			
Entidad Territorial	1 ¿Cuenta con mecanismos de participación social en las decisiones y acciones relativas a los programas de salud a través de instancias o arreglos vinculantes?	2 ¿Organiza consejos consultivos con participación de diversos grupos de la población (incluyendo población vulnerable), con una periodicidad establecida, y cuyos resultados sean incorporados en las políticas sectoriales en salud?	3 ¿Rinde cuentas de forma efectiva respecto del estado de salud y la gestión de los servicios, y programas de salud individuales y colectivos, a través de medios de comunicación e instancias de participación ciudadana?
Amazonas			
Antioquia			
Arauca			
San Andrés, Providencia y Santa Catalina			
Atlántico			
Bogotá DC			
Bolívar			
Boyacá			
Caldas			
Caquetá			
Casanare			
Cauca			
Cesar			
Chocó			
Córdoba			
Cundinamarca			
Guanía			
Guaviare			
Huila			
La Guajira			
Magdalena			
Meta			
Nariño			
Norte de Santander			
Putumayo			
Quindío			
Risaralda			
Santander			
Sucre			
Tolima			
Valle del Cauca			
Vaupés			
Vichada			

Óptimo
Significativo
Moderado
Mínimo
Ninguna
SD / Sin dato
No aplica

Tabla 10. Medición departamental de la FESP 6: Desarrollo de recursos humanos para la salud

FESP 6: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD					
Entidad Territorial	1 ¿Realiza seguimiento periódico de la disponibilidad, distribución y necesidades de la fuerza laboral en salud existente (diferenciado por disciplinas) en su jurisdicción?	2 ¿Realiza seguimiento periódico a los procesos de reclutamiento, las condiciones laborales y de contratación del personal de salud en su jurisdicción?	3 ¿Garantiza que los requisitos para la ocupación de cargos públicos del sector salud se basen en las competencias básicas técnicas de salud pública requeridas para cada área?	4 ¿Coordina y recomienda estrategias para la formación de recurso humano en salud, tanto a nivel de pregrado como de postgrado, con competencias en salud pública y APS?	5 ¿Apoya la aplicación territorial de estrategias con estímulos salariales y no salariales para profesionales de salud que prestan servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso?
Amazonas					
Antioquia					
Arauca					
San Andrés, Providencia y Santa Catalina					
Atlántico					
Bogotá DC					
Bolívar					
Boyacá					
Caldas					
Caquetá					
Casanare					
Cauca					
Cesar					
Chocó					
Córdoba					
Cundinamarca					
Guanía					
Guaviare					
Huila					
La Guajira					
Magdalena					
Meta					
Nariño					
Norte de Santander					
Putumayo					
Quindío					
Risaralda					
Santander					
Sucre					
Tolima					
Valle del Cauca					
Vaupés					
Vichada					

Óptimo
Significativo
Moderado
Mínimo
Ninguna
SD / Sin dato
No aplica

Tabla 11. Medición departamental de la FESP 7: Asegurar el acceso y el uso adecuado de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces

FESP 7: ASEGURAR EL ACCESO Y EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS ESENCIALES DE CALIDAD, SEGURAS Y EFICACES				
Entidad Territorial	1 ¿Realiza un seguimiento periódico a las entidades relacionadas con la provisión de medicamentos y tecnologías sanitarias para asegurarse de que garanticen el acceso de la población, incluyendo la autorización y entrega oportuna?	2 ¿Aplica estrategias territoriales y realiza seguimiento para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales en su jurisdicción?	3 ¿Promueve intervenciones para mejorar el uso racional y prescripción pertinente de medicamentos y tecnologías sanitarias en su jurisdicción?	4 ¿Acompaña los procesos de negociación y compra de medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales en su jurisdicción, buscando la adquisición de estos según criterios de costo-efectividad?
Amazonas				
Antioquia				
Arauca				
San Andrés, Providencia y Santa Catalina				
Atlántico				
Bogotá DC				
Bolívar				
Boyacá				
Caldas				
Caquetá				
Casanare				
Cauca				
Cesar				
Chocó				
Córdoba				
Cundinamarca				
Guanía				
Guaviare				
Huila				
La Guajira				
Magdalena				
Meta				
Nariño				
Norte de Santander				
Putumayo				
Quindío				
Risaralda				
Santander				
Sucre				
Tolima				
Valle del Cauca				
Vaupés				
Vichada				

Óptimo
Significativo
Moderado
Mínimo
Ninguna
SD / Sin dato
No aplica

Tabla 12. Medición departamental de la FESP 8: Financiamiento

FESP 8: FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EFICIENTE Y EQUITATIVO						
Entidad Territorial	1 ¿Propone estrategias y aboga por el incremento del gasto público en salud para garantizar el acceso y eliminación de pagos directos en el punto de atención por parte de la población?	2 ¿Desarrolla estrategias para la recaudación de recursos destinados al sector salud, en particular para el primer nivel de atención?	3 ¿Prioriza y asigna recursos financieros de acuerdo con las necesidades de salud de la población a cargo, en concordancia con los planes nacionales en salud, con criterios de equidad y basados en evidencia?	4 ¿Organiza la disposición de las partidas presupuestarias del sector salud según los diferentes niveles de atención en salud a fin de coordinar la atención de forma integral e integrada?	5 ¿Asegura y destina partidas presupuestarias para la planeación y ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como de acciones sobre los determinantes sociales de salud?	6 ¿Recomienda acuerdos de compra entre proveedores y agentes del sistema de salud que están sujetos a normas de supervisión y requisitos en la calidad de la atención?
Amazonas						
Antioquia						
Arauca						
San Andrés, Providencia y Santa Catalina						
Atlántico						
Bogotá DC						
Bolívar						
Boyacá						
Caldas						
Caquetá						
Casanare						
Cauca						
Cesar						
Chocó						
Córdoba						
Cundinamarca						
Guainía						
Guaviare						
Huila						
La Guajira						
Magdalena						
Meta						
Nariño						
Norte de Santander						
Putumayo						
Quindío						
Risaralda						
Santander						
Sucre						
Tolima						
Valle del Cauca						
Vaupés						
Vichada						

Óptimo
Significativo
Moderado
Mínimo
Ninguna
SD / Sin dato
No aplica

Tabla 13. Medición departamental de la FESP 9: Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad

FESP 9: ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES Y DE CALIDAD						
Entidad Territorial	1 ¿Apoya la planificación de servicios individuales y colectivos de forma articulada, con participación social y gestión intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud?	2 ¿Implementa políticas para ampliar progresivamente la oferta de servicios de salud en el primer nivel de atención a nivel territorial, así como su capacidad resolutiva?	3 ¿Participa en la planificación, configuración y gestión de las redes integradas de servicios de salud, incluyendo recomendaciones para la definición de criterios para la asignación de la población?	4 ¿Apoya actividades para armonizar y asegurar la suficiencia de los prestadores de salud, asegurando la coordinación entre el nivel primario y los demás niveles de atención en salud, así como la continuidad en la atención?	5 ¿Coordina iniciativas con las entidades del sector salud y otras organizaciones interesadas para reducir las barreras de acceso a los servicios de salud?	6 ¿Evalúa periódicamente el desempeño de las redes de servicios de salud en el territorio, incluyendo la garantía del acceso efectivo, de calidad y equitativo, así como sus fortalezas y debilidades?
Amazonas						
Antioquia						
Arauca						
San Andrés, Providencia y Santa Catalina						
Atlántico						
Bogotá DC						
Bolívar						
Boyacá						
Caldas						
Caquetá						
Casanare						
Cauca						
Cesar						
Chocó						
Córdoba						
Cundinamarca						
Guainía						
Guaviare						
Huila						
La Guajira						
Magdalena						
Meta						
Nariño						
Norte de Santander						
Putumayo						
Quindío						
Risaralda						
Santander						
Sucre						
Tolima						
Valle del Cauca						
Vaupés						
Vichada						

Óptimo
Significativo
Moderado
Mínimo
Ninguna
SD / Sin dato
No aplica

Tabla 14. Medición departamental de la FESP 10: Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables

FESP 10: ACCESO EQUITATIVO A INTERVENCIONES QUE BUSCAN PROMOVER LA SALUD, REDUCIR FACTORES DE RIESGO Y FAVORECER COMPORTAMIENTOS SALUDABLES						
Entidad Territorial	1 ¿Garantiza los recursos (financieros y humanos) y la aplicación territorial de políticas y acciones de promoción de la salud culturalmente apropiadas?	2 ¿Garantiza los recursos (financieros y humanos) y la aplicación territorial de políticas y acciones para reducir los riesgos y favorecer comportamientos y entornos saludables?	3 ¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para proteger y mejorar la salud pública ambiental y protección de la salud de los trabajadores?	4 ¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor?	5 ¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para el control de vectores y zoonosis?	6 ¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para prevenir la resistencia a los antimicrobianos?
Amazonas						
Antioquia						
Arauca						
San Andrés, Providencia y Santa Catalina						
Atlántico						
Bogotá DC						
Bolívar						
Boyacá						
Caldas						
Caquetá						
Casanare						
Cauca						
Cesar						
Chocó						
Córdoba						
Cundinamarca						
Guainía						
Guaviare						
Huila						
La Guajira						
Magdalena						
Meta						
Nariño						
Norte de Santander						
Putumayo						
Quindío						
Risaralda						
Santander						
Sucre						
Tolima						
Valle del Cauca						
Vaupés						
Vichada						

■ Óptimo
 ■ Significativo
 ■ Moderado
 ■ Mínimo
 ■ Ninguna
 ■ SD / Sin dato
 ■ No aplica

Tabla 15. Medición departamental de la FESP 11: Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud

FESP 11: GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE LAS INTERVENCIONES SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD				
Entidad Territorial	1 ¿Incluye el abordaje de los determinantes sociales de la salud y las inequidades en el plan territorial de salud u otro instrumento de planificación, de forma armonizada con las políticas de orden nacional y consensuada con actores sectoriales y extrasectoriales?	2 ¿Fortalece la inclusión de la salud pública en las políticas, programas y acciones intersectoriales desarrolladas por sectores diferentes al de salud en su jurisdicción?	3 ¿Asegura recursos y presenta estrategias para garantizar la aplicación territorial de políticas y acciones que intervengan las causas de los problemas de salud relacionadas con la equidad en las condiciones y estilos de vida?	4 ¿Facilita la evaluación de la equidad y evolución de los determinantes sociales en salud, así como de las políticas intersectoriales, contando con la participación de diversos actores y metodologías robustas?
Amazonas				
Antioquia				
Arauca				
San Andrés, Providencia y Santa Catalina				
Atlántico				
Bogotá DC				
Bolívar				
Boyacá				
Caldas				
Caquetá				
Casanare				
Cauca				
Cesar				
Chocó				
Córdoba				
Cundinamarca				
Guainía				
Guaviare				
Huila				
La Guajira				
Magdalena				
Meta				
Nariño				
Norte de Santander				
Putumayo				
Quindío				
Risaralda				
Santander				
Sucre				
Tolima				
Valle del Cauca				
Vaupés				
Vichada				

■ Óptimo
 ■ Significativo
 ■ Moderado
 ■ Mínimo
 ■ Ninguna
 ■ SD / Sin dato
 ■ No aplica



2 INEFICIENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD

La eficiencia de un sistema de salud se expresa en su capacidad para transformar los recursos disponibles en mejores resultados de salud, mayor acceso y mayor equidad ello (13,21). La evidencia internacional muestra que este desempeño depende no solo del nivel de gasto, sino también de la calidad de la gobernanza, la fortaleza de la atención primaria, la descentralización de la gestión, la transparencia institucional y la adecuada asignación de los recursos. En consecuencia, sistemas con mejor rectoría y organización logran mejores resultados utilizando niveles similares de financiación.

La evidencia internacional demuestra que el desempeño de los sistemas de salud está estrechamente asociado con la fortaleza de la rectoría pública, la organización territorial de los servicios, la Atención Primaria en Salud, la integración de las redes de atención y la adecuada asignación de los recursos financieros. Por el contrario, la fragmentación institucional, la duplicidad administrativa y la intermediación excesiva reducen la eficiencia y limitan la capacidad del sistema para responder a las necesidades de salud de la población.

Por ejemplo, para América Latina se estima que una atención primaria accesible y resolutive habría evitado cerca del 19 % de las hospitalizaciones registradas en la región, con un ahorro equivalente al 2,4 % del gasto público en salud. Estos resultados evidencian que una parte importante del gasto sanitario puede reducirse mediante intervenciones oportunas en el primer nivel de atención(22).

En Colombia, las transformaciones institucionales descritas en los capítulos anteriores modificaron progresivamente la forma en que se asignan y gestionan los recursos públicos del sistema de salud. La reducción de la capacidad financiera de las entidades territoriales, la concentración de los recursos en los mecanismos de aseguramiento, la fragmentación entre las intervenciones individuales y colectivas y el debilitamiento de la autoridad sanitaria limitaron la posibilidad de planificar integralmente los servicios conforme a las necesidades epidemiológicas y territoriales. Como resultado, el sistema evolucionó hacia un modelo donde una parte importante de los recursos se destina a la atención de la enfermedad y sus complicaciones, a procesos administrativos, financieros y de coordinación entre múltiples actores, en lugar de fortalecer la prestación directa de servicios, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) concluye que el país presenta niveles de eficiencia inferiores a los esperados para el gasto que realiza en salud. Aunque el gasto como porcentaje del PIB es comparable con el de otros países de la región, Colombia obtiene menores resultados en términos de salud y acceso, lo que evidencia que el sistema compra menos salud por cada peso invertido que el promedio de los países de la OCDE.



Según el BID, mejorar la eficiencia permitiría incrementar entre seis meses y cuatro años la esperanza de vida de la población.

El BID identifica cuatro factores prioritarios para mejorar la eficiencia del sistema colombiano:

1. Reducir el gasto administrativo asociado a la intermediación;
2. Fortalecer la capacidad resolutoria de la Atención Primaria en Salud para disminuir hospitalizaciones y consultas evitables por urgencias;
3. Orientar una mayor proporción de recursos hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y
4. Optimizar el gasto en medicamentos mediante mejores mecanismos de compra y regulación de precios.

La evidencia comparada de la OCDE confirma estos hallazgos. Colombia se ubica entre los países que presentan simultáneamente menor gasto relativo y peores resultados (23) en esperanza de vida, mortalidad evitable y satisfacción con el acceso a servicios de salud respecto al promedio de la organización. Esta situación refleja que los recursos disponibles no se traducen eficientemente en mejores resultados sanitarios, debido a problemas estructurales en la organización y asignación del gasto.

En consecuencia, el principal desafío del sistema no consiste únicamente en aumentar la financiación, sino en transformar la forma como se asignan y utilizan los recursos. Mantener un modelo que privilegia la intermediación financiera, concentra una elevada proporción del gasto en costos administrativos y destina recursos insuficientes a la Atención Primaria en Salud, la prevención y la red pública limita la capacidad del sistema para mejorar los resultados en salud y garantizar el derecho fundamental a la salud.

En este mismo sentido, The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care recomienda que los países inviertan más y mejor en Atención Primaria en Salud, priorizando la asignación de recursos según las necesidades de la población y fortaleciendo los servicios de primera línea como estrategia para reducir las desigualdades, mejorar la eficiencia y avanzar hacia la cobertura universal (24).

En consecuencia, mejorar la eficiencia del sistema requiere fortalecer la rectoría del Estado, recuperar la capacidad de planificación territorial, integrar las funciones de salud pública y prestación de servicios, consolidar modelos de atención centrados en las personas y aumentar la transparencia en el uso de los recursos públicos. Solo mediante estas transformaciones será posible convertir el crecimiento de la inversión en mejores resultados sanitarios y avanzar en la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud



3 CORRUPCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

La corrupción observada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud no constituye un fenómeno aislado ni atribuible exclusivamente al comportamiento individual de algunos actores. La evidencia académica, judicial y de los organismos de control demuestra que varias modalidades de corrupción son consecuencia de incentivos generados por el propio diseño institucional del sistema, caracterizado por una elevada intermediación financiera, una débil capacidad regulatoria del Estado, asimetrías de información y mecanismos insuficientes de control. En consecuencia, la corrupción debe entenderse como una manifestación de la crisis estructural del modelo y no únicamente como un problema de legalidad (25)

Los tres fenómenos de macro corrupción encontrados —captura regulatoria, cartelización y manipulación de la información financiera y asistencial— evidencian que la corrupción no responde únicamente a fallas de control, sino a un diseño institucional que concentra el manejo de recursos públicos en actores privados con limitada capacidad de supervisión estatal. En este contexto, fortalecer los mecanismos de inspección y vigilancia resulta necesario, pero insuficiente. La superación de estas prácticas requiere modificar los incentivos estructurales del sistema, fortalecer la rectoría pública, recuperar la transparencia en el manejo de la información y reducir los espacios de intermediación financiera que facilitan la captura de recursos público.

