REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - Nº 1001 | Bogotá, D. C., lunes, 16 de junio de 2025 | EDICIÓN DE 110 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, SECRETARIO GENERAL DEL SENADO, www.secretariasenado.gov.co — JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA, SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA, www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 410 DE 2025 SENADO, 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2024 CÁMARA

por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá, 11 de junio de 2025

Honorable Senadora
NADIA GEORGETTE BLEL SCAF
Presidenta de Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República
Congreso de la República

Asunto: Informe de ponencia para tercer debate al 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"*.

Estimada presidente,

En cumplimiento de la honrosa designación realizada por la mesa directiva de esta célula legislativa mediante Resolución No. 003 del 2 de abril del 2025, de la manera más atenta por medio del presente escrito y dentro del término establecido para el efecto, procedemos a rendir informe de ponencia para tercer debate al 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*"

De los Honorables Senadores,

MARTHA PERALTA EPIAYU
Senadora de la República
Pacto Histórico – MAIS

FERNEY SILVA IDROBO
Senador de la República
Pacto Histórico - Colombia Humana

FABIAN DIAZ PLATA
Senador de la República
Partido Alianza Verde

WILSON NEBER ARIAS CASTILLO
Senador de la República
Pacto Histórico

OMAR DE JESÚS RESTREPO CORREA
Senador de la República
Partido Comunes

INFORME DE PONENCIA PARA TERCER DEBATE

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".

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los Honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado de la República y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, procedemos a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

1. OBJETO DELPROYECTO
2. CONTENIDO DEL PROYECTO
3. ANTECENDENTES DE LA INICIATIVA
4. TRÁMITE LEGISLATIVO EN CAMARA DE REPRESENTANTES
5. TRÁMITE LEGISLATIVO EN COMISIÓN SÉPTIMA DE SENADO
6. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY
7. JUSTIFICACION Y CONTEXTO GENERAL
8. MITOS Y REALIDADES SOBRE LA PROPUESTA DE REFORMA
9. IMPACTO FISCAL
10. PLIEGO DE MODIFICACIONES
11. CONFLICTOS DE INTERÉS
12. PROPOSICIÓN
13. TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE
14. BIBLIOGRAFIA
15. ANEXOS

1. 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.

2. **CONTENIDO DEL PROYECTO**

TITULO I **OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**	
Este título define la transformación del Sistema hacia el sistema basado en aseguramiento social, enuncia las áreas que aborda la transformación estructura propuesta y establece tanto a la Atención Primaria en Salud como al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo como los pilares del nuevo sistema	
Artículo 1°. Objeto.	Hace explicita la transformación del Sistema General de Seguridad Social en el Sistema de Salud basado en el aseguramiento social.
Artículo 2°. Aseguramiento social en salud.	Define el aseguramiento social en salud, como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud
Artículo 3°. Atención Primaria en Salud (APS).	Redefine los elementos estructurales de la APS: Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social.
Artículo 4°. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS).	Establecimiento del Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política de salud del Estado colombiano.
TITULO II **GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA**	
En este título se define la gobernanza y rectoría del sistema en cabeza del Estado nacional y territorial, fortalece las instancias de autoridad sanitaria, amplia los espacios de participación ciudadana y define estrategias y mecanismos para la toma de decisiones	
Artículo 5°. Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud.	En seguimiento de la Constitución Política y de la Ley Estatutaria ratifica que la gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud se encuentra bajo el gobierno nacional y territorial.
Artículo 6°. Consejo Nacional de Salud.	Establece el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud como instancias de participación y toma de decisiones en salud.
Artículo 7° Defensor del usuario en salud.	Establece la figura del defensor del usuario como una instancia de participación ciudadana y defensa del derecho a la salud
Artículo 8°. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).	Define los aspectos generales que debe contener el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, así como la responsabilidad de los actores del sistema de disponer la información.
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.	Establece controles por parte de la Contraloría General de la República con base en la información del SPUIIS
Artículo 10°. Promoción de Investigación y producción Vacunas.	Estima la elaboración o semi elaboración de medicamentos e insumos médicos en el país
Artículo 11°. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).	Establece las áreas que el Invima deberá fortalecer para dar responder de manera oportuna a las necesidades de licencias y demás requisitos.
Artículo 12° Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).	Establece un tiempo para la respuesta de las solicitudes ante el Invima
Artículo 13°. Silencio administrativo positivo.	Determina que ante la no repuesta del Invima, el trámite se entiende aceptado. Salvo excepciones de medicamentos.
Artículo 14°. Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud.	Determina la obligatoriedad de estimular la investigación en salud pública por parte del Instituto Nacional de Salud.
TÍTULO III **FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD**	
En este título se aborda el financiamiento del sistema de salud, las estrategias de mancomunación de recursos, se definen los usos de los recursos y se desarrollan algunas estrategias para otorgar liquidez en el sistema	
Artículo 15°. Obligatoriedad de las cotizaciones.	Enumera las personas naturales y jurídicas con responsabilidad de aportar al sistema, y el carácter obligatorio de los aportes y las cotizaciones.
Artículo 16°. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).	Otorga facultades a la ADRES como pagador único del sistema
Artículo 17°. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).	Determina los recursos del sistema de salud que administra la ADRES.
Artículo 18°. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud.	Enuncia los nuevos recursos para el sistema de salud
Artículo 19°. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).	Determina los usos de los recursos administrados por la ADRES.
Artículo 20° Fondo Único Público de Salud.	Crea el Fondo como la estrategia de mancomunación de los recursos del sistema de salud. Determina las tres subcuentas que constituyen el Fondo
Artículo 21°. Traslado presupuestal entre las cuentas del Fondo Único Público de Salud.	Determina las condiciones para realizar traslado entre las cuentas del Fondo
Artículo 22°. Cuenta de Atención Primaria en Salud.	Enumera los recursos del sistema de salud que se integran a la cuenta y los usos de los mismos.
Artículo 23°. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.	Enumera los recursos del sistema de salud que integran a la cuenta y los usos de los mismos
Artículo 24°. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.	Enumera los recursos del sistema de salud que integran a la cuenta y los usos de los mismos
Artículo 25°. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación.	Define la Unidad de Pago por Capitación, determina los criterios que deben ser considerados para su cálculo y la consideración de existir una fracción para la atención primaria en salud y otra para la mediana y alta complejidad.
Artículo 26°. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud.	Describe el trámite que cada Institución Prestadora de Servicios de Salud debe realizar ante la ADRES para poder recibir el pago por sus servicios.
Artículo 27°. Autorización de pago de servicios.	Describe detalladamente el proceso de cobro, auditoria y pago por los servicios de salud de mediana y alta complejidad
Artículo 28°. Servicios Sociales Complementarios en Salud.	Define los servicios complementarios, su relación con la garantía del derecho, y la obligatoriedad del pago de los mismos. Para lo cual insta a definir una nueva.
Artículo 29°. Prestaciones económicas.	Introduce el pago de prestación económica por maternidad a personas y mujeres gestantes no cotizantes en condición de pobreza o vulnerabilidad.
Artículo 30°. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	Determina una línea de crédito blando con tasas compensadas como una estrategia de liquidez financiera para los prestadores de servicios de salud.
Artículo 31°. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC).	Habilita el uso de saldos del FOSFEC para pago de deudas los prestadores.
Artículo 32°. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así:	Habilita el uso de saldos de los recursos de cuentas maestras del régimen subsidiado para el pago de deudas a los prestadores.
Artículo 33°. Modifíquese el artículo 3° de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:	Habilita el uso de excedentes patronales del situado fiscal para el pago de deudas de los prestadores de servicios de salud
Artículo 34°. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así:	Habilita el uso de excedentes del sector salud para pago de deudas a los prestadores de servicios de salud
TÍTULO IV **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**	
Este Título se aborda la prestación de los servicios de salud, divido en tres capítulos.	
CAPÍTULO I **GESTORAS DE SALUD Y VIDA**	Gestoras de Salud y Vida
Artículo 35°. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.	Se determinan que las Gestoras de Salud y Vida son el resultado de la transformación de las EPS, y que tienen un total de 25 funciones orientadas a la gobernanza de la Red, operación de la Red y labores administrativas.
Artículo 36°. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud.	Especifica las condiciones, requisitos y proceso para que una EPS decida, o no, transformarse en Gestora.
Artículo 37°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).	Describe las responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud durante el proceso de transición a Gestoras.
Artículo 38°. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.	Determina la remuneración que recibirán las Gestoras por sus labores, así como las consecuencias en caso de incumplimiento
CAPÍTULO II **REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS**	Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
Artículo 39°. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).	Define qué es una RIITS, quienes la componen, como se estructura y quien establece los convenios de desempeño para la operación y seguimiento de los integrantes.
Artículo 40°. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).	Define a los responsables de la Organización y Conformación de las RIITS, asi como el elemento técnico usado para su definición.
Artículo 41°. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).	Describe los criterios determinantes para la conformación de las RIITS
Artículo 42°. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS).	Describe qué es un Centro de Atención Primaria y su rol dentro del sistema de salud
Artículo 43°. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).	Describe la estructura y funciones de todos los Centros de Atención Primaria
Artículo 44°. Sistema de referencia y contrarreferencia.	Define el sistema de referencia y contrarreferencia, así como las condiciones para su funcionamiento

Artículo 45°. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas.	Determina la obligatoriedad de contar con centros especializados para la atención de personas con enfermedades de alto costo
Artículo 46°. Modelo comunitario de salud mental.	Determina la obligatoriedad de los actores de sistema en desarrollar programas de prevención y atención integral de salud mental
Artículo 47°. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.	Crea las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación como dependencias técnicas de las Secretarías departamentales de salud, orientadas a acompañar a los municipios en la planeación, definición y cumplimiento de metas en salud.
Artículo 48°. Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud.	Determina la obligatoriedad de la actualización de las guías de práctica clínica, los lineamientos y protocolos de atención usados en el país, para que se encuentren en armonía con el nuevo modelo.
CAPÍTULO III INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO	Instituciones de Salud del Estado
Artículo 49°. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).	Transformación de Empresas Sociales del Estado en Instituciones de Salud del Estado
Artículo 50°. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).	Describe el proceso de elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado
Artículo 51°. Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado.	Determina los integrantes del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado
Artículo 52°. Instituciones de Salud del Estado Itinerantes.	Habilita de posibilidad de la operación de Institución de Salud del Estado de forma itinerante, donde las condiciones del territorio así lo exigan
Artículo 53°. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH).	Crea el Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria para asesorar y acompañar en la creación, remodelación y dotación de las Intituciones de Salud del Estado
TÍTULO V PERSONAL DE SALUD	
En este Título se abordan cuestiones laborales y formativos de los trabajadores de la salud	
Artículo 54°. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud.	Describe cuatro líneas de trabajo orientadas en la mejora de la disponibilidad de talento humano en salud en el país

Artículo 55°. Modifíquese el parágrafo 1 del artículo 6 de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así:	Introduce la posibilidad de que las personas que se encuentren estudiando alguna especialización médico quirúrgica en el exterior puedan ser beneficiarios del Sistema Nacional de Residencias Médicas
Artículo 56°. Trámite expedito para convalidación de títulos en salud obtenidos en el extranjero.	Se ajusta las condiciones y el tiempo en el que se debe resolver una solicitud de convalidación de estudios en el exterior en el campo de la salud
Artículo 57°. Identificación Única del Talento Humano en Salud.	Determina el costo del proceso de inscripción en el Registro de Talento Humano
Artículo 58°. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).	Determina el régimen laboral de los trabajadores de las Instituciones de Salud del Estado
Artículo 59°. Laboralización y formalización de las ISE.	Describe el proceso de laboralización de las Instituciones de Salud del Estado una vez inicie su transformación.
Artículo 60°. Régimen especial para trabajadores del Sector Salud.	Habilita al presidente de la República, para que expida un régimen laboral especial para todos los trabajadores de la salud.
Artículo 61°. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.	Determina que todos los trabajadores de la salud de las instituciones privadas deben estar contratados por contrato laboral
Artículo 62°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud Especialistas.	Habilita para que en algunos casos se permita la contratación diferente a la laboral formal a algunos especialistas médico quirúrgicos.
Artículo 63°. Estímulos especiales para los investigadores.	Crea un sistema especial de estímulos para los investigadores del Instituto Nacional de Salud.
TÍTULO VI INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	
Describe las transformaciones en Inspección, Vigilancia y Control del nuevo sistema	
Artículo 64°. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007:	Introduce las condiciones laborales como condiciones necesarias para la garantía del derecho, y objeto de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud
Artículo 65°. 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:	Introduce la disponibilidad del talento humano en salud como condiciones necesarias para la garantía del derecho, y objeto de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud
Artículo 66°. 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:	Ajusta los montos de las sanciones administrativas interpuestas por la Superintendencia Nacional de Salud
Artículo 67°. Modifíquese el parágrafo 6 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por	Ajusta el proceso de imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:	
Artículo 68°. De las facultades regulatorias residuales de la Superintendencia Nacional de Salud.	Otorga a la Superintendencia Nacional de Salud facultades residuales regulatorias.
Artículo 69°. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.	Define las circunstancias en las que se puede realizar la desestimación de la personalidad jurídica de vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud
Artículo 70°. Sanciones.	Habilita a la Superintendencia Nacional de Salud la definición de las sanciones derivadas de los ajustes normativos, operativos y legales del nuevo sistema de salud.
TÍTULO VII DISPOSICIONES GENERALES	
En este título de abordan las disposiciones generales de la transformación del sistema	
Artículo 71°. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.	Procedimiento para reglamentar los resultados de la consulta previa a pueblos indígenas.
Artículo 72°. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.	Procedimiento para reglamentar los resultados de la consulta previa a pueblos indígenas.
Artículo 73°. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).	Obligatoriedad de implementación del Plan Nacional de Salud Rural
Artículo 74°. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física.	Estrategia de articulación para la promoción del deporte.
Artículo 75°. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades	Estrategia de articulación para la promoción del deporte.
Artículo 76°. Política de Autocuidado	Obligatoriedad de definición de política de autocuidado
Artículo 77°. Caracterización de las personas en condición de discapacidad.	Destinación de recursos para la realización de la caracterización de la población en Condición de discapacidad y la emisión del certificado correspondiente.
Artículo 78°. Observatorio nacional territorial de salud mental.	Creación del observatorio nacional y territorial de salud mental, como un insumo para la toma de decisiones en política pública.
Artículo 79°. Regímenes Exceptuados y Especiales.	No cambio en la operación de los regímenes exceptuados y especiales

Artículo 80°. De las entidades adaptadas al sistema.	Se habilita la posibilidad de continuar operando como entidades adaptadas.
TÍTULO VIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS	
Se describe las acciones realizadas por los actores durante el proceso de transformación del sistema y la vigencia	
Artículo 81°. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.	Se describen las acciones, tareas y obligaciones a realizar por los actores durante el proceso de transición del sistema.
Artículo 82°. Vigencia.	Se define la vigencia del proyecto de Ley.

3. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa, fue radicada por primera vez en la Secretaría de la Cámara de Representantes el 13 de febrero de 2023 por el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, con la ministra Dra. Carolina Corcho Mejía, los Honorables Senadores Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epieyu, Aida Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury, y los Honorables Representantes Alfredo Mondragón Garzón, Juan Carlos Vargas Soler, David Ricardo Racero Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracutao García Ospina, Marta Alfonso Jurado y Juan Pablo Salazar Rivera.

El 21 de marzo del 2023 mediante Resolución No. 006 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se acumuló el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", con el Proyecto de Ley No. 340 de 2023 Cámara "*Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, de los autores: H.S. Honorio Miguel Henríquez Pinedo, H.S. José Vicente Carreño Castro, H.S. María Fernanda Cabal Molina, H.S. Andrés Felipe Guerra Hoyos, H.S. Josué Alirio Barrera Rodríguez, H.S. Miguel Uribe Turbay, H.S. Carlos Meissel Vergara, H.S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés, H.S. Yenny Esperanza Rozo Zambrano, H.S. Paloma Susana Valencia Laserna, H.R. Andrés Eduardo Forero Molina, H.R. Juan Fernando Espinal Ramírez, H.R. Cristián Munír Garcés Aljure, H.R. Yulieth Andrea Sánchez Carreño, H.R. Carlos Edward Ososio Aguilar, H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, H.R. Eduard Alexis Triana Rincón, H.R. Jaime Uscátegui Pastrana, H.R. Yenica Sugein Acosta Infante, H.R. Juan Felipe Corzo Álvarez, H.R. Hernán Darío Cadavid Márquez; con el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*", de los autores: H.S. Carlos Abraham Jiménez López y H.R. Andrés Eduardo Forero Molina; y con el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de*

Seguridad Social en Salud", de los autores: H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, Mauricio Parodi Díaz y el H. S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés.

El 31 de marzo de 2023 fue radicado el Informe de ponencia aprobado en primer debate a los Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" y sus acumulados Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 – Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 – Cámara, por los ponentes H.R. Alfredo Mondragón, Martha Alfonso Jurado, Germán José Gómez, Juan Carlos Vargas, Gerardo Yepes Caro, Camilo Esteban Ávila, y publicado en la Gaceta 283 del 11 de abril de 2023. Esta ponencia fue enmendada parcialmente, cuya publicación consta en la Gaceta 338 del 2023.

En el marco de la discusión para presentar el Informe de ponencia aprobado en la Comisión Séptima, los ponentes concluyeron sobre diferencias estructurales entre las iniciativas legislativas acumuladas dado que, de acuerdo con la ponencia para primer debate, los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 – Cámara y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 – Cámara, "*no concuerdan con la necesidad y el interés de implementar cambios estructurales en el Sistema de Salud, principalmente con el establecimiento de regulaciones más precisas frente al manejo y usos de los recursos del sistema que favorezca la transparencia en la aplicación de recursos, por medio de la recuperación de la rectoría en cabeza del Estado"*, a pesar de presentar algunas coincidencias, tales como la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud, los hospitales públicos, la dignificación de las y los trabajadores del sector de la salud y el mejoramiento del flujo de recursos a través del uso del mecanismo del giro directo desde la ADRES hacia la totalidad de entidades.

Durante el trámite surtido por el Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" y sus proyectos acumulados, se adelantó un ejercicio ampliamente participativo que incluyó, entre los meses de septiembre y diciembre de 2022 y enero y abril de 2023, la realización de 38 audiencias públicas en 21 ciudades y municipios: Bogotá, Cali, Fonseca, Caucasia, Aracataca, Inírida, Fómeque, Caldas, Pasto, Villavicencio, Quibdó, Medellín, Barranquilla, Yopal, Ibagué, Palmira, Cúcuta, San Andrés, San José del Guaviare, Arauca, Bucaramanga, que recogieron necesidades, solicitudes y propuestas de la comunidad en cuanto a la atención integral en salud e inquietudes de los trabajadores del sector sanitario, del gremio médico e industrial, incluidas en el informe de ponencia para primer debate, así como en el desarrollo de las discusiones de la Comisión Séptima de Cámara, la cual aprobó la proposición con la que termina el informe de la ponencia positiva mayoritaria junto con su enmienda (Gacetas 283 y 338 de 2023) el 25 de abril de 2023.

El día martes 30 de mayo de 2023 fue publicada en la Gaceta 565 el Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley No. 339 de 2023 cámara y sus proyectos acumulados, y en el marco de este debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes se conformó una Comisión Accidental creada mediante Resolución 0741 del 19 de septiembre de 2023, conformada por 23 Honorables Representantes a la Cámara del Partido Liberal, Partido Conservador, Cambio Radical, Partido Verde, Partido Mira, Partido de la U, Coalición Pacto Histórico, Centro Democrático, Partido Comunes, Partido Dignidad y Compromiso, Partido Nuevo Liberalismo, Liga de Gobernantes Anticorrupción, Partido Demócrata Colombiano, Gente en Movimiento, de la bancada CITREP.

Durante el desarrollo de la Comisión Accidental se realizaron cinco mesas de diálogo temáticas (25 al 27 de septiembre de 2023) que contaron con la participación de la ciudadanía, los gremios, la academia, y demás actores: 1) Gestoras y ADRES, 2: Disposiciones generales y transitorias, 3) Políticas y régimen laboral, 4) Sistema de información, participación social e inspección, vigilancia y control, y 5) Modelo de salud, organización del sistema e Instituciones de Salud del Estado. Asimismo, las y los H.H. R.R de la Comisión Accidental deliberaron durante siete sesiones (27 de septiembre al 3 de octubre del 2023) en las que concertaron la inclusión de buena parte de las propuestas planteadas en el marco de las mesas de diálogo temáticas entre actores, así como sobre numerosas proposiciones radicadas por las y los Honorables Representantes de la Cámara de Representantes, para finalmente presentar un informe de acuerdos sugeridos de modificación a la Plenaria de la Cámara de Representantes el 3 de octubre de 2023.

El Proyecto de Ley No. 339 de 2023 cámara y sus proyectos acumulados, culmina su aprobación en diciembre de 2023, terminando el trámite en la Cámara de Representantes. Durante el segundo debate en Plenaria de Cámara se acogieron 219 proposiciones radicadas por las y los H.H.R.R. El texto definitivo aprobado en plenaria de la Cámara de Representantes fue publicado en la Gaceta 1785 del 14 de diciembre de 2023.

En el trámite en Comisión Séptima de Senado de la República, mediante la Resolución 001 del 19 de enero de 2024 y Resolución 002 del 21 de febrero de 2024, se designaron como ponentes y coordinadores ponentes a las y los Honorables Senadores Wilson Arias Castillo coordinador ponente, Berenice Bedoya Pérez coordinadora ponente, Fabián Díaz Plata coordinador ponente, Nadia Blel Scaf ponente, Martha Peralta Epieyu ponente, Omar de Jesús Restrepo Correa ponente, Alirio Barrera Rodríguez ponente, Norma Hurtado Sánchez ponente, Miguel Ángel Pinto Hernández ponente, Ana Paola Agudelo García ponente, Lorena Ríos Cuéllar ponente, Ferney Silva Idrobo ponente (en reemplazo de la Honorable Senadora Piedad Córdoba, fallecida el 20 de enero de 2024).

Entre el 22 de enero y el 1 de marzo de 2024, se adelantaron 11 Audiencias Públicas, en el marco de la Proposición N° 21 aprobada en esa Comisión, en las ciudades de Bucaramanga, Santa Marta, Riohacha, Villavicencio, San Andrés, Pasto, Cali, Cartagena, Barranquilla, Medellín, y Cali, en las que se contó con la participación gremios, prestadores de servicios de salud, profesionales, academia, pacientes, autoridades territoriales y ciudadanía en general; se recogieron inquietudes y sugerencias frente a la carga administrativa que impone el sistema al ciudadano especialmente a quien padece alguna condición crónica o discapacitante, a la precariedad laboral del talento humano en salud y la urgencia de ofrecer condiciones dignas y justas a los trabajadores del sector, sobre las funciones asignadas a las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud, sobre la realización de auditorías y sostenibilidad financiera del nuevo sistema; a partir de las cuales se realizaron revisiones y ajustes en el articulado.

Igualmente, durante su paso por la Comisión Séptima de Senado se realizaron otras siete (7) mesas técnicas temáticas acordadas entre las y los Honorables Senadores de la comisión: 1) Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos, 2) Condiciones laborales del talento humano en salud, 3) Experiencias de los pacientes en el sistema de salud, 4) Fortalecimiento de la gobernanza del sistema y uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud, 5) Experiencias y perspectivas: atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud, 6) Aspectos financieros del sistema de salud –flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud-, 7) Aspectos financieros del sistema de salud - endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema.

Las mesas contaron con la participación de entidades del Gobierno Nacional, Senadores ponentes con sus respectivos equipos, entidades territoriales, organizaciones de talento humano y profesionales de la salud, academia y centros de pensamiento, agremiaciones, instituciones prestadoras de servicios de salud, asociaciones de pacientes y usuarios y expertos independientes, y se recogieron inquietudes frente a la continuidad en la prestación de servicios y ruta de entrega de medicamentos, específicamente para pacientes con condiciones crónicas o discapacitantes, fortalecimiento de la capacidad técnica de la ADRES para la administración del riesgo financiero, dignificación de las y los trabajadores de la salud, fuentes de financiación e incentivos educativos para reducir el déficit de profesionales de la salud, fortalecimiento de los entes territoriales para cumplir con los roles correspondientes en el sistema de salud, garantía del derecho a la libre escogencia e integración, funcionamiento y financiación del sistema público unificado e interoperable de información.

La ponencia positiva mayoritaria para tercer debate es radicada el 4 de marzo de 2024 por las y los Honorables Senadores ponentes Wilson Arias Castillo, Martha Peralta Epieyu, Omar de Jesús Restrepo Correa y Ferney Silva Idrobo, y publicada en la Gaceta 225 del 11 de marzo de 2024. La ponencia de archivo fue radicada el 12 de marzo de 2024, por las y los Honorables Senadores ponentes Berenice Bedoya Pérez, Nadia Blel Scaf, Alirio Barrera Rodríguez, Norma Hurtado Sánchez, Miguel Ángel Pinto Hernández, Lorena Ríos Cuéllar, y publicada en la Gaceta 239 del 13 de marzo de 2024.

Finalmente, el 3 de abril de 2024, la ponencia de archivo es votada con una mayoría favorable en la Comisión Séptima del Senado, culminando así el trámite legislativo del Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" y sus acumulados Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 – Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023, en el Congresos de la República.

4. TRAMITE LEGISLATIVO EN CAMARA DE REPRESENTANTES

El 1 de agosto de 2024 fue radicado el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*, como autores de la iniciativa por las y los Honorables Representantes a la Cámara Julia Miranda Londoño, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, Catherine Juvinao Clavijo, Carolina Giraldo Botero, Daniel Carvalho Mejía, Cristian Danilo Avendaño Fino, Alejandro García Ríos, Juan Sebastián Gómez Gonzáles, Luvi Katherine Miranda Peña, publicado en la Gaceta 1455 del 17 de septiembre de 2024, y radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 7 de octubre de 2024.

El proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", fue radicado el día 13 de septiembre de 2024 por el Gobierno Nacional en cabeza y autoría del Ministro de Salud y Protección Social, el señor Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez. El proyecto fue publicado en la Gaceta 1456 del 17 de septiembre de 2024, junto a las Cartas de comentarios del MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA, FIRMADO POR LA DRA MARTHA JUANITA VILLAVECES NIÑO (Viceministra Técnica de Hacienda), carta calendada a el 11 de septiembre de 2024 y la Carta de comentarios de PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA al PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024, CÁMARA firmado por la Dra. PAULA ROBLEDO SILVA (Secretaria Jurídica de Presidencia), concepto sobre proyecto de ley de reforma al sistema de salud, emitido el 12 de septiembre de 2024. El mencionado proyecto fue radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 20 de septiembre de 2024.

El 25 de septiembre de 2024 fueron designados como ponentes del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, los Honorables Representantes MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE- Coordinador Ponente, ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN- Coordinador Ponente, CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES- Coordinador Ponente, JORGE

ALEXANDER QUEVEDO HERRERA- Coordinador Ponente, ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA- Ponente, JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA- Ponente, JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA- Ponente, KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR - Ponente, GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ- Ponente.

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

Designados los ponentes para primer debate, se inició un amplio diálogo con diversos actores del sector salud, lo anterior a efectos de recoger sus opiniones, sus sugerencias y propuestas de cambio a las iniciativas que estaban acumuladas, en esa labor, se adelantaron varias mesas de trabajo con el Ministerio de Salud a efectos de construir la ponencia para primer debate que fue puesta a consideración de los parlamentarios de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, finalmente y dentro del término para rendir ponencia, el día 29 de octubre de la anualidad en curso se presenta ponencia positiva mayoritaria que es firmada por los Honorables Representantes MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE, CAMILO ESTEBAN AVILA MORALES, JORGE ALEXANDER QUEVEDO HERRERA, ALFREDO MONDRAGON GARZON (Los anteriores Coordinadores Ponentes) y JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA, GERMAN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Y KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR (Los anterior ponentes de la iniciativa) y posteriormente publicada en Gaceta 1821 de 2024, de igual manera se presenta ponencia negativa por parte de los ponentes ANDRES EDUARDO FORERO y JAIRO HUMBERTO CRISTO, misma que aparece publicada en Gaceta 1846 de 2024.

Como parte del proceso de discusión y deliberación durante el trámite, los honorables representantes a la Cámara, ponentes y coordinadores ponentes, del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 – Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2023 - Cámara *"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"* se desarrolló la mesa técnica por la transformación por el sistema a la salud, la cual tuvo dos fases. La primera, para escuchar las propuestas de los actores, sectores e instituciones del sector salud orientadas a enriquecer la propuesta de transformación del sistema de salud. La segunda fase consistió en espacios de deliberación de los ponentes y coordinadores ponentes, en donde se revisaron y analizaron las propuestas recogidas durante la primera fase de las mesas técnicas, los Proyectos de Ley No. 312 y 135 y los documentos allegados por diversos actores a través de correo electrónico.

Los mecanismos de escucha y recepción de propuestas de los actores, organizaciones e instituciones para enriquecer la propuesta fueron:

1. Mesa técnica por la transformación del sistema de salud. La cual sesionó los días 1, 2, 3, 8 y 9 de octubre. Durante las sesiones se revisó la totalidad del proyecto de ley radicado y se permitió la participación de todas y todos los asistentes; se solicitó hacer intervenciones destacando: a) los elementos con los que se está de acuerdo, b) los elementos que se considera deben ser revisados, y c) la propuesta de modificación del articulado ya sea sobre un artículo puntual o a través de la incorporación de un artículo nuevo. De cada sesión se realizó la relatoría correspondiente, que se integra a la presente ponencia más adelante en el presente acápite.
2. Audiencia Pública: Proyecto de ley 312 – 2021 Cámara, acumulado con Proyecto de Ley 135 – 2024 Cámara. Realizada el 16 de octubre de 2024 en las instalaciones del Congreso de la República.
3. Correo electrónico. Se dispuso el siguiente correo electrónico para recibir propuestas de la ciudadanía: ponentesreformasalud@gmail.com. Se recibieron propuestas hasta el 15 de octubre de 2024.

Las sesiones de la segunda fase de la mesa, que consistió en jornadas de deliberación de las y los ponentes, se desarrollaron los días 16, 17, 18, 21, 22 y 23 de octubre.

Así las cosas, y materializado el cumplimiento de rendir ponencia por parte de los corporados, empieza el debate de la iniciativa de Ley, empezando a discutir la misma el día martes 5 de noviembre del año 2024, día en el cual se someten a consideración impedimento de los miembros de la Comisión Séptima y es sustentada la ponencia negativa que fue presentada por los parlamentarios Andrés Eduardo Forero Molina y Jairo Humberto Cristo Correa, dicha ponencia es negada en democracia por parte de la Comisión. Continuando con el trámite legislativo del proyecto de ley 312 – 2021 Cámara, acumulado con Proyecto de Ley 135 – 2024 Cámara. La mesa directiva de la Comisión séptima de Cámara de Representantes convoca a sesión el día martes 12 de noviembre del año 2024, en dicha fecha se sustenta por parte de los coordinadores el Informe de Ponencia y posteriormente se aprueban artículos que no tenían proposición alguna. De manera siguiente en sesiones del 13 y el 18 de noviembre de 2024, se termina de aprobar la iniciativa de Ley, luego de debates en los cuales se consideraron proposiciones de otros parlamentarios que mejoraron la iniciativa y que están encaminados a la salvaguarda de la salud y la atención primaria en salud de todo el pueblo colombiano.

Con la aprobación de la totalidad del contenido normativo de la iniciativa y el título y pregunta de la misma, se surtió el primer debate del Proyecto de Ley, en consecuencia y mediante oficio CSCP 3.7 7 1005-24 calendado al 18 de noviembre de 2024, firmado por el Secretario de la Comisión Séptima, son designados como ponentes para segundo debate los siguientes representantes MARÍA EUGENIA LOPERA, JORGE ALEXANDER QUEVEDO, CAMILO ESTEBAN AVILA, ALFREDO MONDRAGON GARZÓN (Coordinadores Ponentes) y ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA, JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA, JUAN CAMILO LONDOÑO, KAREN JULIANA LÓPEZ, GERMAN JOSÉ GÓMEZ (Ponentes).

Designados los ponentes para segundo debate, y dentro del término para rendir ponencia, el día 22 de noviembre de 2024 se presenta Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*". Que es firmada por los Honorables Representantes MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE, JORGE ALEXANDER QUEVEDO HERRERA, ALFREDO MONDRAGON GARZON y JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA, GERMAN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ y posteriormente CAMILO ESTEBAN AVILA y KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR (Gaceta 2085 de 2024). La cual fue publicada en Gaceta 2032 de 2024.

Adicionalmente, se radicó Informe ponencia de archivo para segundo debate al Proyecto de Ley número 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley número 135 de 2024 Cámara, por parte de los ponentes ANDRES EDUARDO FORERO y JAIRO HUMBERTO CRISTO, misma que aparece publicada en Gaceta 2034 de 2024.

El día 17 de diciembre de 2024, en sesión extraordinaria, la mayoría de la plenaria de la Cámara negó la ponencia negativa y las proposiciones de archivo que se presentaron al proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara.

En plenaria de Cámara de representantes se realizó la votación de articulado, con las respectivas proposiciones, en 4 sesiones. El 18 de diciembre: 23 artículos, 13 de febrero: 7 artículos; 05 de marzo: 24 artículos, 06 de marzo: 30 artículos (Actas 208, 209, 212, 220, 221, 222). En total se aprobaron 83 artículos, de estos11 fueron aprobados como en el articulado original, 1 fue eliminado, 50 incorporaron modificaciones y 22 son artículos nuevos. Cabe resaltar que durante este trámite se avalaron 176 proposiciones.

Así, en Sesiones Plenarias Ordinarias y Extraordinarias de los días 17 y 18 diciembre de 2024; 13 de febrero y 4, 5 y 6 marzo 2025, fue aprobado en Segundo Debate, con modificaciones, el Texto Definitivo del Proyecto de Ley número 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley número 135 de 2024 Cámara, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones, mismo que aparece publicado en la gaceta 337 de 2025.

5. TRAMITE EN COMISIÓN SÉPTIMA DE SENADO DE LA REPÚBLICA

Desde Secretaría General de Cámara de Representantes, el día 2 de abril de 2025 fue remitido a la Secretaría General de la Comisión Séptima del Senado el proyecto de Ley No. 410 de 2025 Senado, 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Una vez radicado el proyecto en Comisión, la Mesa Directiva mediante Resolución No. 003 del 2 de abril del 2025, procedió a designar como ponentes a los siguientes Senadores (as), así:

PONENTES COORDINADORES	PARTIDO O MOVIMIENTO POLÍTICO
MARTHA PERALTA EPIEYU (COORDINADORA)	MAIS
NORMA HURTADO SANCHEZ (COORDINADORA)	PARTIDO DE LA U
ESPERANZA ANDRADE SERRANO (COORDINADORA)	PARTIDO CONSERVADOR
PONENTES	**PARTIDO O MOVIMIENTO POLÍTICO**
FERNEY SILVA IDROBO	COLOMBIA HUMANA
WILSON ARIAS CASTILLO	POLO DEMOCRATICO ALTERNATIVO
FABIAN DÍAZ PLATA	ALIANZA VERDE
MIGUEL ANGEL PINTO HERNANDEZ	PARTIDO LIBERAL
LORENA RIOS CUELLAR	COLOMBIA JUSTA LIBRES
ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA	PARTIDO MIRA
ALIRIO BARRERA RODRIGUEZ	CENTRO DEMOCRATICO
BERENICE BEDOYA PEREZ	ALIANZA SOCIAL INDEPENDIENTE
OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA	COMUNES

Ante la Comisión Séptima del Senado de la Republica se radicaron las siguientes proposiciones en aras de garantizar la participación ciudadana con el fin de escuchar a las diferentes organizaciones, actores y entidades interesadas en el proyecto de ley de la referencia, se presentaron las siguientes proposiciones, así:

PROPOSICIÓN	SENADORES (AS) SUSCRITOS (AS)	TEMA
No. 59 del 8 de abril de 2025	Fabian Diaz Plata Martha Pealta Epieyú Wilson Arias Castillo Ferney Silva Idrobo Omar de Jesus Restrepo Correa	Proponen Audiencias Públicas en las ciudades de Bucaramanga, Cali, Bogotá, Popayán, y en los departamentos de La Guajira y Risaralda, para escuchar a la ciudadanía y diferentes grupos de interés respecto de sus perspectivas, inquietudes y comentarios relacionados con las disposiciones contenidas en el Proyecto de Ley No.

	Ana Paola Agudelo García	410 de 2025 Senado, 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*.
No. 61 del 8 de abril de 2025	Nadia Blel Scaff Ana Paola Agudelo García Norma Hurtado Sánchez Honorio Miguel Henríquez Pinedo Lorena Rios Cuellar Josué Alirio Barrera Rodríguez Esperanza Andrade Serrano Miguel Ángel Pinto Hernández	a) Acceso, continuidad y oportunidad de la atención en salud para los pacientes y usuarios en el nuevo sistema de salud, evaluando el impacto de la propuesta en la mejora o desmejora de las condiciones de atención brindadas actualmente y los posibles traumatismos que se puedan presentar en razón al cambio de modelo. b) Gobernanza del nuevo sistema de salud, funciones de la ADRES, así como las funciones y conformación del Consejo Nacional de SGSSS y la gestión del riesgo en salud en cabeza de las Gestoras de Salud y Vida, entre otras entidades. c) Nuevas condiciones de funcionamiento, constitución, reconocimiento de pagos, habilitación, permanencia y operación de los prestadores de servicios de salud, la conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales en Salud. De igual forma, la evaluación de la propuesta en los aspectos de auditoría y dispensación de medicamentos y tecnologías en salud. d) Garantía de mejores condiciones laborales y dignificación del talento humano en salud, evaluación del nuevo régimen especial laboral para los trabajadores del sector salud, así como el análisis de la propuesta formativa, planeación y distribución del talento humano. e) Estudio y viabilidad del modelo de financiamiento en el nuevo sistema de salud, así como la evaluación rigurosa de los conceptos de impacto fiscal (aval fiscal) entregados desde el Gobierno nacional al Congreso de la República, en el marco de la Ley 819 de 2003. f) Aportes académicos y de expertos en el sistema de salud, con el fin de recolectar insumos técnicos y científicos sobre la iniciativa legislativa bajo estudio.

El Secretario General de la Comisión Séptima de Senado mediante oficio CSP-CS- 0625 – 2025 del 26 de mayo de 2025, certificó la realización de las Audiencias Públicas y las Mesas Técnicas al Proyecto de Ley No. 410/2025 Senado – 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", así:

5.1 AUDIENCIAS PÚBLICAS

No.	PROPOSICIÓN	CIUDAD	SENADOR – SENADORA A CARGO	FECHA Y LUGAR	LINK DE TRANSMISIÓN	No. ASISTENTES	ESTADO
1	**Prop. 61** de Fecha 8 de Abril de 2025	Bogotá	Norma Hurtado Sánchez Lorena Ríos Cuellar Esperanza Andrade Serrano	Martes 22 de Abril de 2025 - Salón de La Constitución	https://www.youtube.com/watch?v=0hDTdNOvh-s	71	REALIZADA
2	**Prop. 61** de Fecha 8 de Abril de 2025	Bogotá	Norma Hurtado Sánchez Lorena Ríos Cuellar Esperanza Andrade Serrano	Martes 6 de Mayo de 2025 - Recinto Comisión Séptima	https://www.youtube.com/watch?v=4dAMRt8vgEc	31	REALIZADA
3	**Propo. 59** de Fecha 8 de Abril de 2025	Bucaramanga – Santander	Fabián Díaz	Jueves 8 de Mayo de 2025 - Universidad Cooperativa Bucaramanga	https://www.youtube.com/watch?v=-wYNfkhLJ1U	142	REALIZADA
4	**Propo. 59** de Fecha 8 de Abril de 2025	Pueblo Rico - Risaralda	Martha Isabel Peralta Epieyu	Viernes 9 de Mayo de 2025		529	REALIZADA
5	**Prop. No. 60 Y 61** de Fecha 8 de Abril de 2025	Neiva – Huila	Esperanza Andrade Serrano	Lunes 12 de Mayo de 2025 - Cámara de Comercio de Neiva	https://www.youtube.com/watch?v=yKTuUOmwHTw	131	REALIZADA
6	**Propo. No. 59** de 8 de Abril de 2025.	Santiago de Cali – Valle Del Cauca	Wilson Arias	Viernes 16 de Mayo de 2025	https://www.youtube.com/watch?v=e6UBCdRy0V8	**331**	REALIZADA
7	**Propo No. 59** de 8 de Abril de 2025.	Popayán - Cauca	Ferney Silva Idrobo	Jueves 22 de Mayo de 2025	https://www.youtube.com/watch?v=4FtjweQYvY0	1.333	REALIZADA

5.2 MESAS TÉCNICAS

No.	PROPOSICIÓN	CIUDAD	TEMATICA	SENADOR SENADORA A CARGO	FECHA	LINK TRANSMISICION	No. ASISTENTES	ESTADO ACTUAL
1	Prop. 61 de Fecha: 8 de Abril de 2025	Bogotá - Recinto Comisión Nº 7	Mesa Técnica Reforma a la Salud - Experiencia de los pacientes en El Sistema de Salud Colombiano.	Norma Hurtado Lorena Ríos Cuellar Esperanza Andrade	Lunes 21 de Abril de 2025	Https://Www.Youtube.Com/Watch?V=Rmjxy Xdkq14	29	Realizada
2	Prop. 61 de Fecha: 8 de Abril de 2025	Bogotá - Recinto Comisión Nº 7	Mesa Técnica Reforma A La Salud Gobernanza	Senador A Norma Hurtado Lorena Ríos Cuellar. Esperanza Andrade	Lunes 28 de Abril de 2025 10:00 A. M.	Https://Www.Youtube.Com/Watch?V=C-Yixxzqzc8	32	Realizada
3	Prop. 61 de Fecha: 8 de Abril de 2025	Bogotá - Recinto Comisión Nº Séptima	Mesa Técnica Fortalecimiento de la Auditoría y el sistema de información en Salud,	Ana Paola Agudelo	Viernes 2 de Mayo de 2025 - 8:00 a 11:00 A.M	Https://Www.Youtube.Com/Watch?V=Qtpx Swuaoc0	6	Realizada

5.3 CONTROL POLÍTICO

PROPOSICIÓN	SENADORES (AS) SUSCRITOS (AS)	FECHA	TEMA	LINK DE TRANSMISIÓN
No. 62 del 7 de mayo de 2025	Nadia Blel Scaff Ana Paola Agudelo García Norma Hurtado Sánchez Honorio Miguel Henríquez Pinedo Lorena Ríos Cuellar Josué Alirio Barrera Rodríguez Esperanza Andrade Serrano Miguel Ángel Pinto Hernández	27 de mayo de 2025	Citar a debate de control político a: 1. Ministro de Salud y Protección Social, doctor GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ. 2. Ministerio de Hacienda y Crédito Público, doctor GERMÁN ÁVILA PLAZAS. 3. Los demás que citen o inviten y cuestionario que adicionen los honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado. 4. Para que expliquen ante la Comisión Séptima del Senado de la República sobre el concepto de aval fiscal relacionado con el Proyecto de Ley 410 de 2025 Senado y 312 de 2024 Cámara - "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". Solicitamos que la programación de este debate sea establecida según lo dispuesto por la Mesa Directiva de la Comisión y	https://www.youtube.com/watch?v=TJmOttlozdc
	Berenice Bedoya Pérez Fabian Diaz Plata		sea transmitida por los canales institucionales del Congreso de la República.	