3.1 CAPTURA DEL REGULADOR

La captura del regulador por grupos de intereses públicos y privados es un fallo en la actividad de regulación económica a cargo del Estado; en el cual el proceso de toma de decisiones se desvía del fin de interés general que persiguen, anteponiendo los del grupo de interés que logra capturarlos. En mayoría de los modelos estos grupos instan al regulador a la conducta, a través de intimidaciones o de estímulos, como sobornos, primas, o eventos de puerta giratoria(26)

En investigación por la venta de CAFESALUD EPS, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Subsección “A” en el fallo del 10 de abril de 2019, expediente 25000-23-24-000-2017-00885-00, determinó que la venta se hizo con serias irregularidades, sobre todo la expedición del Decreto 718 de 2017 del Ministerio de Salud, sin el cual no hubiera sido posible la venta; además, la transacción constituyó una afectación al patrimonio público, la libre competencia económica, el acceso al servicio de salud (calidad, eficiencia y oportunidad) y los derechos de los usuarios y consumidores.

Sobre la norma que permitió la venta, en ente investigador comprobó la participación de particulares en su elaboración:



“Por otra parte, el señor Augusto Acosta, en su testimonio manifestó que participó en la estructuración de los Decretos modificatorios del Decreto No 2117 de 2016, señalando(27):

“(…) Posteriormente también tuve la oportunidad de hacer aportes profesionales en lo que fue el Decreto 2117 del año 2016, que flexibilizó de alguna manera la forma como las EPS debían cumplir con los requerimientos de aportes de capital para cumplir con la norma de patrimonio adecuado y de recursos de liquidez para cumplir con la norma del 2702 referida a la liquidez de las reservas técnicas que tendrían que tener las EPS. Finalmente como parte pues de este proceso de actualización de la regulación respecto de normas de habilitación financiera, tuve también la oportunidad de conocer y participar de alguna manera indirecta en la preparación del Decreto 718 del año 2017 que completó en alguna forma la regulación correspondiente a la manera como la EPS podían reorganizarse en su estructura societaria, podían facilitarse también algunas transferencias de propiedad y se podía dar la oportunidad para que los distintos interesados fueran sus actuales accionistas o fueran otros, pudieran repito ir recuperando paulatinamente los indicadores de solvencia financiera y de liquidez de reservas técnicas que eran necesarios”(27)

“Así, se encuentra probado que LAZARD S.A.S. junto con sus asesores tuvieron reuniones con el Ministerio de Salud y de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud en la estructuración de la transacción para la venta de los activos de CAFESALUD. Por otra parte el señor Augusto Acosta al tiempo que se desempeñaba como consultor de LAZARD S.A.S. también participó en las reuniones para la preparación del Decreto 718 de 2017 modificatorio del Decreto 2117 de 2016 (en el cual también había participado en su construcción en los términos descritos en el testimonio)” (27)

“Como se analizará en detalle más adelante, tal aspecto cobra especial trascendencia si se tiene en cuenta que la modificación introducida en el Decreto 718 de 2017 habilitó legalmente a la reorganización institucional de CAFESALUD en los términos pretendidos por SALUDCOOP en Liquidación y por su equipo asesor desde el diseño del Reglamento de Venta”(27)

“En ese orden, si para la estructuración del proceso de venta diseñado por LAZARD S.A.S. y su equipo asesor, y aprobado por SALUDCOOP EPS, se llevaron a cabo reuniones con la Superintendencia Nacional de Salud y con el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es difícil desligar de las resultas de estas reuniones la expedición del Decreto No. 718 de 2017 como la Circular No. 00005 de 2017, que habilitaron jurídicamente el proceso de reorganización institucional de CAFESALUD EPS, en los términos que previamente habían sido diseñados por los intervinientes en la estructuración del negocio” (27)



Queda claro que la regulación dentro del sector ha obedecido a los interés gremiales y particulares sobre el bien común y la garantía del derecho; ha sido con la captura del regulador que se ha permitido el saqueo del sistema; dicha captura funciona con articulada con una “puerta giratoria” de funcionarios entre Ministerios, Instituciones de IVC y organizaciones gremiales.

3.2 CARTELIZACIÓN

De acuerdo con el *Handbook de Carteles*, citado en Pérez y Herrera (2019):

El cartel es la forma más seria de práctica anticompetitiva o de incumplimiento de la ley de competencia e involucra a dos o más competidores, empresas o individuos que pretenden limitar o reducir la competencia mediante: a) fijación de precios, b) limitar la producción o las ventas, o c) repartición de mercados (28).

En 2011, Aliansalud, Famisanar, Salud Total, SOS, Susalud (ahora Sura EPS), SaludCoop, Cruz Blanca, Cafesalud, Sanitas, Compensar, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle, Humana Vivir y ACEMI fueron sancionadas por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) al encontrarse culpables de realizar un acuerdo anticompetitivo, llevado a cabo bajo instrucciones de ACEMI, cuyo objeto fue impedir la debida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud, al intentar ocultar o falsear la información remitida a los entes reguladores, compartir información privada, e igualar y unificar los criterios para la no cobertura de diversos servicios de salud; lo que resultó en un mecanismo tendiente a fijar la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y por tanto definir indirectamente el precio de aseguramiento en salud (29).

Las EPS a través de ACEMI compartieron información privada que en circunstancias normales de mercado no debería estar disponible para la consulta de los competidores, así como costos de los servicios, variable determinante para los entes reguladores al momento de definir el precio del servicio de aseguramiento en salud (UPC y recobros al FOSYGA).

Se encontró que las EPS agremiadas en ACEMI realizaron un acuerdo para intentar ocultar o falsear la información remitida a los entes reguladores, afectando la debida transparencia en el mercado del aseguramiento en salud. E igualmente, se identificó la unificación de criterios para la no cobertura de diversos servicios de salud.

La sanción interpuesta a ACEMI fue ratificada con el Consejo de Estado en el 2023.

3.3 INFORMACIÓN FRAUDULENTA



Si bien existe la obligatoriedad legal de que los actores del sistema de salud suministren información confiable, oportuna y clara tanto en lo relacionado con las prestaciones de servicios de salud como lo relacionado a sus movimientos financieros, lo que les ha permitido a las EPS realizar cobros indebidos, solicitar aumento injustificado de la UPC y posicionar la idea de insuficiencia de recursos.

La Comisión de Regulación en Salud decidió en 2010 aumentar la Unidad de Pago por Capitación de conformidad con el Índice de Precios al Consumidor debido a que la información que reportaron las EPS sobre frecuencias de uso y gasto médico presentaba inconsistencias.

Durante el proceso de cálculo de la UPC para la vigencia 2025, el Ministerio de Salud implementó el procedimiento establecido en la normativa vigente, amplió los plazos de reporte solicitados por las EPS y desarrolló jornadas de asistencia técnica y retroalimentación para garantizar la entrega de información completa y de calidad. Posteriormente aplicó procesos de validación, controles de calidad y ejercicios de contrastación con otras fuentes oficiales, entre ellas los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), la ADRES y la información financiera reportada a la Superintendencia Nacional de Salud.

Como resultado de este proceso se identificaron inconsistencias significativas en la información suministrada por varias EPS. Los ejercicios de validación evidenciaron incrementos atípicos en la frecuencia y severidad de los servicios reportados, diferencias entre la información utilizada para el estudio de suficiencia y los RIPS, registros que no superaron las mallas de calidad, inconsistencias en variables clínicas y administrativas, así como diferencias relevantes entre los costos reportados para el cálculo de la UPC y los estados financieros presentados a los organismos de control.

Estas inconsistencias llevaron a excluir del estudio técnico a algunas EPS cuyos reportes no cumplían los criterios mínimos de confiabilidad y motivaron un proceso extraordinario de contrastación con la participación de la ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud. El análisis también identificó diferencias de cientos de miles de millones e incluso superiores a un billón de pesos entre la información reportada por algunas EPS para el cálculo de la UPC y la registrada en sus estados financieros, así como variaciones atípicas en reservas técnicas y otras cuentas relacionadas con el uso de los recursos de la UPC.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que el sistema de información utilizado para determinar la suficiencia de la UPC presenta importantes problemas de calidad, consistencia y transparencia. Esta situación limita la capacidad del Estado para establecer con precisión el costo real del aseguramiento, dificulta la adecuada asignación de los recursos públicos y pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los mecanismos de auditoría, interoperabilidad y control de la información financiera y asistencial reportada



por las EPS, como condición para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema y el uso eficiente de los recursos públicos.

Tabla 16. Principales inconsistencias halladas en la información suministrada por las EPS

Hallazgo	Evidencia
Información inconsistente	Diferencias entre RIPS, bases de suficiencia y estados financieros
Baja calidad del reporte	Millones de registros rechazados por mallas de calidad
Inconsistencias financieras	Diferencias de hasta más de \$1 billón entre fuentes reportadas
Consecuencia	Incertidumbre sobre el costo real de la UPC y riesgo para la asignación eficiente de recursos

Elaboración propia

Por su parte, la Contraloría General de la República en informe sobre la vigencia de 2024 encontró que las EPS informaron de \$2,71 billones menos de ingresos, que lo girado por la ADRES a dichas entidades (30).

La Fiscalía General de la Nación expuso ante la Corte Constitucional que sistemáticamente las EPS han defraudado el sistema mediante las siguientes estrategias: cobros irregulares como por no reporte de fallecimiento de afiliados, alteración de información de los usuarios para duplicar registros, cobros o recobros fraudulentos por servicios de salud, medicamentos o insumos, contrataciones sobre dimensionadas, inversiones con el dinero del sistema que no tiene relación la salud y alteración de información contable para evitar intervenciones (31)

En definitiva, la calidad de la información constituye un problema de gobernanza que afecta la transparencia, la suficiencia financiera y la capacidad del Estado para regular el sistema. Por lo tanto, es necesario desarrollar todos los mecanismos necesarios para transparentar la información clínica, administrativa y financiera, puesto que no hacerlo es permitirles a los corruptos seguir defraudando las finanzas públicas.

4 FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD: EVIDENCIA SOBRE LA SOSTENIBILIDAD Y LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

La sostenibilidad financiera constituye una condición necesaria para garantizar el derecho fundamental a la salud. Sin embargo, la evidencia internacional demuestra que la suficiencia de los recursos no depende exclusivamente del volumen de financiación disponible, sino también de la capacidad institucional para asignarlos, administrarlos y utilizarlos de manera eficiente, transparente y conforme a las necesidades de salud de la



población. En consecuencia, el análisis del financiamiento del sistema debe considerar simultáneamente el nivel de inversión pública, la suficiencia de los mecanismos de aseguramiento y la calidad de la gestión de los recursos.

Durante el periodo 2022–2026 el Estado colombiano realizó el mayor esfuerzo de financiación pública registrado para el sector salud. El Presupuesto General de la Nación asignado al sector, en términos reales a precios constantes del 2025, pasó de \$48,74 billones en 2022 a \$72,35 billones en 2026; lo que significa un aumento de \$23,61 billones, es decir, un crecimiento de 1,27 puntos del PIB de 2025. Lo que permitió el cierre financiero del aseguramiento y ampliar simultáneamente la inversión en infraestructura hospitalaria, dotación biomédica, transporte asistencial, operación de Equipos Básicos y Especializados en Salud, talento humano, soberanía sanitaria y atención a poblaciones vulnerables. Estas inversiones fortalecieron componentes históricamente desfinanciados del sistema y ampliaron la capacidad pública para garantizar el derecho a la salud (32).

No obstante, la garantía del derecho fundamental a la salud no depende únicamente del crecimiento del gasto público. También requiere que los mecanismos de asignación de recursos reflejen adecuadamente las necesidades de la población, incentiven una gestión eficiente del riesgo en salud y permitan ejercer un control efectivo sobre el uso de los recursos públicos. Por esta razón, el debate sobre la sostenibilidad financiera del sistema no puede reducirse exclusivamente al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), sino que debe considerar integralmente la organización institucional del aseguramiento, la calidad de la información utilizada para definir los costos del sistema y los incentivos existentes para la gestión del riesgo.

La sostenibilidad financiera del sistema exige avanzar en tres frentes complementarios. En primer lugar, mantener un nivel suficiente de financiación pública que responda a los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos. En segundo lugar, fortalecer los mecanismos de gestión del riesgo en salud y de asignación eficiente de los recursos, privilegiando el nivel primario de atención, las redes integradas de servicios y la prevención de la enfermedad. Finalmente, consolidar sistemas interoperables de información, auditoría y trazabilidad que garanticen la transparencia en el uso de los recursos públicos y permitan adoptar decisiones de política sustentadas en evidencia.

Por lo tanto, el desafío financiero del sistema de salud colombiano no consiste únicamente en incrementar los recursos disponibles, sino en fortalecer la gobernanza del financiamiento. La evidencia presentada en esta exposición de motivos demuestra que la garantía del derecho fundamental a la salud requiere un modelo en el que la financiación adecuada, la rectoría pública, la transparencia de la información y la gestión eficiente del riesgo operen de manera integrada, asegurando que cada recurso público contribuya efectivamente a mejorar el acceso, la equidad y los resultados en salud.



4.1 LA TRAMPA DE LA INSUFICIENCIA DE LA UPC

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es un mecanismo de transferencia del riesgo y no un presupuesto para las EPS y corresponde al valor anual que el Estado reconoce a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por cada afiliado para financiar el Plan de Beneficios en Salud. Su cálculo depende de la calidad, oportunidad y consistencia de la información sobre prestación de servicios y costos reportada por las propias EPS, razón por la cual la confiabilidad de estos datos constituye un requisito indispensable para garantizar una asignación adecuada de los recursos públicos. Para el cálculo de la UPC no se emplean los estados financieros de las EPS.

Ahora bien, una vez estimada la prima mediante la metodología de *Loss Ratio* y se fija la UPC base, se aplican varios ajustadores por edad, sexo y lugar de residencia, estableciendo la UPC rea que es reconocida y pagada a las EPS y que siempre se encuentra muy por encima de la base, tal y como se muestra en las siguientes figuras

Figura 1. Comparación entre UPC base y UPC real del régimen contributivo. Periodo 2018 - 2026