6. 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* (…)"[1], 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, la esencia y objetivo es garantizar la vida digna de quienes se encuentran dentro del territorio colombiano; su reconocimiento y garantía ha sido materia de gran debate.

Así, a través de los años la actividad judicial y, en especial la de la Corte Constitucional, ha acudido a esos principios para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna. La Corte Constitucional se ha referido al derecho a la salud como un derecho fundamental atípico, pues si bien se ubica en el acápite de los derechos sociales, su naturaleza se nutre de principios como el de solidaridad[2] y dignidad humana[3]", como también del derecho fundamental a la vida; así fue establecido por el alto tribunal en la Sentencia T-760 de 2008:

1 Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 "Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales.

2 Sentencia C-313 de 2014: "(…) El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. (…)".

3 Sentencia C-313 de 2014: "(…) Una síntesis de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión "dignidad humana" como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)" (Sentencia T-881 de 2002 M.P. Montealegre Lynett)

"[...] El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna [...]"

En dicha Sentencia, si bien no se declara el estado de cosas inconstitucional, si se afirma categóricamente que el modelo estructurado en 1993 es susceptible de mejoras, de ahí las 14 órdenes estructurales; esta decisión estratégica evitó la inconstitucionalidad de la Ley 100 (20), lo que le permitió un respiro y algunas modificaciones subsecuentes (Ley1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011) que tampoco han permitido la garantía del derecho a la salud en los términos definidos por la Corte Constitucional.

Después de múltiples propuestas e intensas discusiones, se logra la aprobación de la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015), la cual fue declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-313 de 2014, en cuya providencia se expone que:

En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud. Por lo que respecta al desarrollo jurisprudencial de la Corte sobre el derecho a la salud, se recordó que inicialmente se le estimaba como fundamental en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales. Igualmente se mencionó el cambio jurisprudencial en la definición y conceptualización del derecho fundamental, en particular, el peso de la dignidad humana en la calificación de un derecho como fundamental.
La Corporación reiteró la importancia de los diversos elementos que caracterizan a un derecho como fundamental y en particular la transmutación del derecho en una garantía subjetiva en razón del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y la importancia de la existencia de consensos, en torno al carácter fundamental del derecho.
La Sala, destacó los propósitos de la Ley Estatutaria, en particular, se hizo alusión a la exposición de motivos, enfatizándose en la relevancia de la Observación 14 como guía interpretativa y en la idea de una cobertura de beneficios que tuviese como límite lo excluido por la Ley.

De ahí que la Corte Constitucional afirma, dentro de la misma decisión, que "(...) *es de esperarse que, en la legislación ordinaria y su reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad*". Igualmente, en la Sentencia queda claro que el pluralismo estructurado no es un elemento estructural del derecho a la salud, como tampoco lo son las Entidades Promotoras de Salud(20), y ratifica las funciones indelegables del Estado en cuanto a la dirección, supervisión, organización, regulación y control de prestación del servicio de salud; esto último en los siguientes términos:

Finalmente, por lo que concierne a la caracterización del derecho, encuentra la Sala que lo atributos estipulados por el legislador no agotan los que puedan predicar de la salud como derecho fundamental. Así por ejemplo, en la observación 14 del comité de derecho económicos, sociales y culturales, se ha connotado al derecho a la salud como derecho inclusivo, con lo cual se abarca la atención a diversos factores determinantes de la salud. Para la Corte, se impone en este punto una interpretación amplia, con lo cual la caracterización aludida, podrá expandirse e incorporar otras cualidades que tiendan a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. No advirtiéndose, pues, razones que conduzcan a la Corporación a censurar el enunciado legal en estudio y, conforme con los presupuestos anotados, se declarará la constitucionalidad de rigor.
Así pues, procederá la Corte a pronunciarse a favor de la exequibilidad del artículo 2 del Proyecto, atendiendo los presupuestos interpretativos que se orientan a una lectura amplia del derecho.

La Corte recalcó que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores mismos del sistema de salud, siendo competencia del Ministerio de Salud presentar la propuesta de reforma que permita resolver los problemas al: (i) Manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) la prevención y atención de la enfermedad; (iii) la rectoría del sistema de salud en cabeza del Estado -como modelo de salud de aseguramiento público-; (iv) el acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) el saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) la regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; y (vii) la inspección, vigilancia y control.

Estos contenidos de la Constitución Política y la Ley guardan entera armonía con los principios y mandatos que forman parte del denominado bloque de constitucionalidad y que aluden a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación general N.°14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.° 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, se ha acudido a las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así como a la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación General 6.

6.1 LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015

En respuesta al anterior planteamiento, nace la Ley 1751 de 2015 misma que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección ordenando la vigencia de un sistema inclusivo, que impone un principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y como parte del derecho se reconocen los determinantes sociales de la salud como los definió la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000. Esta norma fue sometida a la revisión de constitucionalidad donde fue declarada exequible por la Corte con considerandos e inexequibilidades parciales que se encuentran establecidas en la Sentencia C-313 de 2014. En dicha providencia, se fija la necesidad de legislar vía leyes ordinarias, como por otras vías normativas "(...) *las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad.*"

En el mismo pronunciamiento, la Corte Constitucional hizo énfasis en que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores del sistema de salud referentes al: (i) manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) prevención y atención de la enfermedad; (iii) rectoría del sistema de salud en cabeza del Estado, siendo el modelo de salud de aseguramiento público; (iv) acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; e, (vii) inspección, vigilancia y control.

Aunado a lo previamente indicado se encuentran los principios y mandatos que hacen bloque de constitucionalidad y que se relacionan con el asunto a saber; Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación general N.°14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.° 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, se ha tomado, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así mismo, también la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación general 6.

De acuerdo con ello y con el fin de garantizar este marco normativo y jurisprudencial, se debe ajustar el diseño institucional instaurado por la Ley 100 de 1993 a través de una Ley como la presente que establezca como uno de sus pilares el aseguramiento en salud a través de un modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud, que fije un modelo claro de gobernanza y rectoría del sistema, que indique de igual manera las fuentes, el uso y la gestión de los recursos financieros del sistema de salud, que defina la organización de quienes intervengan en los servicios de salud haciendo un especial énfasis en el personal de salud y por último que desarrolle la

efectiva inspección vigilancia y control, que permita garantizar no solo la óptima prestación del servicio sino la salvaguarda efectiva del derecho fundamental a la salud.

7. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO GENERAL

La Constitución Política de Colombia de 1991, en el Artículo 48 se definió la Seguridad Social como "*un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social*". En 1993, la Ley 100 estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral bajo la figura del aseguramiento, como un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones salariales y patronales, o mediante subsidios del Estado, que gestionarían el riesgo en salud de la población.

A pesar de los 30 años del sistema, los intentos por mejorarlo durrante la marcha con la expedición de la ley 1122 de 2007, la ley 1438 de 2011 y la ley 1751 de 2015, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, no han podido mostrar resultados en salud que permitan evidenciar de un goce efectivo del derecho fundamental a la salud para toda la población residente en el país. En estas tres décadas la defensa del sistema se ha centrado en la cobertura, mediada por la afiliación a un asegurador, dejando a un lado del debate el acceso, que es lo que realmente determina el goce del derecho. De otro lado, este modelo de aseguramiento, en un sistema de libre regulación del mercado y una débil rectoría del Estado, ha generado competencia entre los actores que han ido en contravía del derecho a la salud, la dignidad de las personas y la estabilidad de la red hospitalaria pública y privada.

Si bien, Colombia registra coberturas de aseguramiento en salud por encima del 99% (1) y se realiza una importante inversión pública (2), aun no logra garantizar el derecho fundamental a la salud a toda la población. El país registra resultados en salud deficientes e inequitativos, segmentación de la población por capacidad de pago, bajas coberturas en intervenciones de protección específica y detección temprana, múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, fragmentación de la atención y presencia de morbilidad y mortalidad por condiciones que se consideran evitables y atribuibles al sistema de salud (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) y realiza un énfasis excesivo en la rentabilidad económica (11,12); posee altos márgenes de ineficiencia (13) y gran limitación para generar salud y reducir las inequidades (14).

Lo anterior, ha significado una importante carga de morbilidad y mortalidad por condiciones prevenibles; anualmente en el país mueren de manera prematura por enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT 46.763 personas, y en los últimos cuatro años se evidencia un aumento del 26% en la tasa de mortalidad prematura por ECNT, alcanzando una tasa de 243,84 defunciones por cada 100 mil habitantes en el año 2021.

Las importantes restricciones para el acceso efectivo a los servicios de salud, así como para la integralidad y continuidad de la atención conllevaron a la interposición de 156.413 tutelas en 2022 y más de 5.800.000 tutelas en los últimos diez años (15,16). Las Entidades Promotoras de Salud – EPS fueron las instituciones del sector salud más tuteladas; y para el año 2022, las EPS con mayor número de tutelas por cada 10.000 afiliados, fueron: Savia Salud (51,73), Ecoopsos (44,06), Emsanar (36,48), Asmet Salud (34,49) y Nueva EPS (34,49) (16).

El 46,64% de las tutelas se debieron a solicitudes de citas médicas especializadas, imágenes diagnósticas y exámenes de laboratorio clínico. El 23,91%, consistió en peticiones de alojamiento y alimentación para pacientes y acompañantes, requerimientos de transporte y servicios de cuidado; el 13,32% a reclamos de tratamiento integral en personas con cáncer; y el 11,16% a solicitudes de medicamentos, siendo los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) los más frecuentes (16). En relación con las citas especializadas, la principal queja fue la falta de oportunidad y la asignación de citas sin considerar el lugar de residencia del solicitante; lo que se asocia a solitud de viáticos, como segundo motivo de interposición de tutela (16).

A continuación, se exponen los argumentos que justifican las transformaciones propuestas en el proyecto de ley; organizadas en cinco secciones: a) la débil rectoría y gobernanza del sistema de salud, b) la ineficiencia en el uso de los recursos, c) el deterioro de la infraestructura pública en salud, d) la inequitativa distribución de trabajadores de la salud y su precarización laboral, y3) la orientación del sistema a la enfermedad.

7.1 DEBILITAMIENTO DE LA RECTORÍA Y GOBERNANZA DE ACTUAL SISTEMA DE SALUD

La solidez de la rectoría y gobernanza es fundamental para el óptimo funcionamiento del sistema de salud (17). No obstante, en Colombia, durante los últimos 30 años, se ha presentado la combinación de dos factores que progresivamente han llevado al debilitamiento de la autoridad sanitaria expresada en la pérdida del ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública, incluyendo la capacidad para la organización de los servicios de salud, y el marchitamiento de la red pública hospitalaria; estos factores son: a) disminución de la transferencia de recursos a los municipios y departamentos, y b) marco normativo orientado a la reducción del Estado.

7.1.1 DISMINUCIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS A LOS MUNICIPIOS Y DEPARTAMENTOS

Hasta el año 2001 la fórmula para calcular los recursos transferidos a las Entidades Territoriales (Situado Fiscal y Participaciones Municipales) correspondían al 46,5% de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN).

El Acto Legislativo 01 de 2001, reglamentado por la Ley 715 de 2001, y el Acto Legislativo 04 de 2007, reglamentado mediante la Ley 1176 de 2007, reformaron los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y crearon el Sistema General de Participaciones (SGP), que agruparía en una sola "bolsa" lo que antes hacía parte del Situado Fiscal y las Participaciones Municipales. Definieron que las transferencias a los territorios aumentaran anualmente en un porcentaje igual a la inflación causada, más un crecimiento real constante por año; quedando completamente desligadas del comportamiento de los ICN.

Adicionalmente, quedó también establecido que en los años en que la economía creciera por encima del 4%, el SGP tendría un crecimiento adicional en los puntos porcentuales que superara a dicha tasa de crecimiento. Sin embargo, en los casos en que el crecimiento estuviera por debajo de la meta establecida, el Gobierno Nacional Central (GNC) debería cubrir el faltante para mantener la tasa de crecimiento. En los casos de crecimiento anual por encima del 4%, el GNC podría descontar los recursos que aportó para mantener la meta de crecimiento del SGP.

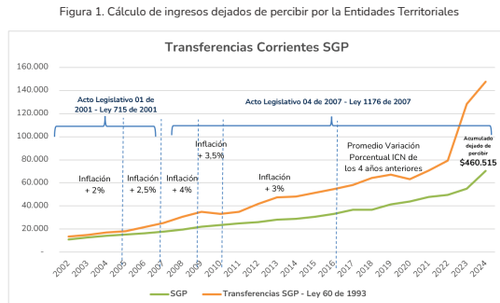
Al desvincular el crecimiento de los recursos del SGP de los ICN, se redujeron las transferencias territoriales; se estima que, entre 2002 y 2024, las Entidades Territoriales dejaron de percibir un valor de $629,9 billones, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Cálculo de recursos dejados 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
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**

De acuerdo con los cálculos del Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2002 y 2024 las modificaciones sucesivas de la transferencia del SGP, las Entidades Territoriales han dejado de percibir $460,515 billones, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 1. Cálculo de ingresos dejados de percibir por la Entidades Territoriales



Cifras en Miles de Millones de Pesos – Corrientes 2002 - 2024
Fuente:

- MHCP - Presupuestos de Ingresos - 1.1. Ingresos Aforados - Recaudos - https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogralnacion/bitcoraeconomica
- DNP - SICODIS - Apropiaciones del Sistema General de Participaciones - https://sicodis.dnp.gov.co/

Tabla 2. Cálculo de recursos dejados de percibir por las Entidades Territoriales

Vigencia	ICN	SGP	VAR SGP	%	Transferencias SGP - Ley 60 de 1993	SGP VS. 46,50%
2002	29.132	11.018		38%	13.546	2.528
2003	31.891	12.901	17%	40%	14.829	1.928
2004	36.788	14.170	10%	39%	17.107	2.937
2005	38.997	15.249	8%	39%	18.133	2.885
2006	46.316	16.308	7%	35%	21.537	5.229
2007	54.073	17.575	8%	33%	25.144	7.569
2008	66.212	19.393	10%	29%	30.789	11.396
2009	75.436	22.149	14%	29%	35.078	12.929
2010	71.161	23.596	7%	33%	33.090	9.494
2011	75.114	24.757	5%	33%	34.928	10.171
2012	89.501	26.000	5%	29%	41.618	15.618
2013	102.090	28.242	9%	28%	47.472	19.230
2014	103.856	28.876	2%	28%	48.293	19.417
2015	110.560	30.611	6%	28%	51.411	20.800
2016	117.118	33.258	9%	28%	54.460	21.202
2017	125.142	36.547	10%	29%	58.191	21.644
2018	138.108	36.748	1%	27%	64.220	27.472
2019	144.191	41.257	12%	29%	67.049	25.792
2020	135.636	43.847	6%	32%	63.071	19.223
2021	151.749	47.675	9%	31%	70.563	22.888
2022	170.852	49.565	4%	29%	79.446	29.881
2023	275.634	54.936	11%	20%	128.170	73.233
2024	317.400	70.541	28%	22%	147.591	77.050
				Total dejado de percibir		**$ 460. 515**

Cifras en Miles de Millones de Pesos – Corrientes 2002 - 2024

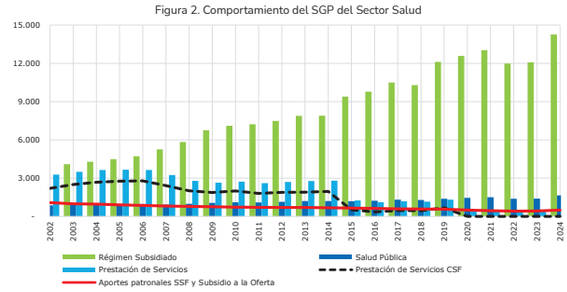
Fuente:

- MHCP - Presupuestos de Ingresos - 1.1. Ingresos Aforados - Recaudos - https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogralnacion/bitcoraeconomica
- DNP - SICODIS - Apropiaciones del Sistema General de Participaciones - https://sicodis.dnp.gov.co/

El SGP del sector salud se encuentra desagregado en tres componentes: 1) Régimen Subsidiado, 2) Prestación de Servicios y 3) Salud Pública, como se muestra en barras en la Figura 1, en la misma Figura las líneas muestran los valores detallados de Prestación de Servicios Con Situación de Fondos y los valores de Aportes Patronales y Subsidio a la Oferta.

Como se observa en la Figura 2. Comportamiento del SGP del Sector Salud, los componentes de Salud Pública y Prestación de Servicios muestran una tendencia de decrecimiento, mientras que el Régimen Subsidiado crece progresivamente.

Figura 2. Comportamiento del SGP del Sector Salud



- **Fuente:** Elaboración DFS – MSPS. Cifras en miles de millones.
-

Este comportamiento muestra que los recursos destinados a la financiación del régimen subsidiado han crecido a expensas de la reducción de los recursos de los otros subcomponentes. A partir del 2014, conforme con lo dispuesto en el literal 1 numeral 1 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los recursos destinados a la financiación del Régimen Subsidiado pasaron del 65% al 80%, restando esos puntos del componente de Prestación de Servicios, el cual quedó tan solo con un 10% del total de la bolsa.

Posteriormente, en el año 2020, la Ley 1955 de 2019[4] determinó que el componente de Prestación de Servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda y subsidio a la oferta pasaría del 10% al 3%; esos 7 puntos porcentuales fueron destinados, nuevamente, al componente de Régimen Subsidiado pasando del 80% del total de la bolsa a representar el 87%.

El componente de salud pública se ha mantenido en el 10% del total de los recursos desde el año 2006.

De lo anterior, se resalta que las trasformaciones de la participación por componente en el sector salud, ha llevado a una reorientación de los recursos para fortalecer el subsidio a la

[4] Artículo 233

demanda, a través del reconocimiento de la UPC a las EPS; generando desigualdades en el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud a cargo de las entidades territoriales, del fortalecimiento de la red pública hospitalaria, y de la autoridad sanitaria y la salud pública.

Es decir, con cargo a los recursos del SGP, cuya finalidad está en la generación de la autonomía territorial, se terminó fortaleciendo la prestación de servicios a través del mercado privado, en contradicción de la descentralización fiscal y administrativa de competencias, en el marco de los modelos de gestión pública territorial de gobernanza.

7.1.2 MARCO NORMATIVO ORIENTADO LA REDUCCIÓN DEL ESTADO

El sistema de salud actual se encuentra construido por la combinación de un conjunto robusto de leyes orgánicas y ordinarias, así como decretos, resoluciones y documentos de política pública; que por un lado, se han orientado a la reducción del Estado, y por el otro, han favorecido la consolidación de un sistema des-territorializado, en manos de privados, centrado en la compraventa de servicios para la atención de la enfermedad y que genera y perpetúa inequidades en salud.

Se describen algunas de las normas que han permitido lo descrito:

- **Ley 100 de 1993** "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

  a. Creó la figura de Entidades Promotoras de Salud – EPS, como unas intermediarias (aseguradoras) que reciben un monto de dinero anual por persona afiliada (Unidad de Pago por Capitación) para que se le presten los servicios de salud requeridos.
  b. Fragmentó la atención colectiva con la individual, y la promocional/preventiva con la curativa. Al crear un Plan Obligatorio de Salud (hoy Plan de Beneficios en Salud) para las actividades individuales, y un Plan de Atención Básico (hoy Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas) para las acciones promocionales, preventivas y colectivas; cada uno con lógicas, responsables y financiación diferentes.
  c. Transformó a los Hospitales Públicos en Empresas Sociales del Estado, los cuales pasaron del subsidio a la oferta, al subsidio a la demanda, o el pago por venta de servicios, en un sistema de aseguramiento según contrataciones con administradoras y avales de interventorías - auditorías. Se favoreció el crecimiento administrativo y los costos de operación, afectando los ingresos y la financiación de las ESE.
  d. Restringió la salud pública al desarrollo de campañas masivas de educación, vacunación, saneamiento y atención de desastres. Si bien esta Ley enunció el papel de los departamentos, distritos y municipios en la dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública, lo subyugó a la relación creada entre agentes de mercado con acciones dirigidas a la ampliación de la cobertura de servicios y la realización de contratos con las entidades promotoras de salud para la atención de los afiliados de salud de la población en el territorio.

  Bajo la premisa de la supuesta incapacidad del Estado de implementar políticas públicas y la tesis de que el mercado regulado por el Estado garantizaría el acceso y la calidad de la atención, se limitó la capacidad de gobernar y ejercer el direccionamiento de la autoridad sanitaria de las entidades territoriales, transfiriendo a otros actores roles que eran propios de este. La respuesta en salud fue organizada en función de los costos de atención por grupos de enfermedades y no con base en las necesidades de las personas de un territorio, legitimando y consolidando las inequidades propias del mercado.

- **Decretos orientados a la flexibilización de las normas para las EPS**
  Entre 1994 y 2022 se han emitido 24 Decretos para ajustar los requisitos de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud – EPS; en general, se han orientado a flexibilizar sus condiciones de operación para aparentar el cumplimiento de estándares financieros; dichas decisiones además de no permitir conocer con certeza la realidad operacional y financiera de las EPS, han dado una falsa sensación de estabilidad, y podrían incluso estar desatendiendo tratados internacionales como el Acuerdo de Basilea.

  Estas normas han facilitado el desvió de recursos, y favorecido la corrupción en el sistema. De acuerdo con el Tribunal Administrativo de Cundinamarca la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia ha provocado la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna. De igual manera, se ha puesto en evidencia una especie de captura del regulador, donde particulares han incidido en la expedición de normas según sus intereses.

  Los Decretos referidos son:

  - Decreto 1495 de 1994
  - Decreto 882 de 1998

- Decreto 574 de 2007
- Decreto 1698 de 2007
- Decreto 2353 de 2008
- Decreto 4789 de 2009
- Decreto 970 de 2011
- Decreto 4185 de 2011
- Decreto 1921 de 2013
- Decreto 2702 de 2014
- Decreto 1681 de 2015
- Decreto 2117 de 2016
- Decreto 718 de 2017
- Decreto 1848 de 2017
- Decreto 682 de 2018
- Decreto 1929 de 2018
- Decreto 1683 de 2019
- Decreto 1424 de 2019
- Decreto 600 de 2020
- Decreto 1711 de 2020
- Decreto 709 de 2021
- Decreto 995 de 2022
- Decreto 492 de 2022
- Decreto 1600 de 2022

- **Ley 617 de 2000.** "Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional".

  La categorización municipal, basado únicamente en ingresos no permite considerar particularidades de las entidades territoriales y agruparlas con características que permitan comparabilidad.

- **Resolución 412 de 2000** "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública".

  Lista las actividades individuales que deben realizarse a las personas para la detección temprana y protección específica; desconoce las interacciones familiares y sociales en el cuidado de la salud.

- **Ley 715 de 2001. "**Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros"

  Los criterios de distribución del SGP no responden a las particularidades de algunas Entidades Territoriales.

- **CONPES 3204 de 2001.** Política de Prestación de Servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos.

  Dicho CONPES viabilizó la reestructuración de las ESE entre 2002 y 2004, con resultados contractuales flexibilizados y tercerizados a través de cooperativas de trabajo asociado, con procesos previos de indemnización de trabajadores (18).

- **La Política Nacional de Prestación de Servicios (PPS) del 2005.**
  El Ministerio de la Protección Social (Hoy de Salud y Protección Social) estableció un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para los procesos de reestructuración de los hospitales públicos.

  Ambas políticas (CONPES 3204 de 2001-2002 y PPS-2005) tuvieron como objeto la disminución de costos laborales con la tercerización / intermediación.

  El Gobierno Nacional sometió a las Empresas Sociales del Estado - ESE a convenios de desempeño por 10 años que implicaron pagos a través de créditos condonables, entregados para el financiamiento y sostenimiento, según condiciones de resultados de evaluaciones desde las secretarías departamentales de salud, con apoyo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y que serían retornados ante incumplimientos de condiciones. Este sometimiento implicaba para las ESE la restricción en el aumento de su oferta, de sus ingresos, financiación y crecimiento

- **Ley 1122 de 2007** "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

  Ratifica el papel central de la intermediación financiera en la prestación de servicios de salud, por medio de las EPS; logrando de esta manera profundizar la lógica de mercado de la salud, la segmentación de la población por capacidad de pago y la fragmentación de la atención.

  En términos de salud pública aunque se avanzó en la definición de un Plan Nacional de Salud Pública como política de gobierno (no de Estado) se profundizó el fraccionamiento de la atención en acciones individuales y colectivas, definiendo las prioridades en salud pública que debían ser cubiertas en el entonces plan obligatorio de salud versus aquellas que se abordarían desde el plan de intervenciones colectivas (anterior plan de atención básica), con un alcance limitado a condiciones y eventos específicos como vacunación, salud sexual, salud mental y estilos de vida saludables que no tenía en cuenta las realidades y necesidades territoriales.

  Modifica la distribución del SGP salud, aumentando el aporte al Régimen Subsidiado y disminuyendo el porcentaje de subsidio a la oferta a hospitales públicos.

- **Decreto 4747 de 2007**, modificado por el **Decreto 441 de 2022**, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones".

  Define las estrategias de contratación, en las que se reconoce la salud como una mercancía.

- **Decreto 028 de 2008 "**Por medio del cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto (MSC) que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones".

  La aplicación de la estrategia de MSC no permite la identificación de problemas específicos relacionados con las brechas del sector salud.

- **Declaratoria de la emergencia social en salud (2009-2010**) estableció la Política de Categorización de Riesgo Fiscal y Financiero (PCRFF) de las ESE, que daba los criterios para categorizarlas en riesgo alto, medio, bajo y sin riesgo según su capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes frente a los ingresos operacionales corrientes, es decir, las deudas del año presente y las anteriores se pagan con recursos del año presente producto de recuperación de cartera o pagos de facturación vigente.

  La categorización, declarada inexequible en 2011, fue retomada en la Ley 1438 de 2011 y en la Resolución 2509 de 2012 para definir la permanencia de las ESE en el mercado.

- **Ley 1438 de 2011** "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

  Introduce la Categorización de Riesgo Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado - ESE (artículo 80), las categorizadas en riesgo medio o alto deben presentar un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero - PSFF ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Si la medida no genera sostenibilidad financiera, se liquida la ESE, previa la suscripción de un plan de desempeño ante la SNS.

  La Ley 1438 de 2011 establece la elaboración participativa del Plan Decenal de Salud Pública como política de Estado y visibiliza y refuerza la importancia de hacer efectiva la Atención Primaria en Salud en el país, sin embargo, su materialización se vio limitada y reducida en razón a los problemas estructurales del sistema de salud relacionado con la segmentación de la población por aseguramiento y EPS, la fragmentación de la atención, la falta de inversión en las instituciones de salud públicas tanto del nivel primario como del nivel complementario y en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- **Ley 1508 de 2012.** Proyectó el presupuesto de las ESE teniendo como base solo el recaudo (lo facturado) y no el reconocimiento (lo adeudado por las administradoras), lo cual limitó la capacidad de oferta de las ESE por diez años, situación agravada por el sometimiento a carteras morosas acumuladas.

- **Ley 1508 de 2012** "Por la cual se establece el régimen jurídico de las Asociaciones Público-Privadas, se dictan normas orgánicas de presupuesto y se dictan otras disposiciones".

  Esta ley proyectó el presupuesto de las ESE teniendo como base solo el recaudo (lo facturado) y no el reconocimiento (lo adeudado por las administradoras), limitó la capacidad de oferta de las ESE por diez años, situación agravada por el sometimiento a carteras morosas acumuladas (artículo 28) (18).

- **Resoluciones para la categorización de riesgo de las Empresas Sociales del Estado**.
  El índice de riesgo de las ESE se definió por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público con base en indicadores centrados en la rentabilidad financiera: "indicador de solvencia financiera", que mide la capacidad de financiar las

obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes (artículo 2 Res. 2509 de 2012). Bajo este enfoque se desconoce la función social de las ESE y su misionalidad en la garantía del derecho fundamental a la salud.

La categorización de ESE según riesgo fiscal y financiero bajo criterios netamente presupuestales muestra que no existe una variación real del número de ESE en riesgo entre 2012 (fecha en qué se dio inicio a esta categorización) y 2024, dado que aquellas ESE clasificadas como no categorizadas presentaron riesgo en este periodo y se encuentran ejecutando programas de saneamiento fiscal y financiero o a la espera de la aprobación del programa de saneamiento fiscal y financiero por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entidad que utiliza como pilar de aprobación el equilibrio operacional y el pago del pasivo, situación que es insostenible por parte de las ESE en el modelo actual (18).