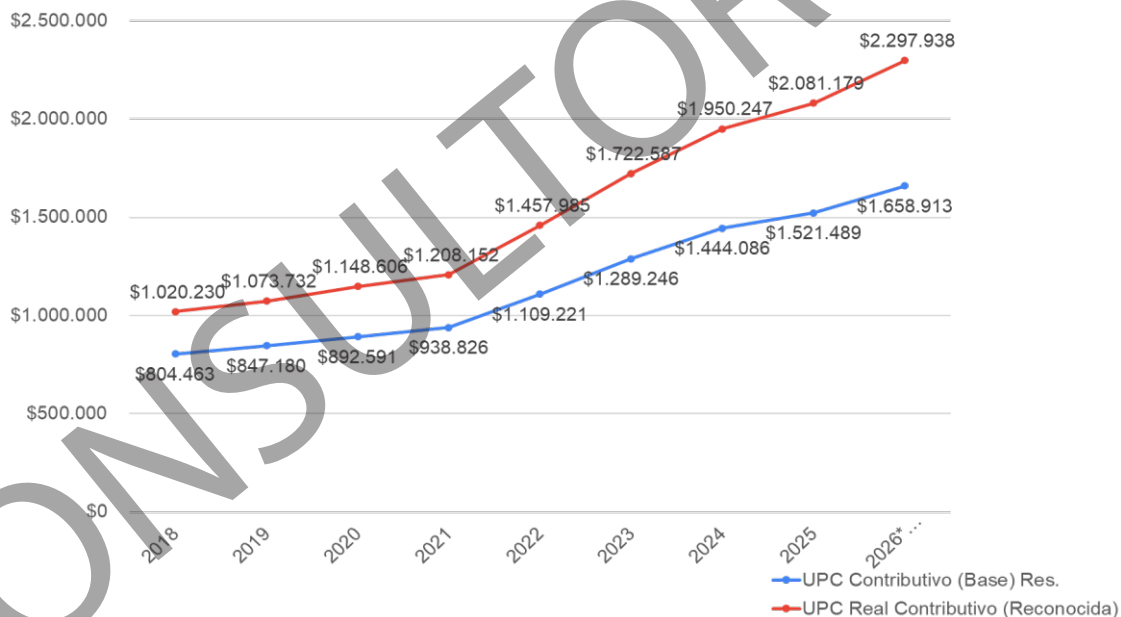
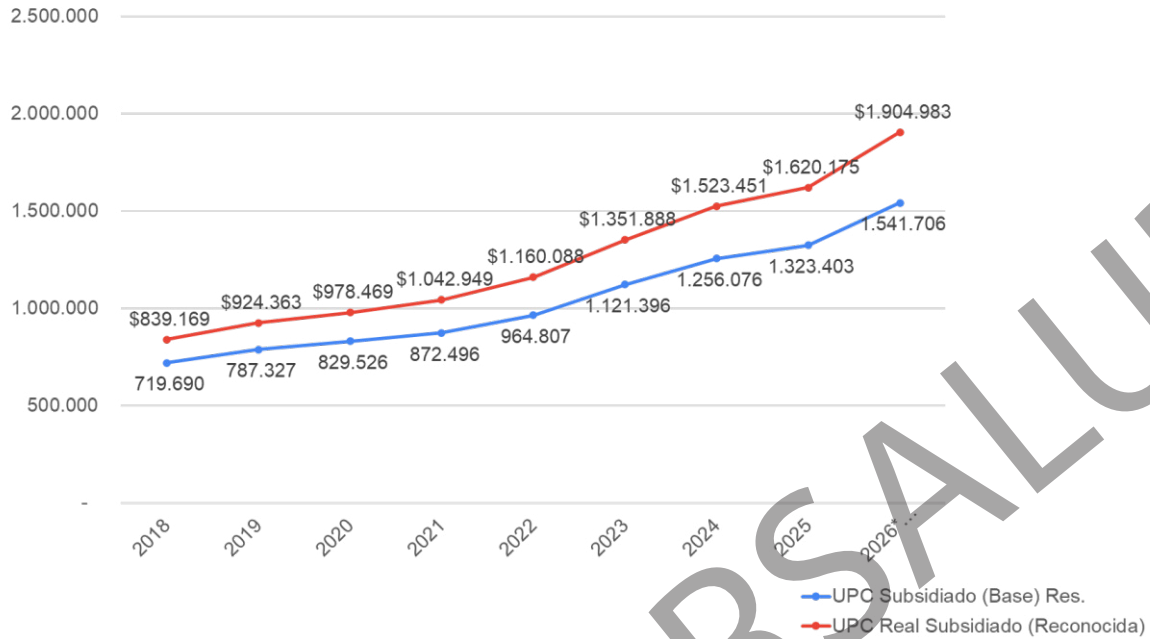




Figura 2. Comparación entre UPC base y UPC real del régimen subsidiado. Periodo 2018 - 2026

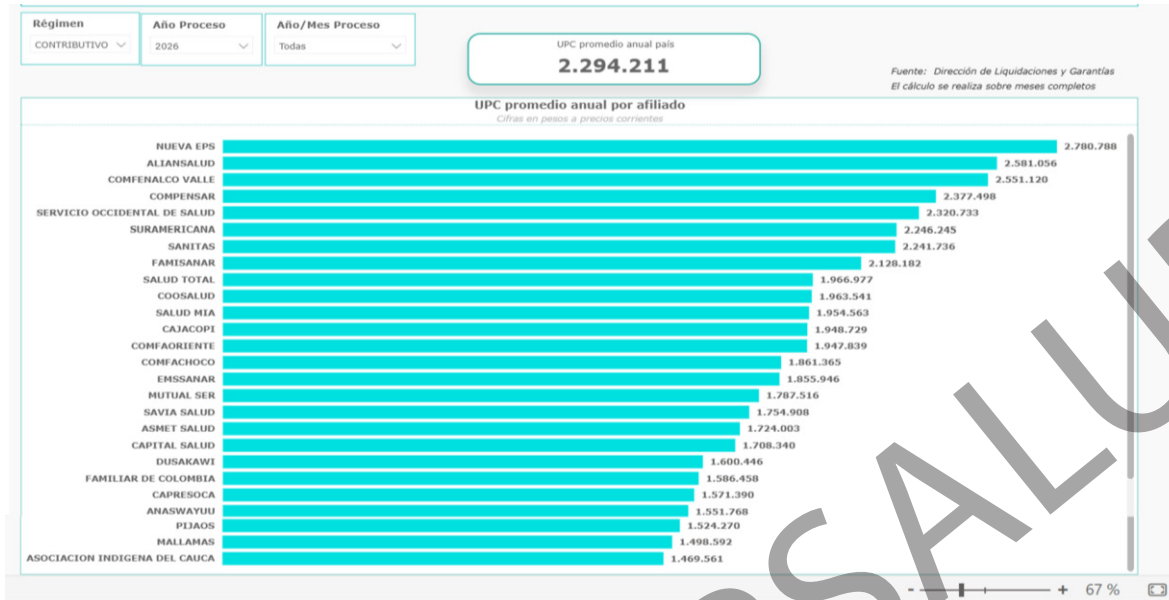


Aunque estas variaciones dependen de cada EPS (Figura 3 y Figura 4) y departamento. Es claro los ajustadores de riesgo permiten que el pago de la UPC real sea siempre mayor al cálculo base³. De este modo, el sistema reconoce variables críticas como el envejecimiento poblacional y otros factores que elevan el costo de prestación de los servicios de salud.

³ El cálculo base se refiere al monto de UPC fijado por la resolución anual emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada régimen.



Figura 3. UPC real para EPS del Régimen contributivo. Año 2026



ADRES

Figura 4. UPC real para EPS del Régimen subsidiado. Año 2026



ADRES

Ahora bien, en los últimos años, las EPS y sus gremios han argumentado que la UPC es insuficiente, sustentando su afirmación en la siniestralidad reflejada en sus estados financieros. Sin embargo, como se mencionó previamente, la fuente técnica para calcular la UPC son los reportes de prestación de servicios y tecnologías, y no los balances financieros.

En cumplimiento de las órdenes de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social revisó el cálculo de la UPC para el periodo 2019 – 2024, contrastando



los costos médicos soportados en la base de suficiencia de cada EPS, para lo cual realizó el Estudio de Siniestralidad Médica (33) en el cual plantea que:

La siniestralidad médica es un indicador utilizado en la teoría de seguros para medir la relación entre los costos médicos incurridos y los ingresos recibidos por primas. En consecuencia, constituye un indicador del desempeño de las aseguradoras y no una medida de la suficiencia de la prima. Por ello, desde el punto de vista técnico, no existe el concepto de "siniestralidad de la UPC", pues la UPC corresponde a la prima del aseguramiento y quien asume la siniestralidad es la entidad aseguradora.

La suficiencia de la UPC debe evaluarse mediante estudios prospectivos de costos esperados, mientras que la siniestralidad analiza el comportamiento real de las aseguradoras una vez ocurridos los eventos de salud. Además, ambos indicadores utilizan fuentes de información diferentes: la suficiencia se calcula con base en los costos médicos validados por el Ministerio de Salud, mientras que la siniestralidad financiera se construye a partir de los estados financieros reportados por las EPS, los cuales presentan inconsistencias documentadas frente a otras fuentes oficiales.

Con base en la información validada por el Ministerio de Salud y la ADRES, el análisis de la siniestralidad médica incurrida para las EPS de selección entre 2019 y 2022 evidencia que los recursos reconocidos por la UPC fueron suficientes para financiar el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Durante este periodo, la siniestralidad agregada osciló entre 86,2% y 97,3%, es decir, por cada 100 pesos reconocidos por la ADRES, las EPS destinaron entre 86 y 97 pesos al pago de servicios financiados con la UPC.

Las diferencias observadas entre EPS responden principalmente a variaciones en la gestión del riesgo en salud, la contratación con los prestadores, la eficiencia administrativa y la calidad de la información reportada. El Ministerio advierte, además, que la depuración de las bases de datos mediante los mecanismos de contrastación implementados podría reducir aún más los niveles de siniestralidad observados.

En consecuencia, la evidencia disponible no respalda la afirmación de que exista una insuficiencia estructural de la UPC durante el periodo analizado. Por el contrario, los resultados muestran que las diferencias financieras entre EPS están asociadas principalmente a la gestión del aseguramiento y a problemas de calidad de la información, más que a un rezago generalizado en el valor de la prima reconocida por el Estado.

Conclusión similar plantea el estudio de Pinzon (2026) quien plantea que “La evidencia disponible sugiere que la crisis financiera del sistema colombiano no puede atribuirse exclusivamente ni a insuficiencia de la UPC ni al deterioro de la siniestralidad”(17).



5 RESULTADOS EN SALUD INEQUITAVOS Y UN SISTEMA ORIENTADO A LA ENFERMEDAD

En Colombia, el tipo de municipio donde nace o vive una persona determina de manera decisiva sus probabilidades de recibir atención preventiva básica, sobrevivir al embarazo, y que sus hijos no mueran por causas prevenibles. La inequidad en salud se configura en una geografía perfecta en donde a mayor aislamiento geográfico, menor institucionalidad y mayor presencia de población étnica, peores son todos los indicadores en salud, con una afiliación de la población a las EPS de casi el 100%.

No se trata de que algunos municipios tengan problemas de acceso, pero buenos resultados, o de que la mortalidad sea alta solo en ciertos indicadores. En los municipios de Densidad Étnica y en las Áreas No Municipalizadas (ANM), todas las brechas convergen al mismo tiempo: hay lejanía geográfica, alta mortalidad, baja captación prenatal y baja cobertura de tamizaje. La desigualdad es sistémica, no puntual.

Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer la red pública hospitalaria, mejorar la distribución territorial de los servicios y avanzar hacia un modelo de atención primaria con enfoque territorial que reduzca las brechas de acceso y garantice el derecho a la salud en condiciones de equidad.

5.1 BRECHA DE ACCESO: LA DISTANCIA COMO BARRERA ESTRUCTURAL

La brecha de acceso al nivel primario —definida como la proporción de población que tarda más de 60 minutos en llegar a un servicio de primer nivel— varía de manera radical entre categorías. En los municipios Grandes es prácticamente inexistente (0%), mientras que en las Áreas No Municipalizadas (ANM) asciende al 88,9% y en Densidad Étnica al 53,3%. La brecha al nivel complementario (más de 120 minutos) es aún más grave: en las ANM el 100% de la población vive a más de dos horas de atención especializada, y en Densidad Étnica el 63,4%.

En términos relativos, la brecha de acceso al nivel primario en las ANM es aproximadamente 10.000 veces mayor que en los municipios Grandes. Incluso los municipios de Vocación Primaria —una categoría amplia que engloba 263 municipios en zonas predominantemente rurales— tienen brechas de acceso primario de 17,7% y complementario de 33,6%, cifras que en cualquier país de la OCDE representarían una emergencia sanitaria declarada.

Figura 5. Brecha de Acceso al Nivel Primario de Atención por municipios

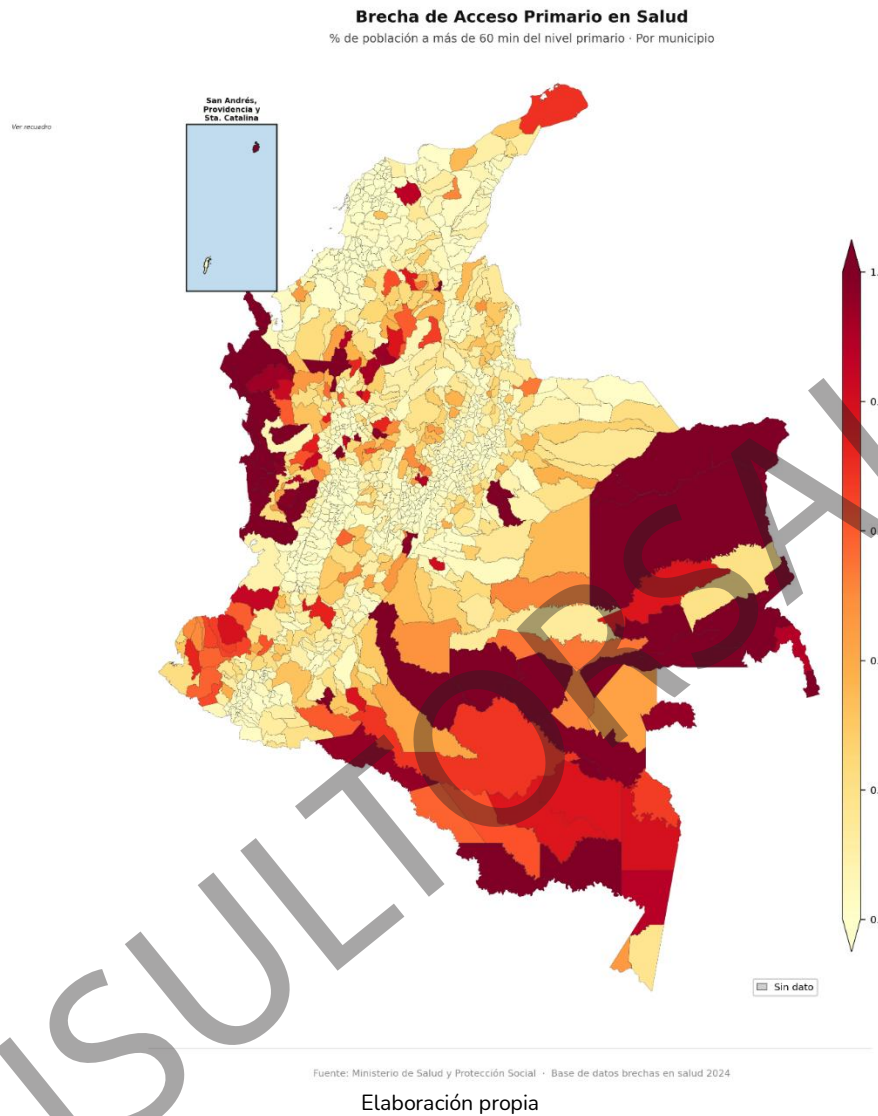
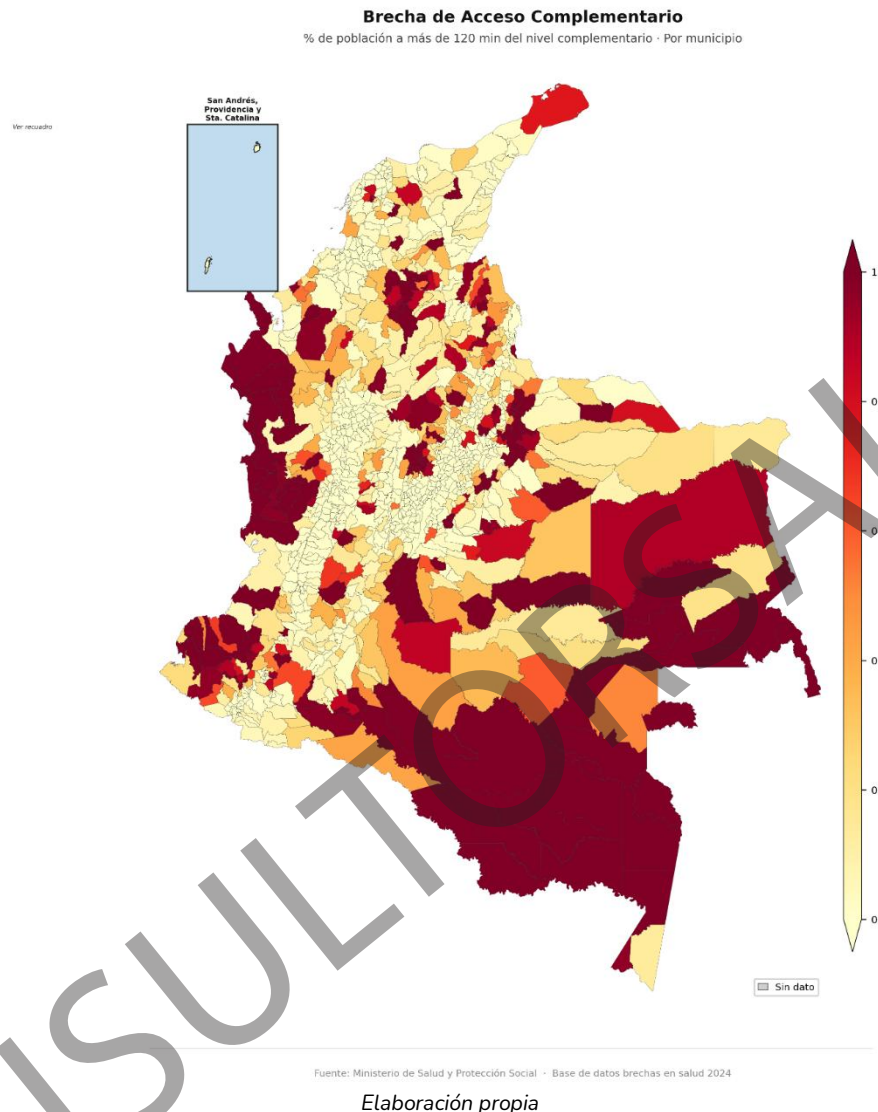