Las Resoluciones han sido:
- Resolución 2509 de 2012
- Resolución 1877 de 2013
- Resolución 3467 de 2013
- Resolución 2090 de 2014
- Resolución 1893 de 2015
- Resolución 2184 de 2016
- Resolución 3916 de 2016
- Resolución 1755 de 2017
- Resolución 2249 de 2018
- Resolución 1342 de 2019
- Resolución 851 de 2023
- Resolución 980 de 2024

- **Decreto 2353 de 2015** "Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud".

  El Sistema de Afiliación Transaccional profundiza la lógica transaccional para la garantía del derecho a la salud, en donde para prestar servicios de salud se debe tener afiliación al sistema como primer requisito.

- **Resolución 518 de 2015** "Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas".

  Circunscribe en un nivel operativo de gestión por procesos y no de planificación estratégica, las competencias en salud pública establecidas por Ley.

- **Ley 1797 de 2016** "Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones."

  La Ley aumenta la proporción de recursos del SPG salud para el Régimen subsidiado, reduciendo el de subsidio a la oferta para hospitales públicos.
  Habilita el uso de excedentes de SPG salud para el pago de deudas por servicios de salud.

- **Resolución 1441 de 2016** "Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones".

  En contravía de lo establecido en las Leyes 1438 de 2011 y 1966 de 2019, se faculta a las Entidades Promotoras de Salud – EPS para que realicen la conformación y habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud.

  Lo que afecta el ejercicio de la rectoría en salud por parte de la Entidad Territorial del orden Departamental y Distrital.

- **Resolución 3280 de 2018** "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación".

  Lineamientos dentro de la lógica del mercado en la que se sustenta el sistema de salud con formas de contratación, fragmentación de la atención, segmentación de la población y mecanismos de contención del gasto que restringen el acceso efectivo y oportuno de la población a los servicios de salud.

- **Ley 1955 de 2019** "Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, Pacto por la Equidad".

  Modifica las competencias de los Departamentos en la prestación de servicios de salud.

Reduce la asignación para el SGP subsidio a la oferta, aumentando la participación para el régimen subsidiado.

Restringe el uso de los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal a la adquisición, distribución y garantía del suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial, excluyendo otras prioridades en salud pública y limitando el abordaje conforme a las realidades territoriales.

- **Decreto 268 de 2020** "Por el cual se sustituye parcialmente la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único: Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo 2.2.5.1.2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones Salud y se dictan otras disposiciones". Y **Decreto 292 de 2020** "Por el cual se corrige un error formal del Decreto 268 de 2020".

  Como reglamentación de la ley 1955 de 2019, establece los criterios, procedimientos, variables de distribución y asignación, y el uso de los recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones - SGP, en cada uno de los componentes y subcomponentes.

  Los efectos que estas medidas han tenido en las Entidades Territoriales, principalmente en su rol de autoridad sanitaria, y en cuanto a la organización de los servicios de salud, se describe a continuación:

7.1.3 CAPACIDADES DEL GOBIERNO CENTRAL Y DESCENTRALIZADO PARA EJERCER LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

De acuerdo con la OMS/OPS las funciones esenciales de salud pública (FESP) son las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.

Bajo el liderazgo de la OPS y debido a la necesidad de una visión más integral para la salud pública a fin de enfrentar los desafíos del siglo XXI, en el año 2020 se realizó la renovación de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) en las Américas (19), basado en las cuatro etapas del ciclo de política pública se definieron once (11) funciones esenciales que deben ser realizadas por las autoridades sanitarias (AS), se muestran en la siguiente Tabla.

Tabla 3. Funciones esenciales de Salud Pública

ETAPA	FUNCIÓN
EVALUACIÓN	FESP 1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud
	FESP 2. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias
	FESP 3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud
DESARROLLO DE POLÍTICAS	FESP 4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población
	FESP 5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia
ASIGNACIÓN DE RECURSOS	FESP 6. Desarrollo de recursos humanos para la salud
	FESP 7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.
	FESP 8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo
ACCESO	FESP 9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad
	FESP 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables
	FESP 11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud

Considerando estos elementos, durante el año 2023 se realizó una medición nacional de las FESP renovadas en Colombia, donde participaron los 32 departamentos del país, estableciendo el perfil de las capacidades de gobierno central y descentralizado como un referente para su fortalecimiento progresivo; elemento estratégico para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud. El resultado de este ejercicio se materializó en el libro denominado: **"Funciones Esenciales de Salud Pública. La capacidad del gobierno cerca de la salud de las personas, familias y comunidades. Colombia 2023"**(20).

Para la medición, se utilizó el instrumento creado por la OMS/OPS y adaptado para el contexto colombiano, que basado en el ciclo de políticas públicas permite caracterizar las FESP en un enfoque integrado y medir el grado de cumplimiento de los estándares para

cada una. Estos estándares describen un nivel óptimo de capacidad instalada que garantiza que puedan utilizarse para lograr una mejora continua. Cada FESP se evalúa mediante un conjunto de 5 a 10 preguntas adaptadas a la situación del país en términos de políticas de salud y áreas temáticas específicas; esto permite una evaluación rápida del nivel de capacidad instalada para cada FESP.

Se realizaron tres momentos de la evaluación, el primer presencial el modalidad de taller presencial, con diligenciamiento por parte de las autoridades territoriales del cuestionario de medición; un segundo momento con el Ministerio de Salud y Protección Social y las instituciones adscritas, en las que evaluaron la forma de apoyo e interacción hacia los territorios; y un último momento en el cual los equipos técnicos de las secretarías de salud realizaron la evaluación in situ del cumplimiento de las FESP.

Los resultados de la medición de cumplimiento de cada función por departamento se muestran a continuación:

Tabla 4. Medición departamental de la FESP 1: Monitoreo y Evaluación

FESP 1: Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud					
	¿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 alcanzadas?	¿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?	¿Presupuesta recursos financieros de la entidad para evaluar la situación de salud del territorio cargo?	¿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?	¿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	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Antioquia	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo
Arauca	Moderado	Significativo	Mínimo	Mínimo	Moderado
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Significativo	Significativo	Óptimo	Moderado	Óptimo
Atlántico	Óptimo	Moderado		Mínimo	Moderado
Bogotá DC	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Bolívar	SD	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Moderado	Significativo	Moderado	Óptimo	Significativo
Caldas	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo
Caquetá	Óptimo	Significativo	Óptimo	Mínimo	Significativo
Casanare	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado
Cauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Cesar	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado
Chocó	Significativo	Moderado	Óptimo	Moderado	Moderado
Córdoba	Significativo	Moderado		Moderado	Moderado
Cundinamarca	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Guainía	Significativo	Significativo	Óptimo	Significativo	Significativo
Guaviare	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado
Huila	Moderado	Mínimo	Ninguna	Mínimo	Moderado
La Guajira	Significativo	Moderado		Mínimo	Moderado
Magdalena	Mínimo	Moderado	Significativo	Moderado	Mínimo
Meta	SD	SD	SD	SD	SD
Nariño	Óptimo	Significativo	Significativo	Moderado	Óptimo
Norte de Santander	Significativo	Mínimo	Ninguna	Moderado	Moderado
Putumayo	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Moderado
Quindío	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo
Risaralda	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo
Santander	Moderado	Mínimo	Mínimo	Moderado	Moderado
Sucre	Significativo	Moderado		Mínimo	Significativo
Tolima	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo
Valle del Cauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Vaupés	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Moderado
Vichada	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo

FESP 1: Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud

	¿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 alcanzadas?	¿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?	¿Presupuesta recursos financieros de la entidad para evaluar la situación de salud del territorio cargo?	¿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?	¿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?
Cesar	Significativo	Moderado		Mínimo	Moderado
Chocó	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo
Córdoba	Significativo	Moderado		Moderado	Moderado
Cundinamarca	Significativo	Moderado	Ninguna	Mínimo	Moderado
Guainía	Significativo	Significativo	Óptimo	Moderado	Óptimo
Guaviare	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Huila	Moderado	Mínimo	Ninguna	Mínimo	Moderado
La Guajira	Significativo	Moderado		Mínimo	Moderado
Magdalena	Mínimo	Moderado	Significativo	Moderado	Mínimo
Meta	SD	SD	SD	SD	SD
Nariño	Óptimo	Significativo	Significativo	Moderado	Óptimo
Norte de Santander	Significativo	Mínimo	Ninguna	Moderado	Moderado
Putumayo	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Moderado
Quindío	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo
Risaralda	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo
Santander	Moderado	Mínimo	Mínimo	Moderado	Moderado
Sucre	Significativo	Moderado		Mínimo	Significativo
Tolima	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo
Valle del Cauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Vaupés	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Moderado
Vichada	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo

Tabla 5. 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					
	¿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?	¿Coordina la formulación y aplicación de medidas multisectoriales de preparación para situaciones de emergencia por peligros múltiples?	¿Utiliza sistemas electrónicos de notificación para las enfermedades de notificación obligatoria para la salud humana y la sanidad animal?	¿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?	¿Facilita el acceso a los recursos necesarios para recuperar y restablecer los servicios de salud esenciales en emergencias y desastres?
Amazonas	Mínimo	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado
Antioquia	Moderado	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado

FESP 2: La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias

	¿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?	¿Coordina la formulación y aplicación de medidas multisectoriales de preparación para situaciones de emergencia por peligros múltiples?	¿Utiliza sistemas electrónicos de notificación para las enfermedades de notificación obligatoria para la salud humana y la sanidad animal?	¿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?	¿Facilita el acceso a los recursos necesarios para recuperar y restablecer los servicios de salud esenciales en emergencias y desastres?
Arauca	Mínimo	Moderado	Significativo	Moderado	No Aplica*
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Atlántico	Significativo	Significativo		Significativo	Moderado
Bogotá DC	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Bolívar	SD	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Significativo	Significativo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Caldas	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado
Caquetá	Moderado	Moderado	Óptimo	Moderado	Mínimo
Casanare	Moderado	Moderado	Óptimo	Significativo	Mínimo
Cauca	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
Cesar	Moderado	Significativo		Óptimo	Moderado
Chocó	Significativo	Moderado	Óptimo	Moderado	Moderado
Córdoba	Moderado	Óptimo		Óptimo	Moderado
Cundinamarca	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Guainía	Significativo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Significativo
Guaviare	Mínimo	Mínimo	Significativo	Moderado	Mínimo
Huila	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado	Mínimo
La Guajira	Significativo	Moderado		Óptimo	Mínimo
Magdalena	Mínimo	Mínimo	Moderado	Moderado	Moderado
Meta	SD	SD	SD	SD	SD
Nariño	Mínimo	Moderado	Óptimo	Óptimo	Moderado
Norte de Santander	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Mínimo
Putumayo	Mínimo	Mínimo	Significativo	Moderado	Moderado
Quindío	Mínimo	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo
Risaralda	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Santander	Significativo	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo
Sucre	Significativo	Óptimo		Significativo	Moderado
Tolima	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado
Valle del Cauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Vaupés	Mínimo	Moderado	Significativo	Significativo	Mínimo
Vichada	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	No Aplica*

Tabla 6. 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				
	¿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?	¿Fomenta la colaboración entre la secretaría de salud y las instituciones académicas para la investigación e innovación para la salud?	¿Facilita el accesso 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?	¿Facilita el acceso de los investigadores a los datos generados en la prestación de servicios de salud y programas de salud pública?
Amazonas	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Significativo
Antioquia	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado
Arauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Moderado	Significativo	Mínimo	Moderado
Atlántico	Mínimo	Moderado	Mínimo	Moderado
Bogotá DC	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Bolívar	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Caldas	Moderado	Moderado	Ninguna	Moderado
Caquetá	Mínimo	Moderado	Mínimo	Óptimo
Casanare	Mínimo	Moderado	Mínimo	Significativo
Cauca	Mínimo	Moderado	Moderado	Moderado
Cesar	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Significativo
Chocó	Mínimo	Mínimo	Ninguna	Significativo
Córdoba	Mínimo	Moderado	Mínimo	Óptimo
Cundinamarca	Mínimo	Ninguna	Ninguna	Mínimo
Guainía	Moderado	Significativo	Mínimo	Moderado
Guaviare	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Huila	Mínimo	Mínimo	Ninguna	Significativo
La Guajira	Moderado	Mínimo	Mínimo	Significativo
Magdalena	Ninguna	Mínimo	Ninguna	Moderado
Meta	SD	SD	SD	SD
Nariño	Mínimo	Mínimo	Ninguna	Significativo
Norte de Santander	Moderado	Ninguna	Ninguna	Significativo
Putumayo	Ninguna	Ninguna	Moderado	Ninguna
Quindío	Moderado	Significativo	Mínimo	Moderado
Risaralda	Moderado	Moderado	Ninguna	Moderado
Santander	Moderado	Significativo	Moderado	Significativo
Sucre	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Óptimo
Tolima	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
Valle del Cauca	Óptimo	Significativo	Óptimo	Óptimo
Vaupés	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado
Vichada	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo

Tabla 7.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				
	¿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?	¿Presenta estrategias y presupuesta recursos para ser utilizados en las actividades de regulación y fiscalización para el cumplimiento del derecho a la salud a nivel territorial?	¿Promueve políticas y acciones dirigidas a la prevención de la corrupción en el sistema de salud y a la identificación de conflictos de interés?	¿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	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado
Antioquia	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado
Arauca	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Atlántico	Óptimo	Moderado	Moderado	Significativo
Bogotá DC	Significativo	Significativo	Óptimo	Significativo
Bolívar	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo
Caldas	Óptimo	Moderado	Significativo	Moderado
Caquetá	Óptimo	Significativo	Óptimo	Óptimo
Casanare	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado
Cauca	Óptimo	Óptimo		Significativo
Cesar	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo
Chocó	Moderado		Ninguna	Significativo
Córdoba	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo
Cundinamarca	Significativo	Mínimo	Moderado	Mínimo
Guainía	Óptimo	Moderado	Moderado	Significativo
Guaviare	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
Huila	Moderado		Moderado	Mínimo
La Guajira	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo
Magdalena	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado
Meta	SD	SD	SD	SD
Nariño	Significativo	Significativo	Moderado	Mínimo
Norte de Santander	Significativo	Mínimo	Moderado	Mínimo
Putumayo	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado
Quindío	Óptimo	Moderado	Significativo	Moderado
Risaralda	Óptimo	Moderado	Significativo	Moderado
Santander	Moderado	Mínimo	Moderado	Moderado
Sucre	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo
Tolima	Óptimo	Moderado	Significativo	Moderado
Valle del Cauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Vaupés	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado

FESP 4: Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población				
	¿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?	¿Presenta estrategias y presupuesta recursos para ser utilizados en las actividades de regulación y fiscalización para el cumplimiento del derecho a la salud a nivel territorial?	¿Promueve políticas y acciones dirigidas a la prevención de la corrupción en el sistema de salud y a la identificación de conflictos de interés?	¿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?
Vichada	Óptimo	Significativo	No Aplica*	Moderado

Tabla 8.Medición departamental de la FESP 5: Participación y movilización social

FESP 5: Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia			
	¿Cuenta con mecanismos de participación social en las decisiones y acciones relativas a los programas de salud a través de instancias o arreglos vinculantes?	¿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?	¿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	Moderado	Moderado	Moderado
Antioquia	Significativo	Moderado	Significativo
Arauca	Moderado	Moderado	Significativo
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Significativo	Significativo	Significativo
Atlántico	Significativo	Significativo	Significativo
Bogotá DC	Significativo	Significativo	Significativo
Bolívar	SD	SD	SD
Boyacá	Moderado	Moderado	Moderado
Caldas	Significativo	Significativo	Óptimo
Caquetá	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Casanare	Moderado	Significativo	Óptimo
Cauca	Significativo	Moderado	Significativo
Cesar	Significativo	Significativo	Significativo
Chocó	Moderado	Moderado	Mínimo
Córdoba	Significativo	Significativo	Significativo
Cundinamarca	Moderado	Mínimo	Significativo
Guainía	Óptimo	Significativo	Óptimo
Guaviare	Moderado	Moderado	Óptimo
Huila	Moderado	Moderado	Significativo
La Guajira	Significativo	Significativo	Significativo
Magdalena	Moderado	Mínimo	Mínimo
Meta	SD	SD	SD
Nariño	Moderado	Moderado	Moderado
Norte de Santander	Moderado	Moderado	Significativo
Putumayo	Moderado	Moderado	Óptimo

FESP 5: Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia			
	¿Cuenta con mecanismos de participación social en las decisiones y acciones relativas a los programas de salud a través de instancias o arreglos vinculantes?	¿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?	¿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?
Quindío	Significativo	Significativo	Significativo
Risaralda	Significativo	Significativo	Significativo
Santander	Moderado	Moderado	Significativo
Sucre	Significativo	Significativo	Óptimo
Tolima	Significativo	Significativo	Significativo
Valle del Cauca	Óptimo	Significativo	Óptimo
Vaupés	Moderado	Moderado	Óptimo
Vichada	Mínimo	Moderado	Significativo

Tabla 9.Medición departamental de la FESP 6: Desarrollo de recursos humanos para la salud

FESP 6: Desarrollo de recursos humanos para la salud					
	¿Realiza seguimiento periódico de la disponibilidad, distribución y necesidades de la fuerza laboral en salud existente (diferenciado por disciplinas) en su jurisdicción?	¿Realiza seguimiento periódico a los procesos de reclutamiento, las condiciones laborales y de contratación del personal de salud en su jurisdicción?	¿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?	¿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?	¿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	Moderado	Ninguna	Moderado	Mínimo	Ninguna
Antioquia	Mínimo	Mínimo	No Aplica*	No Aplica*	No Aplica*
Arauca	Mínimo	Mínimo	Significativo	No Aplica*	No Aplica*
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	No Aplica*	No Aplica*	No Aplica*	No Aplica*	No Aplica*
Atlántico	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	
Bogotá DC	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Bolívar	SD	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Moderado	Mínimo
Caldas	Mínimo	Ninguna	Moderado	Mínimo	Mínimo
Caquetá	Significativo	Moderado	Significativo	Óptimo	Mínimo
Casanare	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Ninguna
Cauca	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo
Cesar	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Ninguna	Mínimo
Chocó	Moderado	Mínimo	Moderado	Significativo	Mínimo
Córdoba	Mínimo	Mínimo	Moderado	Ninguna	Mínimo
Cundinamarca		Ninguna	Mínimo	Mínimo	Ninguna
Guainía	Significativo	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Guaviare	Mínimo	Mínimo	Moderado	Mínimo	Ninguna

FESP 6: Desarrollo de recursos humanos para la salud					
	¿Realiza seguimiento periódico de la disponibilidad, distribución y necesidades de la fuerza laboral en salud existente (diferenciado por disciplinas) en su jurisdicción?	¿Realiza seguimiento periódico a los procesos de reclutamiento, las condiciones laborales y de contratación del personal de salud en su jurisdicción?	¿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?	¿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?	¿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?
Huila	Mínimo	Ninguna	Mínimo	Mínimo	Mínimo
La Guajira					
Magdalena	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Ninguna	Ninguna
Meta	SD	SD	SD	SD	SD
Nariño	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	No Aplica*
Norte de Santander	Mínimo	Mínimo	Moderado	Mínimo	Mínimo
Putumayo	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Quindío	Mínimo	Ninguna	Moderado	Mínimo	Mínimo
Risaralda	Mínimo	Ninguna	Moderado	Mínimo	Ninguna
Santander	Mínimo	Mínimo	Moderado	Mínimo	Mínimo
Sucre	Mínimo		Moderado	Ninguna	Mínimo
Tolima	Mínimo	Ninguna	Moderado	Mínimo	Ninguna
Valle del Cauca	Moderado	No Aplica*	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Vaupés	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Vichada	Moderado	Moderado	No Aplica*	No Aplica*	No Aplica*

Tabla 10.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				
	¿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?	¿Aplica estrategias territoriales y realiza seguimiento para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales en su jurisdicción?	¿Promueve intervenciones para mejorar el uso racional y prescripción pertinente de medicamentos y tecnologías sanitarias en su jurisdicción?	¿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	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado
Antioquia	Significativo	Moderado	Moderado	No Aplica*
Arauca	Mínimo	Moderado	Moderado	Ninguna
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Significativo	Significativo	Significativo	No Aplica*
Atlántico	Significativo	Significativo	Moderado	Mínimo
Bogotá DC	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Bolívar	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado

FESP 7: Asegurar el acceso y el uso adecuado de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces				
	¿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?	¿Aplica estrategias territoriales y realiza seguimiento para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales en su jurisdicción?	¿Promueve intervenciones para mejorar el uso racional y prescripción pertinente de medicamentos y tecnologías sanitarias en su jurisdicción?	¿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?
Caldas	Moderado	Significativo	Mínimo	Óptimo
Caquetá	Óptimo	Significativo	Óptimo	Significativo
Casanare	Moderado	Significativo	Significativo	Mínimo
Cauca	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Cesar	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado
Chocó	Moderado	Mínimo	Moderado	Óptimo
Córdoba	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo
Cundinamarca	Mínimo	Significativo	Mínimo	Moderado
Guainía	Significativo	Moderado	Significativo	Mínimo
Guaviare	Moderado	Moderado	Mínimo	Ninguna
Huila	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Ninguna
La Guajira				
Magdalena	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Meta	SD	SD	SD	SD
Nariño	Mínimo	Significativo	Significativo	No Aplica*
Norte de Santander	Moderado	Moderado	Moderado	Ninguna
Putumayo	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo
Quindío	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado
Risaralda	Moderado	Significativo	Mínimo	Mínimo
Santander	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Ninguna
Sucre	Significativo	Significativo	Mínimo	Mínimo
Tolima	Moderado	Significativo	Mínimo	Óptimo
Valle del Cauca	Mínimo	Mínimo	Mínimo	No Aplica*
Vaupés	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo
Vichada	Moderado	Moderado	Moderado	No Aplica*

Tabla 11.Medición departamental de la FESP 8: Financiamiento

FESP 8: Financiamiento de la salud eficiente y equitativo						
	¿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?	¿Desarrolla estrategias para la recaudación de recursos destinados al sector salud, en particular para el primer nivel de atención?	¿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?	¿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?	¿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?	¿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	Mínimo	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Ninguna
Antioquia	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo	No Aplica*
Arauca	No Aplica*	No Aplica*	Moderado	No Aplica*	Moderado	No Aplica*
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	No Aplica*	No Aplica*	Óptimo	No Aplica*	Significativo	No Aplica*
Atlántico	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Mínimo
Bogotá DC	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Bolívar	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Mínimo	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado	No Aplica*
Caldas	Mínimo	Moderado	Óptimo	Significativo	Significativo	Significativo
Caquetá	Mínimo	No Aplica*	Óptimo	Óptimo	Óptimo	No Aplica*
Casanare	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Cauca	Óptimo	Moderado	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado
Cesar	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Mínimo
Chocó	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo
Córdoba	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Mínimo
Cundinamarca	Moderado	Moderado	Significativo	Mínimo	Moderado	Ninguna
Guainía	Significativo	Óptimo	Óptimo	Significativo	Óptimo	No Aplica*
Guaviare	Mínimo	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Ninguna
Huila	Mínimo	Significativo	Mínimo	Mínimo	Moderado	Ninguna
La Guajira						
Magdalena	No Aplica*	Moderado	Significativo	No Aplica*	Significativo	Mínimo
Meta	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Nariño	Significativo	No Aplica*	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Norte de Santander	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Ninguna
Putumayo	Moderado	Significativo	Óptimo	Significativo	Significativo	No Aplica*
Quindío	No Aplica*	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Moderado
Risaralda	No Aplica*	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Santander	Mínimo	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado	Ninguna
Sucre	No Aplica*	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Mínimo
Tolima	No Aplica*	Significativo	Óptimo	Óptimo	Significativo	Moderado

FESP 8: Financiamiento de la salud eficiente y equitativo						
	¿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?	¿Desarrolla estrategias para la recaudación de recursos destinados al sector salud, en particular para el primer nivel de atención?	¿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?	¿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?	¿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?	¿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?
Valle del Cauca	No Aplica*	No Aplica*	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Vaupés	Mínimo	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Ninguna
Vichada	Mínimo	No Aplica*	Significativo	No Aplica*	Significativo	No Aplica*

Tabla 12.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						
	¿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?	¿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?	¿Participa en la planificación, conformación y gestión de las redes integradas de servicios de salud, incluyendo recomendaciones para la definición de criterios para la asignación de la población?	¿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?	¿Coordina iniciativas con las entidades del sector salud y otras organizaciones interesadas para reducir las barreras de acceso a los servicios de salud?	¿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	Moderado	Moderado	Ninguna	Moderado	Moderado	Moderado
Antioquia	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado
Arauca	Moderado	No Aplica*	Moderado	Moderado	Significativo	Significativo
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Significativo	No Aplica*	No Aplica*	No Aplica*	Significativo	Significativo
Atlántico	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Bogotá DC	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Bolívar	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado	Moderado
Caldas	Mínimo	Mínimo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Caquetá	Significativo	Óptimo	Significativo	Significativo	Significativo	Óptimo
Casanare	Significativo	Moderado	Mínimo	Mínimo	Significativo	Mínimo
Cauca	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
Cesar	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Chocó	Moderado	Mínimo	Moderado	Mínimo	Significativo	Moderado
Córdoba	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Cundinamarca	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo
Guainía	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo

FESP 9: Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad						
	¿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?	¿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?	¿Participa en la planificación, conformación y gestión de las redes integradas de servicios de salud, incluyendo recomendaciones para la definición de criterios para la asignación de la población?	¿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?	¿Coordina iniciativas con las entidades del sector salud y otras organizaciones interesadas para reducir las barreras de acceso a los servicios de salud?	¿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?
Guaviare	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Moderado
Huila	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado	Moderado	Mínimo
La Guajira						
Magdalena	Mínimo	Mínimo	Ninguna	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Meta	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Nariño	Moderado	Moderado		Moderado	Significativo	Moderado
Norte de Santander	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo
Putumayo	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Quindío	Moderado	Ninguna	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado
Risaralda	Mínimo	Mínimo	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado
Santander	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado	Mínimo
Sucre	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Tolima	Moderado	Mínimo	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo
Valle del Cauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Significativo
Vaupés	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado	Mínimo	Mínimo
Vichada	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo	Significativo

Tabla 13.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						
	¿Garantiza los recursos (financieros y humanos) y la aplicación territorial de políticas y acciones de promoción de la salud culturalmente apropiadas?	¿Garantiza los recursos (financieros y humanos) y la aplicación territorial de políticas y acciones para reducir los riesgos y favorecer comportamientos y entornos saludables?	¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para proteger y mejorar la salud pública ambiental y protección de la salud de los trabajadores?	¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor?	¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para el control de vectores y zoonosis?	¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para prevenir la resistencia a los antimicrobianos?
Amazonas	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo
Antioquia	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado
Arauca	Moderado	No Aplica*	No Aplica*	Moderado	Significativo	Moderado
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Atlántico	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Óptimo	Moderado

FESP 10: Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables						
	¿Garantiza los recursos (financieros y humanos) y la aplicación territorial de políticas y acciones de promoción de la salud culturalmente apropiadas?	¿Garantiza los recursos (financieros y humanos) y la aplicación territorial de políticas y acciones para reducir los riesgos y favorecer comportamientos y entornos saludables?	¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para proteger y mejorar la salud pública ambiental y protección de la salud de los trabajadores?	¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor?	¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para el control de vectores y zoonosis?	¿Garantiza la aplicación territorial de políticas y acciones para prevenir la resistencia a los antimicrobianos?
Bogotá DC	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Bolívar	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Moderado	Moderado
Caldas	Moderado	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Moderado
Caquetá	Significativo	Moderado	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo
Casanare	Moderado	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo
Cauca	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Cesar	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado
Chocó	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Córdoba	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado
Cundinamarca	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Mínimo
Guainía	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Guaviare	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado	Mínimo
Huila	Significativo	Moderado	Moderado	Mínimo	Significativo	Mínimo
La Guajira	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Mínimo
Magdalena	Moderado	Moderado	Mínimo	Ninguna	Mínimo	Mínimo
Meta	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Nariño	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Significativo
Norte de Santander	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado
Putumayo	Mínimo	Moderado	Mínimo	Moderado	Moderado	Mínimo
Quindío	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo	Significativo	Mínimo
Risaralda	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo	Mínimo
Santander						
Sucre	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Significativo	Mínimo
Tolima	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo	Significativo
Valle del Cauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
Vaupés	Moderado	Mínimo	Moderado	Moderado	Significativo	Mínimo
Vichada	Significativo	Significativo	Significativo	Moderado	Significativo	Moderado