Figura 6. Brecha de Acceso al Nivel Complementario de Atención por municipios

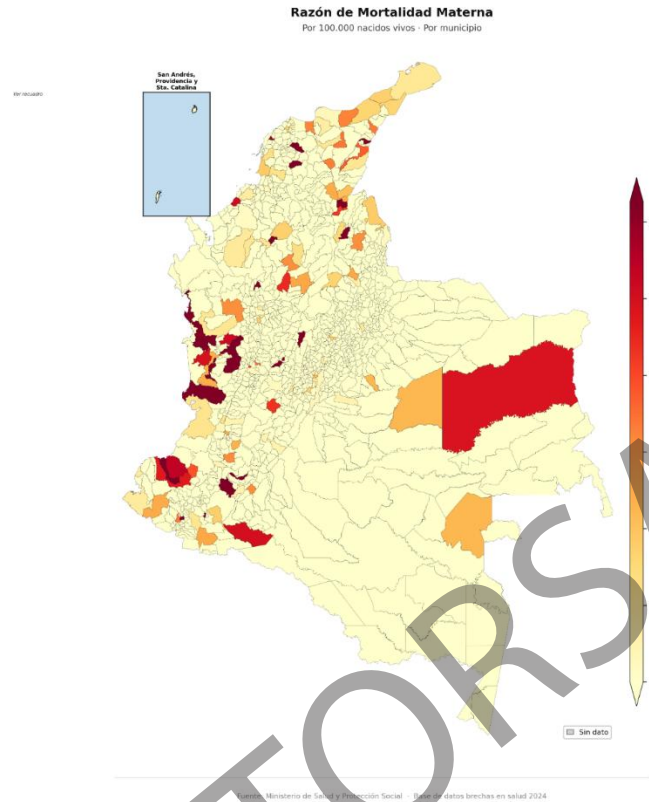


5.2 BRECHAS DE RESULTADOS EN SALUD

5.2.1 Razón de Mortalidad Materna (RMM)

La razón de mortalidad materna (RMM) sintetiza mejor que ningún otro indicador la capacidad del sistema de salud para responder oportunamente. Los municipios de Densidad Étnica registran una RMM promedio de 158,7 por 100.000 nacidos vivos, casi diez veces la de los municipios Grandes (16,3) y muy por encima de la meta global de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (70 por 100.000). Los municipios de Prevalencia Ambiental alcanzan 53,0 y los Nodos territoriales, 42,0 —valores que duplican o triplican los de las categorías urbanas.

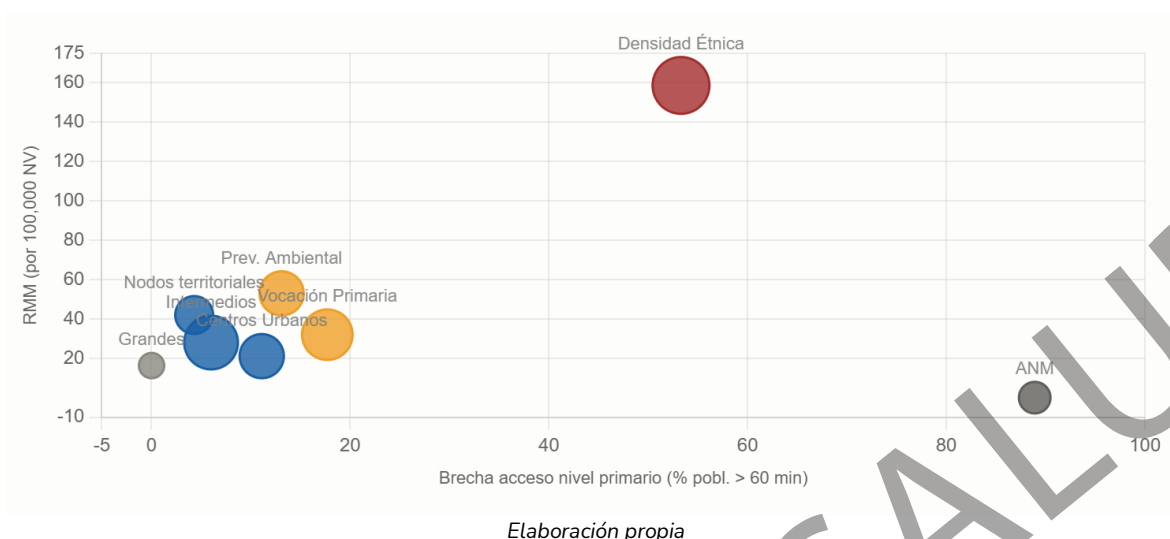
Figura 7. Razón de Mortalidad Materna por municipios - 2024



La Figura 8 ilustra con claridad la relación entre la RMM y la brecha de acceso al Nivel Primario de Atención. Los municipios de Densidad Étnica aparecen en el cuadrante superior derecho —alta brecha, alta mortalidad— configurando el escenario de mayor urgencia sanitaria. Los municipios de Vocación Primaria y Prevalencia Ambiental se ubican en una zona intermedia, con brechas y mortalidades moderadas-altas. En contraste, los municipios Grandes y Centros Urbanos se agrupan cerca del origen, con brechas mínimas y mortalidades bajas.

Este patrón sugiere que la intervención más crítica debe concentrarse en los municipios de Densidad Étnica donde la reducción de la brecha de acceso al nivel primario tiene el mayor potencial de impacto sobre la sobrevivencia materna.

Figura 8. Relación entre RMM y Brecha de acceso al Nivel primario atención por categoría municipal



5.2.2 La mortalidad evitable infantil: dos patrones distintos de vulnerabilidad

La mortalidad evitable en menores de cinco años por desnutrición, enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA) no se distribuye de forma homogénea entre los tipos de municipio, y muestra dos patrones diferenciados que merecen ser leídos por separado.

Los municipios de Densidad Étnica concentran la mayor mortalidad por desnutrición (44,5 por 100.000), casi 30 veces la de los municipios Grandes (1,6), y la segunda mayor por EDA (23,6) e IRA (18,8). Este perfil corresponde a un patrón de hambre crónica, acceso nulo a agua apta para consumo humano y saneamiento deficiente, agravado por la distancia a los servicios de salud.

Los ANM exhiben un perfil diferente y en ciertos indicadores aún más crítico: la mortalidad por EDA alcanza 58,9 —la más alta de todas las categorías, 22 veces la de los municipios Grandes— y la mortalidad por IRA llega a 38,4.

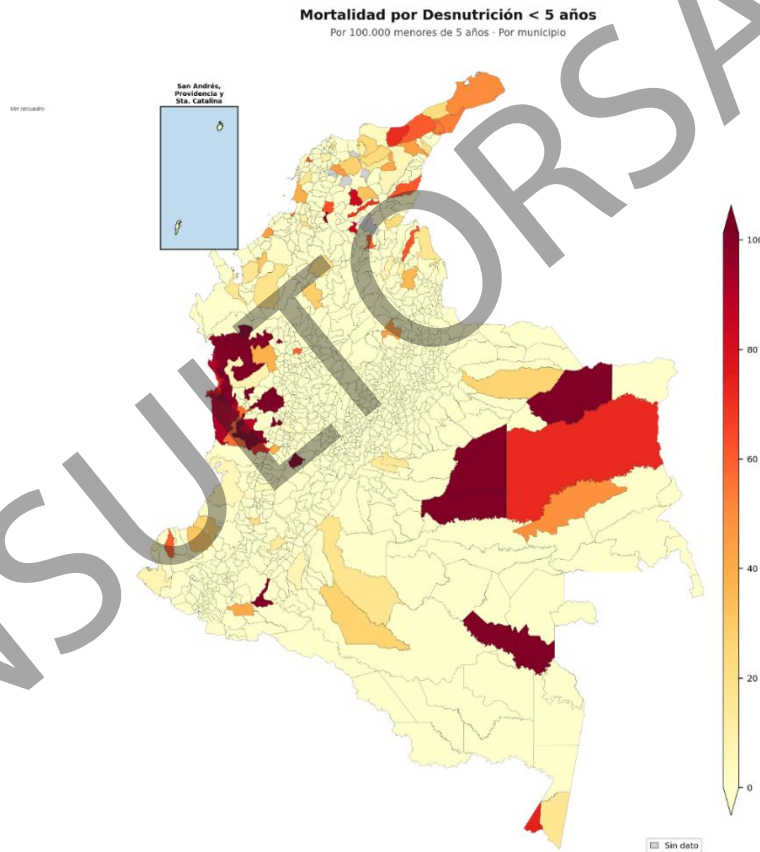
En estas causas, que responden en más del 90% de los casos a tratamientos de bajo costo y alta efectividad disponibles en el nivel primario (hidratación oral, antibióticos, broncodilatadores), la única explicación para tasas tan elevadas es la imposibilidad de acceder a atención a tiempo. Un niño muere de diarrea o de neumonía porque nadie pudo llevarlo a un centro de salud a tres horas de camino.

a. Desnutrición infantil:

Los municipios clasificados como Densidad Étnica presentan la mortalidad por desnutrición más alta del país con 44,5 muertes por 100,000 menores de 5 años, un valor casi nueve veces superior al de Vocación Primaria (5,3), que ocupa el segundo lugar. Las categorías urbanas —Grandes (1,6) y Centros Urbanos (1,4)— tienen tasas marginales por comparación.

La brecha de acceso al nivel primario en estos municipios es del 53,3% en promedio (mediana 51,1%), lo que significa que más de la mitad de la población debe recorrer más de 60 minutos para acceder a un servicio de primer nivel. Esta distancia física es determinante: sin acceso oportuno a control de crecimiento, suplementación nutricional y manejo de la desnutrición aguda, los desenlaces fatales se vuelven inevitables.

Figura 9. Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años por municipios – 2024



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Base de datos brechas en salud 2024

Elaboración propia

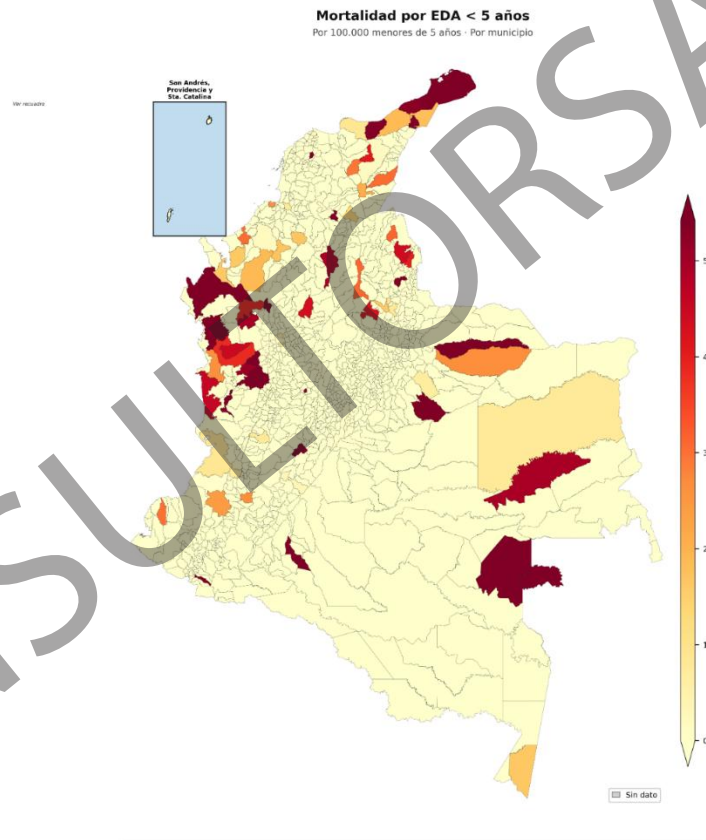
b. Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años



Para la mortalidad por EDA e IRA, el escenario más grave corresponde a las Áreas No Municipalizadas, con tasas de 58,9 y 38,4 por 100,000 menores de 5 años respectivamente. Estas son causas completamente prevenibles con hidratación oral, antibióticos y manejo ambulatorio básico —intervenciones que dependen directamente de la existencia de servicios primarios de salud cercanos y accesibles.

La brecha de acceso en los ANM es dramática: el promedio es del 88,9% y la mediana alcanza el 97,1%, lo que indica que en la mayoría de estos territorios prácticamente la totalidad de la población vive a más de una hora del punto de atención primaria más cercano. La segunda categoría con mayor mortalidad por EDA es Densidad Étnica (23,6), que también acumula alta mortalidad por IRA (18,8).

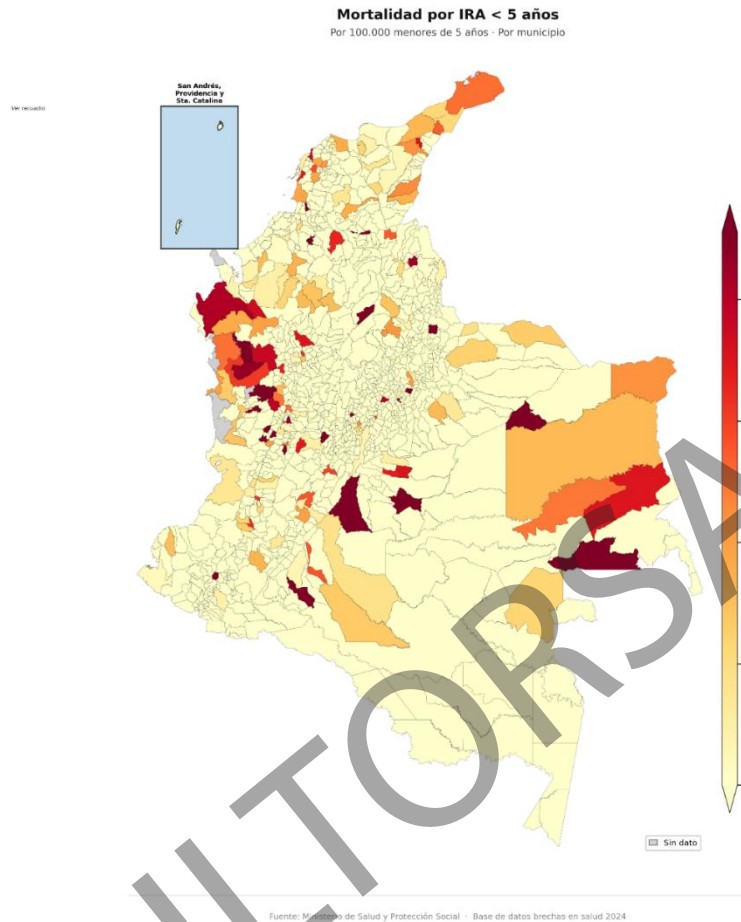
Figura 10. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años por municipios - 2024



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Base de datos brechas en salud 2024

Elaboración propia

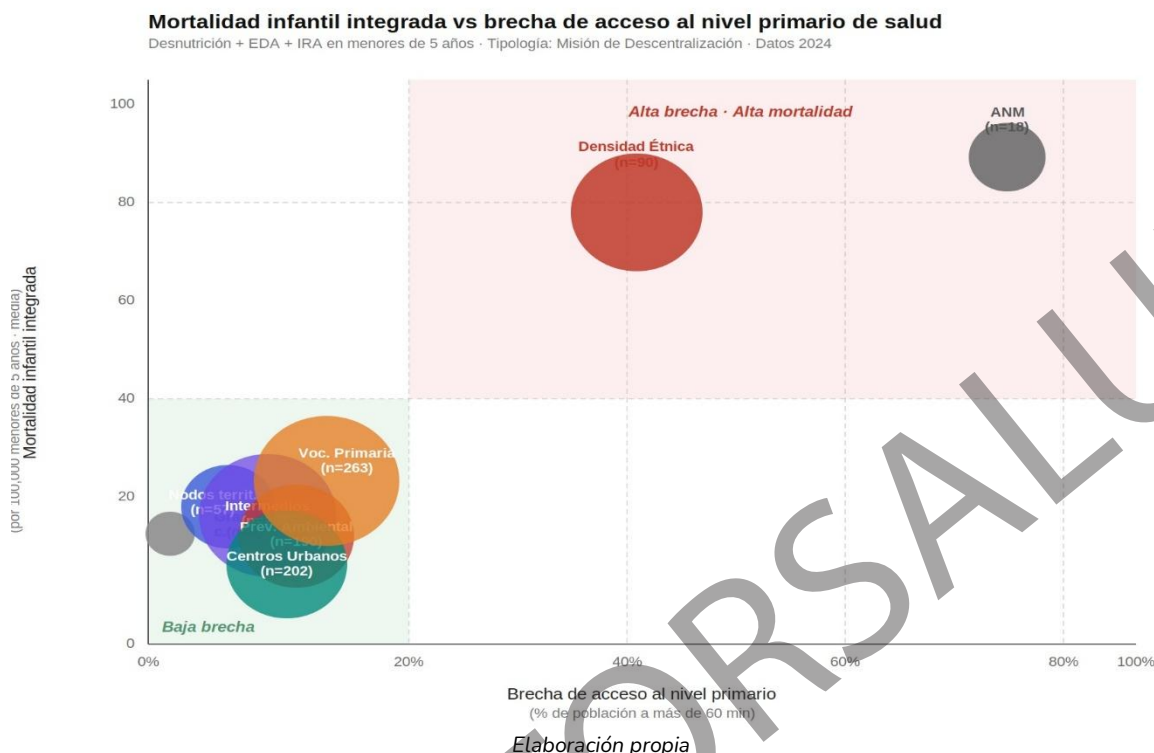
Figura 11. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en Menores de 5 años por municipios - 2024



Los municipios de Vocación Primaria representan un grupo de alerta en las tres causas: mortalidad por desnutrición de 5,3, por EDA de 6,0 y por IRA de 9,6 —las terceras tasas más altas en todas las categorías—, con una brecha de acceso media del 17,7%. Al ser 263 municipios, su peso agregado en términos de mortalidad evitable es sustancial.

En la Figura 12 se evidencia la correlación entre la mortalidad integrada evitable para menores de 5 años y la brecha de acceso a los servicios de salud.

Figura 12. Relación entre mortalidad infantil integrada y brecha de acceso al nivel primario de atención



5.2.3 Las coberturas preventivas

Tanto la captación temprana de gestantes como el tamizaje de cáncer de cuello uterino presentan una característica que los distingue de los indicadores de mortalidad: son universalmente bajos, lo cual además demuestra la incapacidad del sistema en la realización de acciones promocionales y preventivas en todo el territorio nacional.

Ninguna categoría de municipio supera el 62% en captación prenatal ni el 55% en tamizaje cervical, muy por debajo de la meta del 80% recomendada. Esto indica que las deficiencias del nivel primario de atención son un problema nacional, no exclusivo de los territorios más aislados.

Sin embargo, dentro de ese panorama deficitario generalizado, la inequidad sigue siendo pronunciada. La captación de gestantes en los ANM (16,2%) equivale a una cuarta parte de la observada en los municipios Grandes (61,2%). El tamizaje cervical en los ANM (9,8%) es cinco veces menor que en los Nodos territoriales (54,5%). En Densidad Étnica, el 78,7% de los municipios tiene captación prenatal inferior al 50%, y el 52,2% tiene cobertura de tamizaje inferior al 40%. En ambos casos, la correlación con la brecha de acceso geográfico ronda $-0,36$, una asociación moderada pero consistente que confirma que, sin servicios accesibles, la prevención no llega.



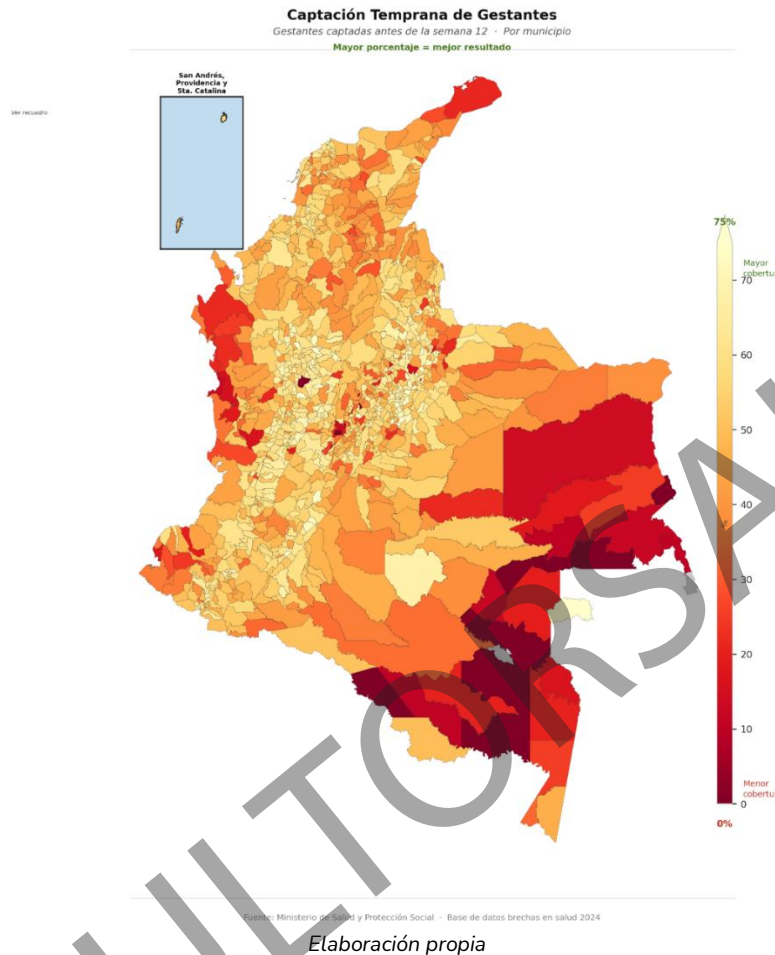
a. Captación temprana de gestantes

La captación temprana de gestantes —indicador que mide el porcentaje de embarazadas que ingresan a control prenatal en el primer trimestre— revela una brecha estructural profunda entre los tipos de municipio. Los municipios clasificados como Grandes registran la mayor captación con 61,2% de media, seguidos por Nodos territoriales (57,7%) y Centros Urbanos (57,7%). En el extremo opuesto, las Áreas No Municipalizadas (ANM) tienen una media de apenas 16,2% y una mediana de 10%, lo que significa que la mayoría de las gestantes en esos territorios nunca llega a un primer control prenatal en el momento oportuno.

Entre estos dos extremos, se forma un escalón claro: los municipios de Densidad Étnica presentan el segundo peor desempeño con 38,7%, seguidos de Vocación Primaria (48,1%) y Prevalencia Ambiental (49,7%). Incluso las categorías intermedias —Intermedios (55,3%) y Vocación Primaria— están lejos del umbral del 80% que se considera aceptable en términos de cobertura prenatal.

El análisis por proporción de municipios con captación inferior al 50% deja ver aún más claridad en la distribución del problema. En los ANM, el 88,2% de sus municipios no supera esa marca crítica. En Densidad Étnica, el 78,7% de los municipios está por debajo del 50%, y en Vocación Primaria casi 6 de cada 10 municipios se encuentran en déficit. Incluso en Prevalencia Ambiental, el 44,2% de los municipios no alcanza la mitad de cobertura. En contraste, en los municipios Grandes ninguno registra captación menor al 50%.

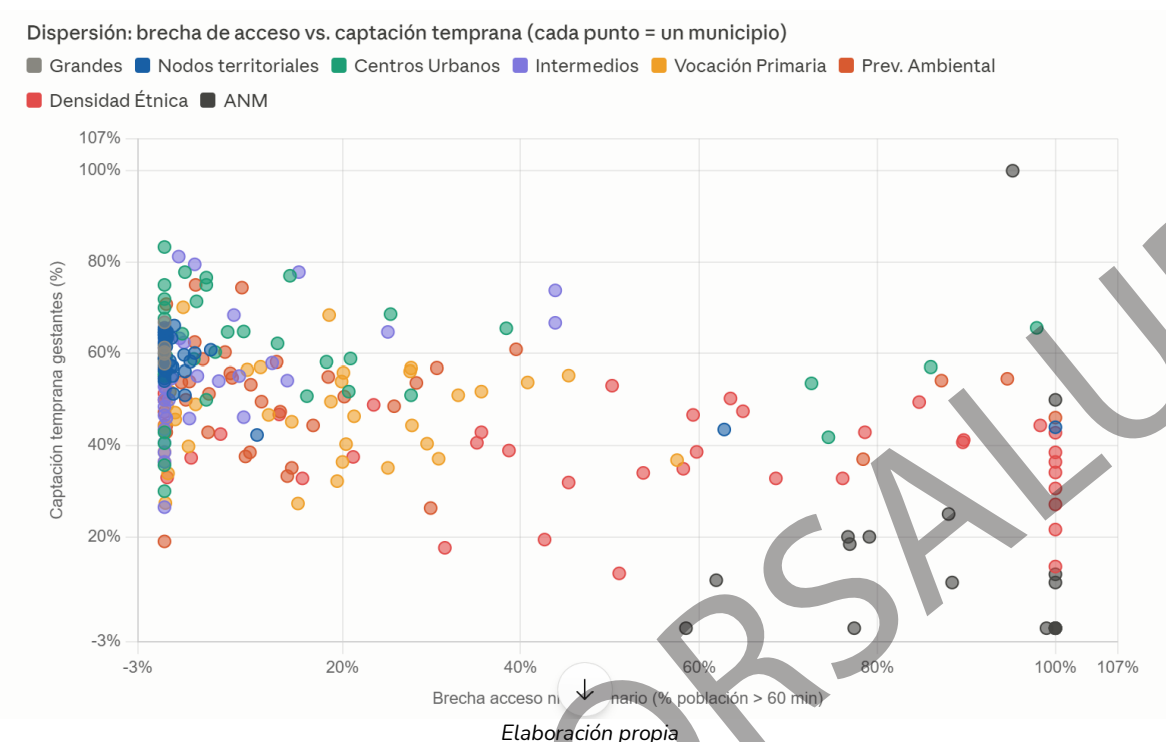
Figura 13. Porcentaje de cobertura de captación temprana de gestantes



La correlación de Pearson entre la brecha de acceso al nivel primario (proporción de población a más de 60 minutos de un servicio de primer nivel) y la captación temprana de gestantes es de $-0,35$, una asociación inversa moderada y estadísticamente significativa. El gráfico de dispersión hace visible este patrón: los municipios con brechas de acceso cercanas a cero tienden a agruparse en captaciones entre 50% y 80%, mientras que los municipios con brechas superiores al 50% se concentran sistemáticamente por debajo del 50% de captación.

La nube de puntos de Densidad Étnica y ANM ocupa el cuadrante inferior derecho del diagrama —alta brecha, baja captación— mientras que Grandes, Nodos territoriales y Centros Urbanos se ubican en el cuadrante superior izquierdo. La relación no es perfecta: hay municipios con baja brecha y baja captación, lo que indica que el acceso geográfico es una condición necesaria pero no suficiente. Sin embargo, la tendencia es consistente: sin acceso cercano a servicios de salud, la captación temprana no ocurre.

Figura 14. Correlación entre la captación temprana de gestantes y el acceso al nivel primario de atención



El indicador de captación temprana de gestantes funciona como un termómetro de la efectividad real del nivel primario de atención. Los datos muestran que en Colombia este indicador está lejos de la universalidad, y que su distribución territorial es profundamente inequitativa. Las gestantes en municipios de Densidad Étnica y ANM son las que tienen menor probabilidad de ingresar a control prenatal a tiempo, precisamente en los territorios donde la distancia a los servicios es mayor. Esta combinación —aislamiento geográfico y baja captación prenatal— es uno de los factores más directamente asociados a la mortalidad materna y perinatal que estos mismos municipios exhiben.

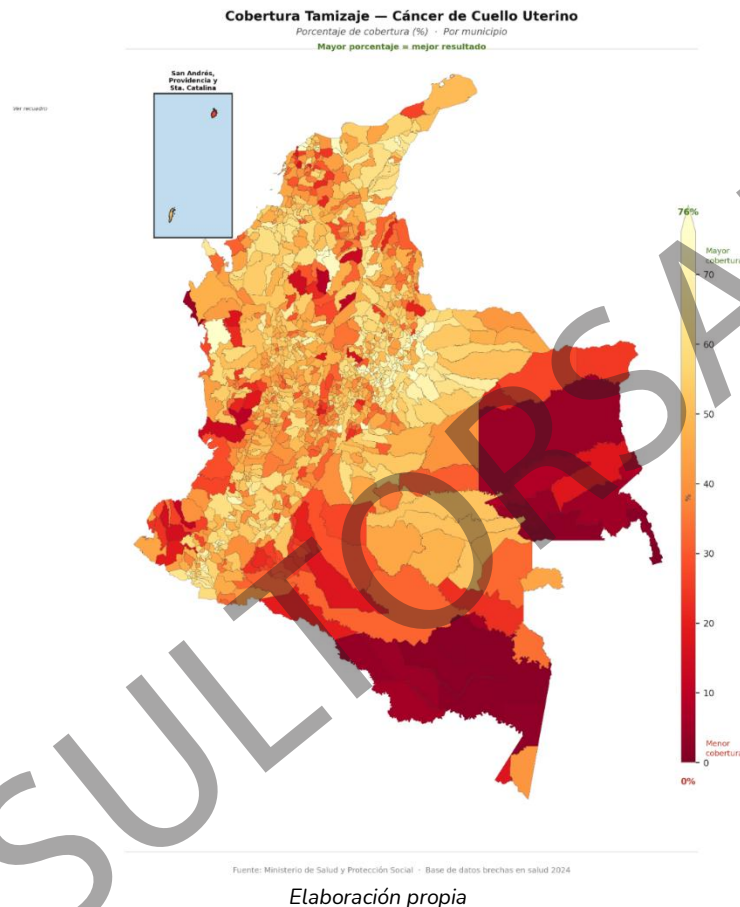
b. Tamizaje de cáncer de cuello uterino

Ninguna categoría de municipio alcanza coberturas satisfactorias de tamizaje cervicouterino. Incluso los Nodos territoriales —la categoría con mejor desempeño— registran apenas un 54,5% de media, muy por debajo del 80% que se considera umbral mínimo para reducir la incidencia de cáncer de cuello uterino a nivel poblacional. Esto indica que el déficit de tamizaje es un problema estructural que atraviesa todos los tipos de municipio en Colombia, y no exclusivo de los más aislados.

Las diferencias entre categorías son sustanciales. Las tres categorías con mejor cobertura —Nodos territoriales (54,5%), Centros Urbanos (51,3%) e Intermedios (50,8%)— se agrupan alrededor del 50%, seguidas de cerca por Grandes (49,5%), Prevalencia

Ambiental (48,7%) y Vocación Primaria (47,2%). El quiebre ocurre en Densidad Étnica, con 39,1%, y se profundiza dramáticamente en los ANM, donde la cobertura media cae a apenas 9,8% y la mediana a 4,2%, lo que significa que la mitad de estas áreas tiene prácticamente nula cobertura de tamizaje.

Figura 15. Porcentaje de cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino por municipios – 2024



La proporción de municipios con cobertura inferior al 40% —un umbral que puede considerarse de alerta crítica— revela la magnitud del problema en las categorías más vulnerables. En los ANM, el 88,9% de sus territorios no supera esa marca. En Densidad Étnica, más de la mitad de los municipios (52,2%) está en déficit. Las categorías de Vocación Primaria y Prevalencia Ambiental también muestran cifras preocupantes, con cerca del 30% de sus municipios por debajo del umbral. En contraste, en los municipios Grandes ninguno registra coberturas tan bajas, y en Nodos territoriales solo un municipio de 57 se encuentra en esa situación.

La correlación de Pearson entre la brecha de acceso al nivel primario y la cobertura de tamizaje es de $-0,36$, prácticamente idéntica a la observada para captación de gestantes ($-0,35$). Esta coincidencia no es casual: ambos indicadores dependen del mismo

mecanismo —la capacidad de las mujeres de llegar a un servicio de salud de primer nivel donde se realizan tanto el control prenatal como la toma de citología.

La Figura 16 hace visible el patrón con claridad. Los municipios con brechas de acceso cercanas a cero muestran una amplia variabilidad en cobertura (entre 20% y 80%), lo que indica que el acceso geográfico, aunque necesario, no garantiza por sí solo altas coberturas. Sin embargo, a medida que la brecha supera el 50%, la cobertura de tamizaje converge hacia valores muy bajos: los municipios ANM se agrupan con coberturas inferiores al 10% y brechas entre el 60% y el 100%, formando un clúster perfectamente identificable en el extremo inferior derecho del diagrama. Los municipios de Densidad Étnica presentan mayor dispersión, pero con una tendencia igualmente descendente.

Figura 16. Correlación entre tamizaje de cáncer de cuello uterino y brecha de acceso al nivel primario de atención



A diferencia de la captación prenatal —donde la brecha de acceso es el predictor más poderoso— el tamizaje de cuello uterino muestra una variabilidad considerable incluso en municipios con buen acceso. Hay municipios bien conectados con coberturas del 20-30%, lo que sugiere que factores adicionales como la disponibilidad de recurso humano capacitado, la demanda activa por parte de los servicios, y barreras culturales y de conocimiento juegan un rol relevante. El acceso geográfico es una condición necesaria, pero, en este caso, claramente insuficiente.



El tamizaje de cáncer de cuello uterino en Colombia refleja una doble inequidad: es bajo en todas partes, y profundamente inequitativo entre territorios. Las mujeres que viven en municipios de Densidad Étnica y ANM enfrentan la combinación más desfavorable —alta distancia a los servicios y coberturas casi inexistentes— lo que las expone a un riesgo desproporcionado de diagnóstico tardío de cáncer cervicouterino. La reducción de la brecha geográfica es condición necesaria para mejorar la cobertura en estos territorios, pero debe combinarse con estrategias activas de búsqueda, educación comunitaria y adecuación intercultural de los servicios.

5.3 LAS BRECHAS ESTRUCTURALES EN SALUD

Los datos analizados no describen simplemente diferencias en indicadores de salud. Describen un patrón sistemático en el que los municipios con mayor presencia de población étnica, mayor aislamiento geográfico y menor capacidad institucional soportan de forma desproporcionada la carga de la mortalidad evitable en Colombia. Una gestante en un municipio de Densidad Étnica tiene diez veces más probabilidades de morir que una en una ciudad grande. Un niño en los ANM tiene veintidós veces más probabilidades de morir de diarrea. Una mujer en esos mismos territorios tiene cinco veces menos probabilidades de acceder a una citología de cuello uterino.

Como se muestra en la Figura 17 las brechas se concentran en las áreas no municipalizadas y en los municipios de densidad étnica, prevalencia ambiental y vocación primaria. Si bien, en acceso a los servicios de salud es determinante, la bajas cobertura en captación temprana de gestantes y tamizaje de cáncer de cuello uterino demuestran que inclusive con aun cuando existen los servicios de salud, el acceso oportuno e integral tiene serias barreras.

Figura 17. Mapa de calor de brechas – Intensidad relativa por indicador y categoría

Mapa de calor de brechas — intensidad relativa por indicador y categoría

Categoría	Mun.	Brecha acceso	RMM	Mort. desnut.	Mort. EDA	Mort. IRA	Captación gestantes	Tamizaje cervical
Grandes	5	0.0%	16.3	1.6	2.7	8.2	61.2%	49.5%
Nodos territoriales	57	4.3%	42.0	4.8	1.9	6.8	57.7%	54.5%
Centros Urbanos	202	11.1%	21.1	1.4	0.4	3.9	57.7%	51.3%
Intermedios	294	6.0%	27.9	1.8	0.5	4.9	55.3%	50.8%
Vocación Primaria	263	17.7%	32.0	5.3	6.0	9.6	48.1%	47.2%
Prevalencia Ambiental	190	13.1%	53.0	4.6	1.6	6.4	49.7%	48.7%
Densidad Étnica	90	53.3%	158.7	44.5	23.6	18.8	38.7%	39.1%
ANM	18	88.9%	—	16.2	58.9	38.4	16.2%	9.8%

Elaboración propia



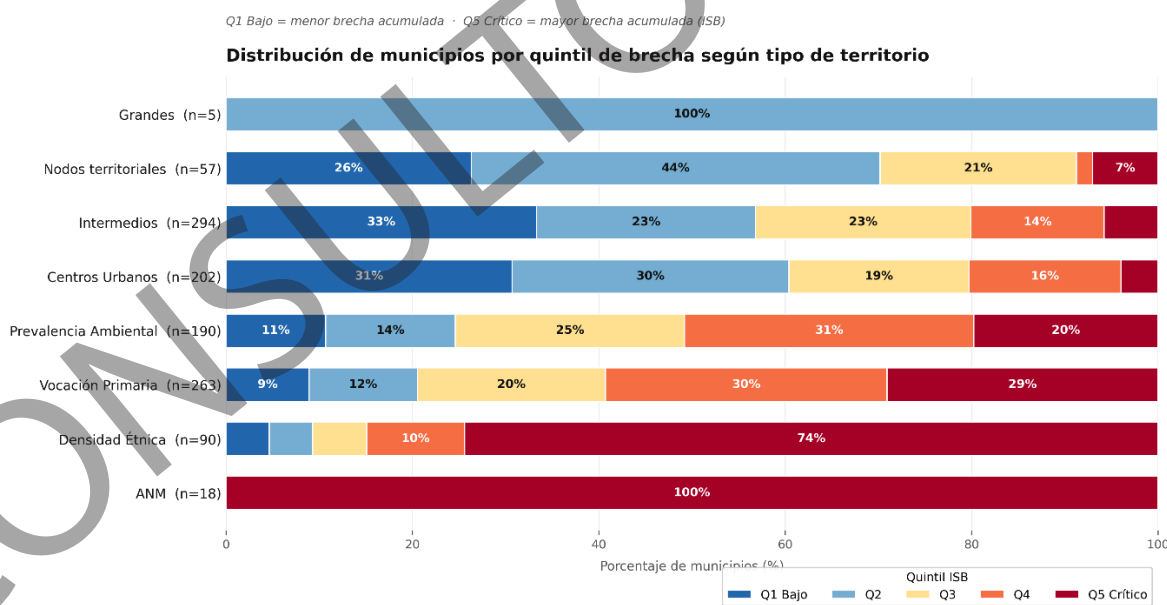
Se construyó un índice compuesto que resume en un único valor la situación de cada municipio en ocho dimensiones de salud: brecha de acceso al nivel primario, brecha de acceso al nivel complementario, razón de mortalidad materna, mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, mortalidad por EDA, mortalidad por IRA, captación temprana de gestantes y cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino.

La Figura 18 divide los 1.121 municipios en cinco grupos de igual tamaño según su índice de brechas en salud (Q1 con menor brecha al Q5 más crítico) y se muestra qué proporción de cada tipo de territorio, con base en la tipología municipal de la Misión de Descentralización, cae en cada grupo.

Por consiguiente, los 18 municipios ANM están en su totalidad en Q5, el cual es el grupo más crítico, sin excepción. Los municipios de Densidad Étnica, que concentran población afro e indígena, tienen el 74% de sus municipios también en Q5. En el extremo opuesto, los municipios Grandes e Intermedios se concentran en Q1 y Q2. El patrón es a menor capacidad territorial, mayor concentración en los quintiles de mayor brecha.

Se demuestra que la tipología territorial no es un descriptor neutro, sino un predictor estructural de la brecha en salud.

Figura 18. Distribución de municipios por quintil de brecha según tipología de municipio



Elaboración propia

Cerrar estas brechas requiere intervenciones que van más allá de la simple expansión de la cobertura aseguradora: implica reducir la distancia geográfica a los servicios, fortalecer el recurso humano en salud en territorios dispersos, garantizar la disponibilidad de insumos básicos en el primer nivel de atención, y desarrollar modelos de atención que sean culturalmente pertinentes para las comunidades étnicas. La magnitud de las brechas



documentadas indica que, sin políticas explícitas de reducción de inequidades territoriales en salud, la universalización del sistema seguirá siendo, para estos municipios, una promesa incumplida.

MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY – DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Colombia es un Estado Social de Derecho, en ese sentido la meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido “(...) la creación de condiciones razonables de vida (...)”⁴, lo cual guarda entera armonía con el hecho de que la Constitución Política establece como principios la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general. Si bien el derecho a la salud se encuentra en los artículos 48 y 49 de la Constitución, como un derecho social y prestacional que debe ser reglamentado y dirigido por el Estado, en pro de regular los diversos actores del sistema, su reconocimiento y garantía ha sido materia de gran debate.

El carácter fundamental del derecho a la salud ha sido un tema que ha tenido una evolución jurisprudencial que concluyó con el reconocimiento de su carácter fundamental en el año 2008 luego de que la Corte Constitucional había considerado inicialmente que no tenía ese carácter, salvo lo indicado en la sentencia T-406 de 1992 con ponencia del Magistrado Ciro Angarita Barón⁵ que enfocó el tema en el carácter social del Estado colombiano. Esa caracterización, realizada por esa Alta Corporación, que dejó de lado lo indicado por el magistrado Angarita, no tuvo en cuenta aspectos como la declaración de Alma Ata de 1978 y se limitó a indicar que los derechos sociales, económicos y culturales no eran fundamentales porque estaban diferenciados de los que se reconocían expresamente como tales en el Capítulo I del Título II y además porque los primeros no eran de aplicación inmediata (art. 85 C. Pol). Esta caracterización tenía un sesgo ideológico producto de la división del mundo entre países capitalistas y países socialistas y comunistas.

El primer enfoque de la Corte Constitucional vio en su artículo 49, Modificado por el A.L 2 de 2009, a la salud como un derecho prestacional para todas las personas en el acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud, como servicio público a cargo del Estado, quien lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados, y que los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Por su parte, el artículo 48 del mismo ordenamiento, mod. por el A.L 1 de 2005, establece que la seguridad social constituye un derecho irrenunciable de los

⁴ Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 “Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia” Título: Derechos sociales

⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-406 de 5 de junio de 1992, MP Ciro Angarita Barón.



habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

En desarrollo de las citadas disposiciones, la seguridad social en salud se concibió en la Ley 100 de 1993, como un servicio público obligatorio, cuya dirección y control estará a cargo del Estado y como un sistema destinado a regular el servicio público esencial de salud y a crear las condiciones de acceso en todos los niveles de atención, que permitan garantizar a todas las personas sus derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social, bajo el imperio del Estado social de derecho y con fundamento en los principios de dignidad humana, solidaridad y prevalencia del interés general.

Bajo la concepción de la Ley 100 de 1993, de servicio público, se define, en su artículo 8°, el sistema de seguridad social como un conjunto de entidades públicas y privadas, normas procedimientos y que está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios incluidos en la mencionada ley. En tal medida, el sistema de seguridad social es una estructura institucional que integra entidades y recursos públicos y privados, normas, procedimientos y regímenes de diversos órdenes, destinados a garantizar el mencionado derecho.

El carácter de servicio público de la seguridad social que involucra un derecho de carácter prestacional constituye un aspecto que fue ampliamente señalado por la Honorable Corte Constitucional, entre otras, en las sentencias C-408 de 1994, M.P. Fabio Morón Díaz; SU-480/97, M.P. Alejandro Martínez Caballero; SU-819 de 1999, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-118-2001. M.P. Martha V. SÁCHICA Méndez.

No obstante, en ese primer período 1992-2008, a través de la jurisprudencia de esa Alta Corporación se amparó el derecho a la salud por su conexidad con otros derechos fundamentales, se reconoció su naturaleza fundamental en contextos cuando el tutelante era un sujeto de especial protección como el caso de los niños, y se afirmó en general su fundamentalidad, en lo que respecta a un ámbito básico; y a partir de la Sentencia T-859 de 2003, se declara la fundamentalidad del derecho a la salud *per se*, la cual se reitera entre otras, en las sentencias T-060 y T-148 de 2007.

Pero es a través de la sentencia C-463 de 2008⁶ en la cual se declara la salud como un derecho fundamental autónomo. La sentencia T-760 de 2008⁷, una sentencia estructura de órdenes, retoma ese criterio. De esta manera, respecto de la naturaleza y condiciones esenciales de derecho a la salud, a partir de 2008, la Corte Constitucional ha señalado que se trata de un derecho de carácter fundamental, no obstante su contenido prestacional, porque todo derecho tiene tanto facetas prestacionales que son positivas o comportan deberes de realización, como facetas no prestacionales que son negativas e implican

⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-463 de 14 de mayo de 2008, MP Jaime Araújo Rentería.

⁷ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-T-760 de 31 de julio de 2008, MP Manuel Cepeda Espinosa



deberes de abstención, y el derecho a la salud si bien tiene una marcada dimensión positiva también tiene dimensiones negativas; de manera que se derivan tanto obligaciones de cumplimiento “inmediato”, como obligaciones de cumplimiento “progresivo”, en virtud de “la complejidad de las acciones y los recursos que se requieren para garantizar efectivamente el goce efectivo de estas facetas de protección de un derecho.”⁸

Este proceso desemboca en la conquista de la Ley 1751 de 2015, en la cual se reconoció por parte del legislador, el derecho a la salud como derecho fundamental, previo examen de constitucionalidad adelantado por la Corte Constitucional a través de la sentencia C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo⁹. La Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, a lo largo 26 artículos busca efectuar una caracterización de la salud y de los principales elementos del derecho fundamental, y aunque en el artículo 2° define su naturaleza y contenido, no incorpora claramente una definición del derecho a la salud, contrario a la que realiza respecto del sistema de salud.

En el primer capítulo, señala el objeto; declara la fundamentalidad, autonomía e irrenunciabilidad del derecho; ámbito de aplicación; define el sistema de salud como el instrumento para materializar y garantizar el derecho; aborda las obligaciones del Estado; determina sus elementos esenciales, principios, derechos y deberes, los contenidos; indica la evaluación conforme a indicadores de goce efectivo del derecho fundamental; define los determinantes sociales de salud; consagra los derechos y deberes de las personas; y señala los sujetos de especial protección que corresponde a los previstos en la Observación General 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en desarrollo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), en la Carta Política y la jurisprudencia, y en el sistema de salud vigente.

El segundo capítulo prevé diferentes medios y mecanismos para garantizar y proteger el derecho, y señala la garantía del derecho a través de las prestaciones de salud bajo una concepción integral de la misma en todas sus fases de atención de la salud y prevé un régimen taxativo de exclusiones que no pueden ser financiadas con recursos públicos y cuya definición debe hacerse a través de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente; un mecanismo técnico-científico con las mismas características también se prevé para la ampliación progresiva de los beneficios.

El tercer capítulo está referido a los profesionales y trabajadores de la salud y recaba en su autonomía y su desempeño laboral en condiciones justas, dignas y de estabilidad. El cuarto y último capítulo dispone la adopción de políticas públicas y la obligación del Estado de garantizar la financiación y disponibilidad de servicios en zonas marginadas.

Ahora bien, como un primer elemento que debe ser destacado en el análisis de constitucionalidad que hizo la Corte Constitucional de esa norma es que ella misma detectó

⁸ *Ib.* p. 31.

⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-C-313 de 29 de mayo de 2014, MP Gabriel Mendoza Martelo.



que algunas de ellas no tenían carácter estatutario y lo indicó expresamente en la sentencia C-313 ya mencionada. Para esa Corporación los siguientes artículos no tendrían esa dimensión pues en términos de esa jurisprudencia no establecen “prerrogativas básicas, excepciones o limitaciones al derecho”¹⁰, a saber:

Artículo 4, definición de sistema de salud.

Artículo 7º Evaluación anual de indicadores.

Artículo 18 respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud.

Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos.

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad.

Es decir, realmente, la ley 1751 de 2015 tiene solo 21 normas estatutarias y no 26.

En consecuencia, es evidente que para la Corte Constitucional no todo lo que organice el derecho fundamental a la salud es de carácter estatutario sin desconocer la dimensión e importancia de ese derecho. Esto significa que los elementos operativos son propios del legislador ordinario y no debe asumirlos el estatutario.

CONSTITUCIONALIDAD DEL PROYECTO DE LEY

Consagrado el derecho a la salud como derecho fundamental en una ley de rango estatutario, derivada del desarrollo de la jurisprudencia constitucional, en primer lugar, es dable señalar lo expresado por la doctrina en torno a las características que revisten esta clase de leyes para, a su vez, determinar cuáles de ellas cumple la Ley Estatutaria de Salud contenida en la Ley 1751 de 2015.

Así, en cuanto a las materias que pueden ser objeto de leyes estatutarias, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 152 de la Constitución Política se encuentra, entre otras, la regulación de los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección, es claro que, en virtud del profuso desarrollo jurisprudencial, el derecho a la salud tiene el carácter de fundamental y, por lo tanto, cumple el requisito material que impone ser regulado mediante norma de carácter estatutario.

En relación con la exigencia del control previo por la Corte Constitucional o sometimiento al imperio de la Constitución, como requisito para su expedición y vigencia, lo que para algunos le otorga a las leyes estatutarias la condición de subconstitucionalidad, sin que ello le otorgue una jerarquía superior a las leyes ordinarias, la iniciativa legislativa que fuera sancionada como Ley 1751 de 2015, surtió el examen de constitucionalidad a través de la sentencia C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

¹⁰ *Ib.*, considerandos 5.2.4.3, 5.2.7.3, 5.2.18.3, 5.2.19.3. y 5.2.24.3.



En lo que respecta al enfoque adoptado, consistente en que la regulación estatutaria desarrolle de manera exhaustiva o completa la materia que tiene por objeto (maximalista), en oposición a una visión que procura una regulación mínima legislativa y que da la posibilidad al legislador ordinario para que desarrolle los preceptos consagrados en la norma estatutaria, sin que los mismos se desconozcan, y con ello, guarde flexibilidad y coherencia con el principio democrático¹¹, la Ley 1751 de 2015 evidencia acogerse al criterio de regulación mínima, con lo cual, mediante leyes ordinarias se podrá desarrollar los principios de carácter estatutario.

En cuanto a la delimitación de materias entre normas propias de ley estatutaria y normas de ley ordinaria, dadas las dificultades de circunscribir el ámbito de unas y otras, en especial, cuando se regulan derechos fundamentales, debe indicarse que la jurisprudencia de la Corte Constitucional, como la ya citada, ha indicado que en las leyes de naturaleza estatutaria es admisible la incorporación de asuntos que son de la exclusiva competencia del legislador ordinario y ejemplo de ello es la Ley 1751 de 2015 que reguló aspectos de ley ordinaria como los contenidos en los artículos 4º, 7º, 18, y 26, entre otros, cuya naturaleza fue precisada en la sentencia C-313 de 2014.

Queda claro que la regulación del derecho fundamental a la salud adelantado en la Ley 1751 de 2015, al precisar su alcance, los mecanismos de efectividad y protección, llenar vacíos en relación con el plan de beneficios y sus exclusiones, y orientar el contenido prestacional del mismo, debe ser desarrollada a través de leyes ordinarias o por normas de menor jerarquía, como se ha hecho a partir de su vigencia, pero también impone configurar la estructura institucional y operativa del sistema de salud que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud.

En segundo lugar, por tratarse de una Ley que reguló el derecho a la salud, en los aspectos necesarios de reserva estatutaria, sin alcanzar el mayor grado de completitud o exhaustividad, definió de manera expresa el desarrollo regulatorio posterior, por la vía ordinaria, y de manera tácita otras materias que, unas y otras, podrán adoptarse siempre y cuando, con ellas no se contraríen o vulneren los criterios y principios de la Carta y de la misma ley estatutaria, en especial, el denominado núcleo esencial del derecho fundamental.

De manera expresa, la Ley 1751 de 2015 facultó la regulación mediante leyes ordinarias las siguientes materias: sostenibilidad del sistema de acuerdo con el principio de progresividad (artículo 6º, literal i), condiciones y términos para acceder a las prestaciones de salud (artículo 10º, literal e), sanciones penales y disciplinarias a los Representantes Legales de entidades responsables de la prestación del servicio (artículo 14, parágrafo 1), determinación de la autoridad facultada para las exclusiones (artículo 15), mecanismos de

¹¹ Cfr. Sierra Porto, Humberto. Concepto y tipos de ley en la Constitución colombiana, y Cortés González, Juan Carlos. Ley Estatutaria de Salud, Comentarios a la Ley 1751 de 2015, Legis Editores S.A., 2015.



ampliación de beneficios (artículo 15), y procedimiento de resolución de conflictos de profesionales de las salud (artículo 16). De manera tácita, a título de ejemplo se encuentran zonas marginadas, el subsidio a la oferta en zonas de mercado no competitivo (artículo 24), y zonas marginadas, disponibilidad de servicios (artículo 24).

Como corolario de este título, se transcriben apartes de la conferencia dada por el doctor Jorge Iván Palacio Palacio, Magistrado de la Corte Constitucional, quien fuera el responsable de la Sala de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, y cuyo conocimiento y experticia en los temas del sistema general de seguridad social en salud y el derecho a la salud es indiscutible, en torno a la naturaleza o carácter de la norma estatutaria, en la cual señaló:

“La ley estatutaria en salud

(...)

Ha de señalarse que dentro de un sistema jurídico no todas las normas tienen la misma jerarquía. Después de la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos,^[18] se encuentran distintas clases de leyes, presentándose cierto grado de sujeción que atiende a la materia regulada y al procedimiento de aprobación. Así las leyes estatutarias y orgánicas^[19] sirven de parámetro a la ley ordinaria.^[20]

La reserva de ley no es un asunto que obedezca al capricho de la autoridad estatal, sino que su expedición obedece a los asuntos que por su naturaleza debe desarrollar. Tratándose de la regulación de derechos fundamentales, se impone con mayor razón la expedición de otras leyes, como las ordinarias, que respondan a los principios democrático, participativo y pluralista,^[21] es decir, a un proceso de discusión pública al interior del Congreso, en el cual los distintos actores tengan oportunidad de expresarse activa, propositiva y eficazmente. Lo cual no descarta que el Gobierno ejerza la potestad reglamentaria para la cumplida ejecución de la ley.^[22]

Ahora bien, la legislación estatutaria tiene un ámbito específico como es garantizar los contenidos esenciales del derecho. Si bien la ley expedida se ocupa de ello, no se aprecia que haya agotado todos y cada uno de los elementos que comprometen la existencia del derecho. Incluso algunas de sus disposiciones replican la Constitución, otras se encuentran recogidas en la legislación, hacen parte de instrumentos internacionales o fueron prescritas por el Tribunal Constitucional.

También existen otras materias que son reserva de ley orgánica y ordinaria como las que conciernen al modelo de sistema de salud, la buena gobernanza, la erradicación de la intermediación, la sostenibilidad financiera, la proscripción de la corrupción y la superación de la ineficiencia administrativa, asuntos que de una u otra manera campean en el sistema de salud y ameritan su seria atención.



Cuando se está ante la aprobación de una legislación estatutaria que establezca nuevos parámetros normativos, la consecuencia es, en principio, ajustar el resto del ordenamiento, haciendo una relectura legal y reglamentaria, salvo que la normatividad expedida se hubiere limitado a replicar lo ya reconocido en el derecho.

En el caso de la ley en cuestión, la misma reconoce expresamente que ciertas materias deben desarrollarse por ley ordinaria. Así el artículo 9° preceptúa que el legislador creará mecanismos para identificar políticas de otros sectores que tienen impacto en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades participen en la toma de decisiones. El artículo 10 indica que los efectos del incumplimiento de los deberes de las personas solo podrán ser determinados por el legislador.

A su vez, el artículo 15 expresa que los servicios o tecnologías que cumplan con determinados criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud o la autoridad que establezca la ley ordinaria y que para ampliar progresivamente los beneficios el legislador ordinario fijará un mecanismo técnico científico, público, colectivo, participativo y transparente^[23]¹² (subrayado fuera del texto original).

De esta manera, debe indicarse que la reserva de ley estatutaria en la regulación del derecho a la salud, con posterioridad a la declaratoria de fundamentalidad del mismo en el año 2008, y sin que se contara con la norma estatutaria, ha ido objeto de examen por parte de la Corte Constitucional con ocasión del examen efectuado por el cargo del procedimiento legislativo adelantado por la vía ordinaria de la Ley 1438 de 2011, en cuyo pronunciamiento, contenido en la sentencia C-791 de 2011, M.P. Humberto Sierra Porto, se indicó:

“En resumen, la jurisprudencia ha sostenido que los criterios determinantes para identificar si una disposición que regule derechos y deberes fundamentales debió ser tramitada como ley estatutaria son los siguientes: (i) en primer la materia regulada pues ha de tratarse de derechos y deberes de carácter fundamental, (ii) que trate sobre los elementos estructurales y los principios básicos del derecho o deber en cuestión, (iii) que se refiera los contenidos esenciales del derecho, (iv) que regule aspectos inherentes al ejercicio del derecho, (v) que consagre límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial, (v) cuando se trate de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa un derecho fundamental, (vi) que aludan a la estructura

¹² EL PUNTO CIEGO EN EL DERECHO A LA SALUD EFECTIVA, Entre el simbolismo y la evidencia social, Jorge Iván Palacio Palacio.



general y principios reguladores pero no al desarrollo integral y detallado (vii) que la disposición se refiera a situaciones principales e importantes de los derechos.

(...)

6. La salud en el ordenamiento constitucional colombiano

(...)

Ahora bien, a partir de esta reciente perspectiva interpretativa que considera la salud como un derecho fundamental, esta Corporación ha tenido que examinar en dos ocasiones distintas demandas de inconstitucionalidad contra leyes referidas a prestaciones en materia de salud las cuales habían sido acusadas de vulnerar el principio de reserva de ley estatutaria en la regulación de un derecho fundamental. Por tener estrecha relación con el cargo que se examina en la presente decisión se hará una referencia detallada a estos precedentes.

En la sentencia C-662 de 2009 se examinaron las objeciones presidenciales al proyecto de ley n.º 312/08 Senado – 90/07 Cámara, en el cual se preveían acciones para el tratamiento integral del cáncer en Colombia. A juicio del Gobierno, el proyecto de ley era contrario al artículo 152 de la Constitución, pues la jurisprudencia constitucional, especialmente la sentencia T-760 de 2008, reconoció la naturaleza fundamental del derecho a la salud, se concluía entonces que el proyecto por haber sido tramitado como una ley ordinaria vulneraba la reserva de ley estatutaria prevista en la Constitución. Adicionalmente, se sostenía que el legislador había incurrido en un error, cuando indicó en la iniciativa que estaba regulando el derecho a la vida, aunque en realidad versaba sobre el derecho fundamental a la salud.

La Corte Constitucional inicialmente hizo referencia a la reserva de ley estatutaria prevista en el artículo 152 constitucional¹³ y los criterios fijados en la sentencia C-981 de 2005 para determinar cuándo se aplica tal reserva.

(...)

¹³ Al respecto consignó: “El artículo 152 de la Carta Política establece la reserva de ley estatutaria para determinadas materias, relacionadas con (i) los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección; (ii) administración de justicia; (iii) organización y régimen de los partidos y movimientos políticos, estatuto de la oposición y funciones electorales; (iv) instituciones y mecanismos de participación ciudadana; (v) estados de excepción; y (vi) la igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República // Las consecuencias de esta previsión constitucional son de carácter formal y material. En primer término, la reserva de ley estatutaria implica, en los términos del artículo 153 C.P., que el trámite legislativo previo a su aprobación debe cumplir requisitos y controles específicos. Así, deberán votarse favorablemente por la mayoría absoluta de miembros del Congreso y el trámite deberá cumplirse en una sola legislatura. A su vez, el proyecto de ley aprobado está sometido al control automático de constitucionalidad por parte de esta Corporación. Frente a los efectos materiales, la Corte ha reconocido que las normas estatutarias, en razón del estatus que adquieren en el ordenamiento jurídico, hacen parte del parámetro de constitucionalidad para la legislación ordinaria.”



Concluyó que al margen de las distintas posturas jurisprudenciales respecto de la naturaleza del derecho a la salud “para el caso del proyecto de ley objeto de estudio, su carácter parcial y específico en cuanto al ámbito de protección de este derecho, es un elemento de juicio suficiente para inscribirlo dentro del margen de configuración normativa del legislador ordinario”, razón por la cual desestimó la objeción planteada por el Gobierno en relación con la vulneración del artículo 152 de la Carta Política.

Posteriormente, en la sentencia C-398 de 2010 se examinaron las objeciones presidenciales al Proyecto de Ley No. 028/07 Senado, 341/08 Cámara, “Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan principios y lineamientos para su atención integral”, una de los cargos planteados por el Gobierno consistía en que de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, el derecho a la salud es un derecho fundamental y autónomo y por lo tanto el proyecto en cuestión debía haber seguido el trámite previsto para las leyes estatutarias.

La Corte para resolver esta objeción reiteró el precedente fijado en la sentencia C-662 de 2009, con base en las siguientes consideraciones:

(...) Tal como se señaló en la Sentencia C-662 de 2009, en este caso no se reúnen los presupuestos para considerar que el proyecto de ley objeto de censura esté sometido a la reserva de ley estatutaria, puesto que resulta evidente que, al margen de la discusión suscitada en la jurisprudencia constitucional sobre la condición de fundamentalidad del derecho a la salud, para el caso del proyecto de ley objeto de estudio, su carácter parcial y específico en cuanto al ámbito de protección de este derecho, es un elemento de juicio suficiente para inscribirlo dentro del margen de configuración normativa del legislador ordinario.

Adicionalmente, cabe señalar que en su dimensión prestacional, el derecho a la salud requiere de configuración legal, aspecto que se inscribe en la órbita del legislador ordinario, sin que quepa señalar que, en razón de los avances en torno a la fundamentalidad del derecho a la salud, se haya producido un vaciamiento de sus competencias, en beneficio del legislador estatutario, de manera que, hacia el futuro, toda alteración del SGSSS debiese hacerse por esa modalidad legislativa excepcional.

(...) (negritas añadidas).



Con fundamento en las anteriores consideraciones la Corte declaró infundadas las objeciones relativas con la necesidad de que el proyecto hubiese sido tramitado como ley estatutaria.

Cabe destacar que en esta última decisión se hizo especialmente referencia a que la **dimensión prestacional del derecho a la salud** *“requiere de configuración legal, aspecto que se inscribe en la órbita del legislador ordinario, sin que quepa señalar que, en razón de los avances en torno a la fundamentalidad del derecho a la salud, se haya producido un vaciamiento de sus competencias, en beneficio del legislador estatutario, de manera que, hacia el futuro, toda alteración del SGSSS debiese hacerse por esa modalidad legislativa excepcional”*. Tesis que será particularmente relevante para resolver los cargos objeto de examen en la presente providencia.

Por lo tanto, se ratifica la constitucionalidad del Proyecto de Ley N° 410 de 2025 Senado, N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”.

CONFLICTO DE INTERESES

El Artículo 183 de la Constitución Política consagra a los conflictos de interés como causal de pérdida de investidura. Igualmente, el artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 establece el régimen de conflicto de interés de los Congresistas.

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 presentarse las siguientes condiciones o supuestos:

1. Que exista un interés directo, particular y actual: moral o económico.
2. Que el Congresista no manifieste su impedimento a pesar de que exista un interés directo en la decisión que se ha de tomar.
3. Que el Congresista no haya sido separado del asunto mediante recusación.
4. Que el Congresista haya participado en los debates y/o haya votado.
5. Que la participación del Congresista se haya producido en relación con el trámite de leyes o de cualquier otro asunto sometido a su conocimiento.

En cuanto al concepto del interés del Congresista que puede entrar en conflicto con el interés público, la Sala ha explicado que el mismo debe ser entendido como *“una razón subjetiva que torna parcial al funcionario y que lo inhabilita para aproximarse al proceso de toma de decisiones con la ecuanimidad, la ponderación y el desinterés que la norma moral y la norma legal exigen”* y como *“el provecho, conveniencia o utilidad que, atendidas sus*



circunstancias, derivarían el Congresista o los suyos de la decisión que pudiera tomarse en el asunto” (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, sentencia del 30 de junio de 2017).

De acuerdo a la Sentencia SU-379 de 2017, no basta con la acreditación del factor objetivo del conflicto de intereses, esto es, que haya una relación de consanguinidad entre el Congresista y el pariente que pueda percibir un eventual beneficio. Deben ser dotadas de contenido de acuerdo a las circunstancias específicas del caso concreto.

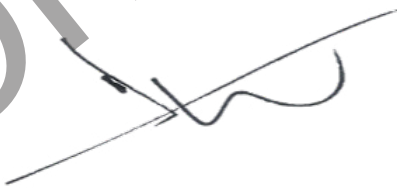
La Sala Plena del Consejo de Estado en sentencia del 17 de octubre de 2000 afirmó lo siguiente frente a la pérdida de investidura de los Congresistas por violar el régimen de conflicto de intereses:

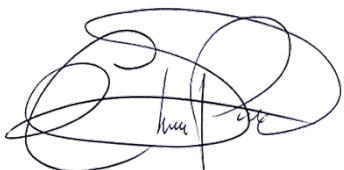
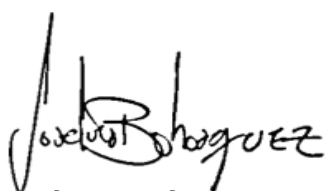
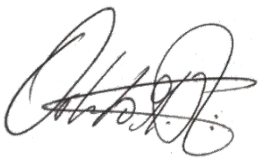
“El interés consiste en el provecho, conveniencia o utilidad que, atendidas sus circunstancias, derivarían el Congresista o los suyos de la decisión que pudiera tomarse en el asunto. Así, no se encuentra en situación de conflicto de intereses el Congresista que apoye o patrocine el proyecto que, de alguna manera, redundaría en su perjuicio o haría más gravosa su situación o la de los suyos, o se oponga al proyecto que de algún modo les fuera provechoso. En ese sentido restringido ha de entenderse el artículo 286 de la Ley 5ª de 1991, pues nadie tendría interés en su propio perjuicio, y de lo que trata es de preservar la rectitud de la conducta de los Congresistas, que deben actuar siempre consultando la justicia y el bien común, como manda el artículo 133 de la Constitución. Por eso, se repite, la situación de conflicto resulta de la conducta del Congresista en cada caso, atendidas la materia de que se trate y las circunstancias del Congresista y los suyos (...).”

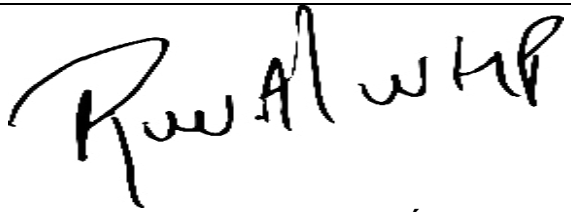
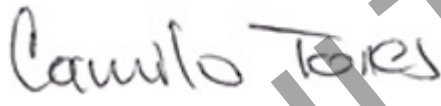
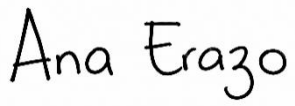
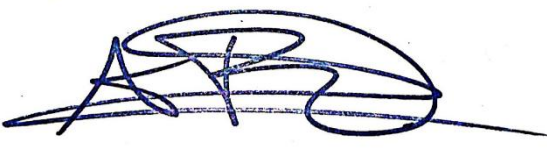
Una vez expuesta la normativa y el apartado jurisprudencial con el cual se ha interpretado la norma constitucional, como también el marco legal que cobija los conflictos de interés y de igual manera, los impedimentos dentro del trámite legislativo.

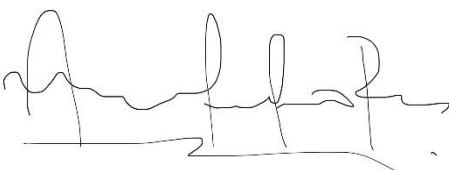
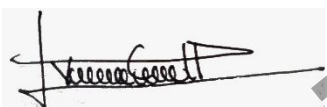
Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por la Ley y la Constitución, nos permitimos radicar el **PROYECTO DE LEY** “*Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*”.

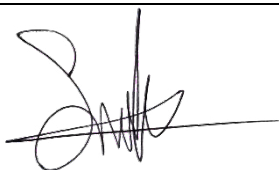
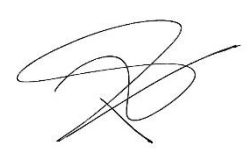
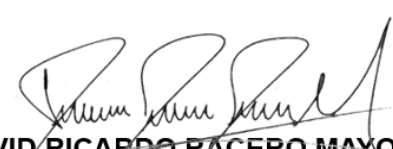
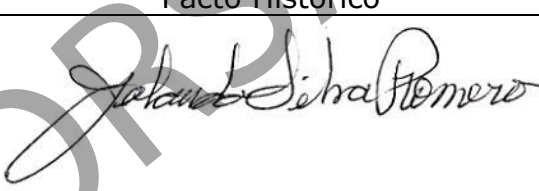
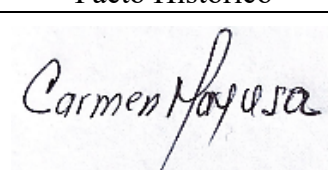
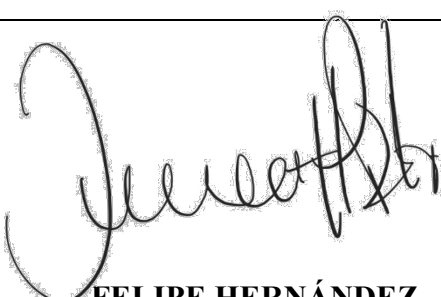
Cordialmente,

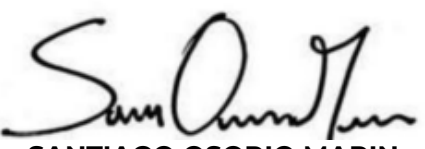
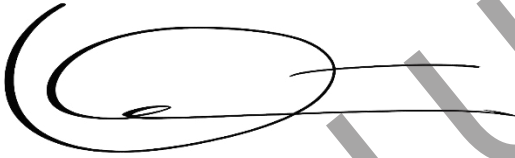
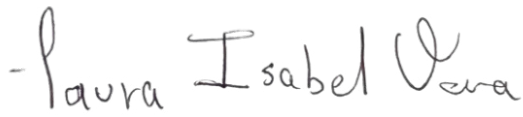
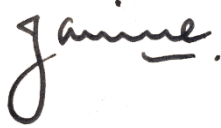
 Iván Cepeda Castro Senador de la República	 Diana Carolina Corcho Mejía Senadora de la República Pacto Histórico
 Alfredo Mondragón Garzón Representante a la Cámara Pacto Histórico	 María Fernanda Carrascal Rojas Representante a la Cámara
 Wilson Néber Arias Castillo Senador de la República	 Jairo León Vargas Representante a la Cámara
 ERICK ADRIÁN VELASCO BURBANO Representante a la Cámara - Nariño Pacto Histórico	 FERNEY SILVA IDROBO Senador de la República

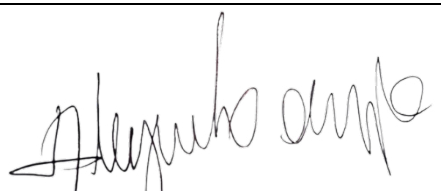
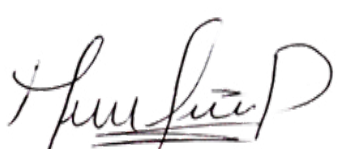
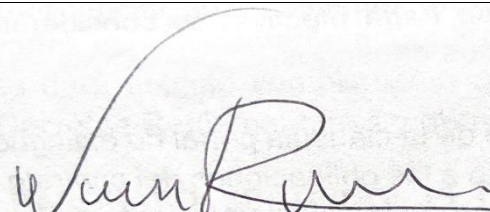
 Yeisson Sua Cajamarca Zapata Representante a la Cámara	 Christian Hosep Palacios Ledezma Representante a la Cámara por Nariño Pacto Histórico
 DAVID ALEJANDRO TORO RAMÍREZ Representante a la Cámara por Antioquia Pacto Histórico	 GABRIEL BECERRA YAÑEZ Representante a la Cámara Pacto Histórico
 JOSÉ LUÍS BOHÓRQUEZ LÓPEZ Representante Cámara - Boyacá Pacto Histórico	 MIGUEL ANGEL RUBIO BRAVO Representante a la Cámara por el Putumayo Pacto Histórico
 ALEX FLÓREZ HERNÁNDEZ Senador Pacto Histórico	 FRANCY NATALIA MORENO PUIN Representante a la Cámara por Cundinamarca - Pacto Histórico
 Paola Andrea Quiñones D'haro Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico	 ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCÍA Senador de la República Pacto Histórico

 LAURA CRISTINA AHUMADA GARCÍA Senadora de la República Pacto Histórico	 RENZO ALEXANDER GARCÍA PARRA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR TOLIMA PACTO HISTÓRICO
 JOHANA OSORIO MÁRQUEZ Senadora de la República Pacto Histórico	 DANIEL MAURICIO MONROY HERNÁNDEZ Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico
 CAMILO ALFONSO TORRES PRADA Representante a la Cámara por Santander Pacto Histórico	 ANA LEIDY ERAZO RUIZ. Representante a la Cámara por el Valle del Cauca. Pacto Histórico.
 AGMETH JOSÉ ESCAF TIJERINO Senador de la República Pacto Histórico	 Alexandra Pineda Ortiz Representante a la Cámara Cesar Pacto Histórico

 Fernando Arias Cardona Representante a la Cámara Del Pacto por Risaralda	 MARCO EMILIO HINCAPIÉ RAMÍREZ Representante a la Cámara por el Tolima Pacto Histórico
 AMAURY JULIO PÉREZ Representante a la cámara por Bolívar Pacto histórico	 LOURDES PAOLA MATEUS SERRANO Representante a la cámara por el Huila Pacto histórico
 LUZ VERONICA ESTRADA HOLGUÍN Representante a la cámara por Antioquia Pacto histórico	 HERNÁNDEZ SILVA Senadora de la República Pacto Histórico
 HERNÁN MURIEL PÉREZ Representante a la cámara por Antioquia Pacto histórico	 MARÍA DEL MAR PIZARRO GARCÍA Representante Cámara Bogotá Pacto Histórico
 HEINER DE JESÚS GAITÁN PARRA Representante a la cámara por Cundinamarca Pacto histórico	 Miguel Ángel Grisales Suárez Representante a la Cámara Departamento del Quindío MOVIMIENTO POLITICO PACTO HISTORICO

 LAURA DANIELA BELTRÁN PALOMARES Representante a la cámara por Bogotá Pacto histórico	 JORGE AUGUSTO PALACIO GARZÓN Representante a la cámara del Valle del Cauca Pacto Histórico
 DAVID RICARDO RACERO MAYORCA Senador de la República de Colombia Pacto Histórico	 AIDA MARINA QUILCUE VIVAS Representante a la Cámara Pacto Histórico
 JORGE HERNAN BASTIDAS ROSERO Representante a la Cámara por el Cauca Pacto Histórico	 Yolanda Silva Romero Representante a la Cámara Departamento de Santander Pacto Histórico
 LUIS FERNANDO BALLESTEROS MEZA Representante a la Cámara de Córdoba Pacto Histórico	 MARÍA DEL CARMEN MAYUSA DE CRUZ Representante a la cámara Meta Pacto Histórico
 CRISTIAN KEVIN GÓMEZ PAZ Senador de la República Pacto Histórico	 FELIPE HERNÁNDEZ Representante a la Cámara del Magdalena Pacto Histórico

 ROSITA GUEVARA ROSERO Representante a la cámara por Nariño Pacto Histórico	 MARÍA EUGENIA LONDOÑO OCAMPO Senadora de la República Pacto Histórico
 SANTIAGO OSORIO MARIN Representante a la Cámara por Caldas Partido Alianza Verde	 ALEJANDRA OMAÑA ORTIZ Senadora de la República Pacto Histórico
 Laura Isabel Vera Zapata Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico	 Isabel Cristina Zuleta López Senadora de la República Pacto Histórico
 Carlos Alberto Benavides Mora Senador de la República Pacto Histórico	 JAIME ARTURO SANTAMARIA ACOSTA Representante a la Cámara por Atlántico Pacto Histórico
 Óscar David Benavides Angulo Representante a la Cámara Curul Especial Afro	 CLAUDIA TERESA ROMERO NADER Representante a la cámara por Bogotá Pacto Histórico

 ALEJANDRO OCAMPO GIRALDO Senador de la República Pacto Histórico	 CARMEN PATRICIA CAICEDO OMAR Senadora de la República de Colombia Pacto Histórico
 KAMELIA ZULUAGA NAVARRO Senadora de la República - Pacto Histórico	 MARTÍN ALONSO CAICEDO CARABALÍ Senador de la República Pacto Histórico
 MARTHA ISABEL PERALTA EPIYÚ Senadora de la República MAIS	 CARLOS EDUARDO ARIZABALETA CORRAL Representante a la Cámara Valle del Cauca Pacto Histórico
 AIDA AVELLA ESQUIVEL Senadora de La República Pacto Histórico	 WALTER ALFONSO RODRIGUEZ Senador de la República PACTO HISTÓRICO



BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Protección Social. Cifras de afiliación en salud [Internet]. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. OCDE.Stat [Internet]. [citado el 5 de mayo de 2024]. Health expenditure and financing. Disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
3. Observatorio Nacional de Salud. Cuando la muerte es evitable. Bogotá; 2023. doi:ISSN: 2346-3325
4. García- Subirats I, Vargas-Lorenzo I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, Ferrera Da Silva J, Unjer J. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gac Sanit.* 2015;28:480–8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.010>
5. Peña-Montoya M, Garzón-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia - Colombia. *Univ Salud.* 2016;18:219–31.
6. Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *Biomedica.* 2019;39(4):737–47. doi:10.7705/biomedica.4453 PubMed PMID: 31860184.
7. Mora-Moreo L, Estrada-Orozco K, Espinosa O, Mesa Melgarejo L. Characterization of the population affiliated to the subsidized health insurance scheme in Colombia: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Review. Int J Equity Health.* 2023;22(28). doi:<https://doi.org/10.1186/s12939-022-01818-x>
8. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. 2023.
9. Guerrero R, C M, Gallego AI, Becerril-montekio V, Ec L, Soc M, et al. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011;53(122).
10. Hernández M. 25 años de la Ley 100 ¿Crisis perpetua? Periódico UNAL. el 12 de febrero de 2019.
11. Echeverry-López E. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Health Reform and Reconfiguration of the Trajectory of Access to Health Services from the Experience of Users in Medellín, C. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2011;10(20):97–109.
12. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias Access to health services in six Colombian cities : limitations. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2009;27(2):120–30.
13. Banco Interamericano de Desarrollo. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo; 2023. 46 p. doi:<http://dx.doi.org/10.18235/0005157>



14. Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud. Informe Nacional Técnico. Bogotá, Colombia; 2015.
15. Defensoría del Pueblo. Resumen Ejecutivo. Informe de Tutelas en Salud . Bogotá; abril de 2026.
16. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2022. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo - Defensoría Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social; 2023. 1–243 p.
17. Pinzón C. Suficiencia y siniestralidad en el sistema de salud colombiano: ¿Problema de prima, de gestión o de estructura del aseguramiento? Cuestión Salud [Internet]. junio de 2026 [citado el 16 de julio de 2026];(42):5. Disponible en: <http://www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/cuestion-salud>
18. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 - 2023. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. [Internet]. Washington, D.C.: OPS(OMS; 2017. 63 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34460>
19. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. 118 p. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y doi:10.37774/9789275322642
20. Asociación Colombiana de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. La capacidad del gobierno cerca de la salud de las personas, familias y comunidades. Colombia 2023. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2023. 283 p.
21. Izquierdo A, Pessino C. Un gasto eficiente para vidas más sanas. En: Mejor gasto para mejores vidas. Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos. Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. p. 263–300.
22. Banco Interamericano de Desarrollo. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2023. 46 p. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/en-que-gastan-los-paises-sus-recursos-en-salud-el-caso-de-colombia#:~:text=caso de Colombia-,¿En que gastan los países sus recursos en,%3F%3A el caso de Colombia&text=El gasto en salud está,un envejecimiento de la població> doi:<http://dx.doi.org/10.18235/0005157>
23. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE. Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> doi:<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
24. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. Lancet Glob Health. 2022;10(5):e715–72. doi:10.1016/S2214-109X(22)00005-5 PubMed PMID: 35390342.



25. Vega Vargas M, Ávila B. La corrupción en el sector salud en Colombia: un asunto de fondo. En: Henao JC, Ortiz Escobar D, editores. Corrupción en Colombia. Enfoques sectoriales sobre la corrupción. Tomo 2. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2018. p. 191–257.
26. Zarate AR, Perdomo Villamil C. Relaciones peligrosas corrupción y captura del regulador por grupos de intereses. En: Henao JC, Zárate H, editores. Corrupción en Colombia. Tomo IV: corrupción, Estado e instrumentos jurídicos. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2018. p. 156–224.
27. Magistada Ponente: Claudia Elizabeth Lozzi Moreno. Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Sub - Sección “A”. Fallo en primera instancia.
28. Pérez Herrán AM, Herrera Saavedra JP. Reflexiones sobre la cartelización empresarial a propósito de su definición jurídica y económica. En: García Pabón AM, Pérez Herrán AM, Beltrán Prado I, editores. Competencia económica: reflexiones sobre los diez años de la Ley 1340 de 2009. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2019. p. 115–39.
29. Superintendencia de Industria y Comercio. Resolución 46111 de 2011. https://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/normatividad/Publicaciones_Despacho_3/sicdecisiones2/RESOLUCIONES_COMPETENCIA_ANOS/2011/RESOLUCION_46111_DE_30_DE_AGOSTO_DE_2011_SANCION_ACEMI.pdf; el 30 de agosto de 2011.
30. Contraloría General de la República. Informe de la Contraloría General de la República sobre la situación de cartera de 26 EPS con las IPS y proveedores de la red de prestadores de servicios de salud, con corte a octubre de 2023. 2024.
31. Corte Constitucional. Mesa Técnica de Unidad de Pago de Capitación. Seguimiento órdenes 21 y 22. el 13 de abril de 2026.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Empalme ante el pueblo: sector salud. Colombia; 2026.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de Siniestralidad Médica Incurrida. Bogotá; 2025.