Tabla 14.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				
	¿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?	¿Fortalece la inclusión de la salud pública en las políticas, programas y acciones intersectoriales desarrolladas por sectores diferentes al de salud en su jurisdicción?	¿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?	¿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	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Antioquia	Significativo	Mínimo	Significativo	Mínimo
Arauca	Moderado	Moderado	Moderado	Significativo
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Significativo	No Aplica*	Significativo	No Aplica*
Atlántico	Significativo	Moderado	Significativo	Moderado
Bogotá DC	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Bolívar	SD	SD	SD	SD
Boyacá	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Caldas	Significativo	Significativo	Moderado	Moderado
Caquetá	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo
Casanare	Mínimo	Moderado	Moderado	Mínimo
Cauca	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
Cesar	Moderado	Moderado	Significativo	Moderado
Chocó	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado
Córdoba	Moderado	Moderado	Significativo	Mínimo
Cundinamarca	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Guainía	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Significativo
Guaviare	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Huila	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo
La Guajira	Óptimo	Moderado	Significativo	
Magdalena	Significativo	Moderado	Moderado	Significativo
Meta	SD	SD	SD	SD
Nariño	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
Norte de Santander	Moderado	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Putumayo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo
Quindío	Significativo	Significativo	Mínimo	Moderado
Risaralda	Moderado	Moderado	Mínimo	Moderado
Santander	Moderado	Moderado	Mínimo	Mínimo
Sucre	Óptimo	Moderado	Significativo	Moderado
Tolima	Moderado	Moderado	Significativo	Mínimo
Valle del Cauca	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo

FESP 11: Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud				
	¿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?	¿Fortalece la inclusión de la salud pública en las políticas, programas y acciones intersectoriales desarrolladas por sectores diferentes al de salud en su jurisdicción?	¿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?	¿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?
Vaupés	Mínimo	Moderado	Moderado	Ninguna
Vichada	Significativo	Moderado	Moderado	Moderado

En términos generales se destacan las siguientes conclusiones:

1. El análisis muestra brechas significativas en varias FESP en la mayoría de las regiones del país como: desarrollo de recursos humanos en salud (FESP 6), promoción y gestión de investigación en salud (FESP 3), acceso y uso adecuado de medicamentos y tecnologías sanitarias (FESP 7) y gestión de intervenciones en determinantes sociales de la salud (FESP 11).

2. Se resalta la variabilidad en las capacidades a lo largo del territorio. Los departamentos de Huila, Magdalena, Guaviare, Putumayo, Santander, Amazonas, Vaupés, Cundinamarca, Norte de Santander, Chocó y Boyacá han autoevaluado que sus capacidades son mínimas en general. En estos departamentos, las deficiencias principales están en el monitoreo y evaluación (FESP 1), desarrollo de recursos humanos en salud (FESP 6) y acceso a medicamentos y tecnologías (FESP 7), como previamente se mencionó a nivel nacional.

3. En general, las secretarías departamentales de salud han desarrollado en alto grado las capacidades para realizar la FESP 1, de manera específica los Análisis de Situación de Salud (ASIS), la vigilancia en salud pública y la adopción de los protocolos de IVC para la gestión de riesgos en salud, a pesar de que se evidencian limitaciones con respecto a la suficiencia de recursos y a la disponibilidad del recurso humano requeridos con diferencias en las regiones. Se observó una debilidad sistemática en la participación social en los procesos del ASIS para identificar a nivel micro territorial las inequidades en salud.

4. En la mayoría de los departamentos, el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud y la medición de las desigualdades en salud es incipiente. Esta situación dificulta establecer planes articulados con los diferentes sectores del desarrollo.

5. Con relación a la FESP 4: Políticas, legislación y marcos regulatorios; los hallazgos evidencian que la normatividad en salud vigente en el país es de difícil adaptación a las realidades territoriales de las regiones apartadas de los centros urbanos y con alta dispersión poblacional.

6. Los planes territoriales de salud no se armonizan con los planes departamentales y con los planes nacionales de desarrollo, lo que genera dificultades al momento de establecer metas, indicadores y asignar los recursos para el sector salud y para el abordaje de los Determinantes Sociales de Salud. La participación de la comunidad en los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas en salud es incipiente en los territorios

7. En relación con la FESP 6: el proceso de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud se ha implementado escasamente en la mayoría de las secretarías departamentales de salud. Este ha estado dirigido especialmente a los vinculados con el sector público y a lo relacionado con el Servicio de Salud Obligatorio de profesionales de la salud. Es importante señalar, como elemento transversal, las debilidades en suficiencia y competencias del recurso humano para garantizar el cumplimiento de la Gestión en Salud Pública.

8. Los resultados evidencian que los recursos que con mayor frecuencia disponen y financian acciones de salud en los territorios son los provenientes del SGP para salud pública, y que resultan insuficientes para garantizar las funciones que tienen las entidades territoriales. La ejecución de los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas no es eficiente en la mayoría de los departamentos debido a limitaciones para la contratación oportuna y continua del recurso humano; esto deriva de la falta de armonización de las normas sobre cierres presupuestales y trámites al interior de las administraciones.

9. La articulación de los recursos que financian las intervenciones individuales para la atención en salud, unidad de pago por capitación, con los recursos destinados a las intervenciones poblaciones y colectivas (SGP y rentas cedidas), es mínima en la mayoría de los territorios. Esta realidad, asociada a la concentración de recursos en las ciudades y a la alta complejidad, incide en el logro de los resultados en salud.

10. En varios departamentos con presencia de comunidades indígenas hay un bajo nivel de implementación del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural, debido principalmente falta de recursos financieros, de información y del recurso humano calificado para acompañar esos procesos

11. Sobre la FESP 11 (acceso a servicios integrales y de calidad), la exigencia de documento de identidad para procesos de aseguramiento y atención en salud se ha convertido en una barrera para grupos de población con alta vulnerabilidad y en

poblaciones dispersas que aún no cuentan con este requisito legal (migrantes y territorios rurales dispersos). En general, los resultados sugieren inequidad en el acceso efectivo a los servicios de salud, lo que afecta a las poblaciones más alejadas de los centros urbanos y de manera crítica a los más vulnerables, entre ellos, la población materno-infantil.

12. Existe una limitada conformación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud para la garantía del acceso efectivo a los servicios, esto en razón de la débil autoridad sanitaria y la falta de integración de los actores del sistema, especialmente con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios; adicionalmente, los documentos de red de servicios de salud que elaboran las secretarías departamentales de salud contemplan solamente la oferta pública de servicios, lo que limita conocer la suficiencia de la red a nivel departamental. En la mayoría de los departamentos no se desarrolla una coordinación apropiada para la planificación y utilización de la oferta de servicios de salud a nivel territorial.

13. Las entidades descentralizadas de salud del país: INS, INVIMA e IETS, evidencian un adecuado desarrollo técnico, sin embargo, es necesario fortalecer los procesos de asistencia técnica y acompañamiento a las autoridades territoriales y la coordinación con el MinSalud. La debilidad en la articulación intersectorial e interinstitucional limita el desarrollo de acciones integrales de IVC.

Este resultado, conlleva a la necesidad de construir un plan de cierre de brechas en cada uno de los grupos de funciones, con el propósito de mejorar la capacidad de respuesta de la institucionalidad de la salud pública dirigida a: Fortalecer la evaluación de condiciones de salud y vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental, el acceso a los servicios de salud, la acción sobre los determinantes de la salud y la participación de la sociedad civil para construir soluciones orientadas a proteger la salud y la vida.

7.1.4 CAPACIDAD NACIONAL Y REGIONAL PARA LA CONFORMACIÓN DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL TERRITORIAL.

La organización de los servicios de salud es un elemento central para la garantía del derecho fundamental a la salud; como se mencionó en la sección anterior, la responsabilidad en dicha organización es una Función Esencial de la Salud Pública (FEPS 9), y a la vez es una competencia indelegable del Estado, como lo indica el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 (Estatutaria en Salud):

> ***Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.*** *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*
>
> *Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.* (Subrayado fuera de texto original).

Por lo anterior, y como una fase siguiente a la medición de capacidades de rectoría y gobernanza territoriales en salud, en el mes de noviembre de 2023, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizó el taller "**Análisis funcional y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS"** con el objetivo de facilitar el proceso de análisis funcional y establecer la viabilidad para la implementación y desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud – RIISS contribuyendo al fortalecimiento de capacidades en las Entidades Territoriales (ET); el taller contó con la participación de representantes de 23 departamentos y distritos del país.

Los participantes del taller reconocieron los conceptos fundamentales de la estrategia de Atención Primaria en Salud, el marco operativo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, los ámbitos y atributos determinantes para la conformación de las RIISS, y caracterizaron el contexto y la operación actual de los servicios de salud en su territorio.

Tal y como se halló en la medición de las FESP, para la realización de análisis funcional y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud existen importantes disparidades y barreras territoriales, que limitan la posibilidad del desarrollo de las RIIIS; a continuación, se presentan las principales barreras según ámbito de abordaje de las RIISS:

Tabla 15. Barreras para el desarrollo de RIISS

AMBITO DE ABORDAJE	BARRERAS IDENTIFICADAS POR LA AUTORIDAD TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE RIISS
Modelo asistencial	- Concentración de servicios de mediana y alta complejidad en ciudades capitales - Falta de talento humano en salud en los territorios, - Habilitación de servicios de salud que desconoce el contexto social y cultural.
Gobernanza	- Debilidad en la participación social y comunitaria, - Carencia de liderazgo y empoderamiento de la entidad territorial para la articulación de los actores, - Ausencia de órganos intersectoriales que contribuya con la planeación
Asignación de recursos	- Asignación de recursos no alineada a las metas, ni al contexto del territorio; - Evaluación de desempeño de gerente de hospitales públicos es por resultados financieros y no por resultados en salud.
Organización y gestión	- Debilitamiento del primer nivel de atención y poca tecnología básica, - Escasez de talento humano - Falta de integridad entre lo clínico, administrativo y logístico

Los resultados del taller fueron sistematizados para cada uno de los departamentos, considerando las barreras identificadas y las estrategias establecidas para la superación, y se encuentran en el: **"Documento sistematización: análisis funcional y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud"** (21).

7.2 INEFICIENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD

La eficiencia en los sistemas de salud se refiere a la correlación entre el dinero invertido y la salud obtenida por ello (13,22). Pueden diferenciarse dos clases:

a. **Asignativa** ("hacer las cosas correctas"): Hace referencia a la asignación de recursos a los servicios que obtienen mayor ganancia en resultados en salud. Ejemplos de asignación ineficiente son: priorización inadecuada, ausencia de guías de práctica clínica, reportes con información incompleta y gobernanza inadecuada del sistema (22).

b. **Técnica** ("hacer las cosas bien"): Se refiere a la obtención de productos con la menor cantidad de posible de recursos o insumos; ejemplo de esta ineficiencia es: duplicación de exámenes, reingresos evitables o estancias hospitalarias prologadas(22).

Utilizando el *Análisis Envolvente de Datos – DEA* (Data Envelopment Analysis – DEA) Izquierdo y cols. (2018) identificaron que: "*una mejor gobernanza y calidad institucional de los sistemas de salud influyen en la eficiencia con la que los países traducen un determinado presupuesto para la salud en mejores resultados de salud de la población, acceso y equidad en el acceso a los servicios*" (22). Adicionalmente, Izquierdo y cols. encontraron que los estudios en los países de ingresos más altos muestran que las puntuaciones de eficiencia superiores están asociadas con menos aseguradoras, con modelos de prestación de servicios de salud donde los médicos de atención primaria orientan la puerta de entrada y con sistemas de salud descentralizados.

Se ha demostrado que la prestación de servicios de diagnóstico y de tratamiento oportunos y de alta calidad en la atención primaria previene el deterioro agudo, la progresión y las complicaciones en personas enfermas. Además, la gestión proactiva de las enfermedades en la atención primaria puede contribuir a contener el gasto en salud, al reducir o incluso evitar la necesidad de visitas de urgencia, hospitalizaciones o procedimientos más complejos (22). Igualmente, la subutilización de la atención primaria, además de ineficiente, tiene como resultado la calidad subóptima del cuidado; lo cual, no solo pone en peligro la salud de las personas, sino que se pierden oportunidades de ahorro.

En la eficiencia del sistema de salud, influyen también de forma importante: a) la efectividad del gobierno, b) la transparencia, c) la participación ciudadana en la formulación de políticas, y d) la calidad regulatoria (22).

El análisis en América Latina y el Caribe muestra que persisten grandes ineficiencias en los sistemas de salud, debido sobre todo al segmentado despliegue de la atención primaria; se calcula que para el año 2009 se podrían haber prevenido un promedio de 9,6 millones de hospitalizaciones (el 19% del total de egresos) por año mediante una atención primaria accesible, oportuna y adecuada; por lo cual, el costo anual para la región de las hospitalizaciones evitables se estimó en un 2,4% del gasto público total en salud y en un 1,5% del total de gastos en salud(13).

Específicamente para el sistema de salud colombiano, un reciente informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)(13) concluye que la eficiencia del gasto del sistema de salud colombiano es menor comparada con otros países, ocupando el puesto 10 entre 25 países de Latinoamérica y el Caribe. El informe detalla que, si bien, Colombia gasta 0,5 puntos porcentuales por debajo del promedio de la muestra de los 47 países analizados (8,5%) y un (1) punto porcentual por encima del promedio de los países latinoamericanos (7%), el país "compra un poco menos de salud por cada peso gastado por persona que el promedio de países estudiados por la OCDE" y que en caso de mejorar la eficiencia podría aumentar entre 6 meses y hasta 4 años la esperanza de vida de la población.

El informe detalla cuatro (4) áreas clave en las que el país debería trabajar para mejorar la eficiencia del sistema de salud:

a. **Disminución de Gasto administrativo**

En los países de la OCDE este gasto es en promedio de 3,5%; para Colombia este rubro reporta en promedio en 5,4%.

De acuerdo con el BID el gasto administrativo excesivo puede reflejar ineficiencias en la gestión o en la gobernanza de sistema, como por ejemplo, en la duplicidad de funciones.

b. **Desarrollo de la Atención Primaria**

Colombia debe aumentar la resolutividad y la calidad de la atención primaria en salud, lo cual permitiría: ofrecer mejor atención a las personas que tienen enfermedades crónicas y así disminuir la tasa de hospitalizaciones por causas susceptibles de atención en el nivel primario de atención.
Se calcula que el 17% del gasto en hospitalizaciones, obedece a causas prevenibles; esta mejora significaría un ahorro aproximado de 1.7 billones al año (3% del gasto en salud).

Igualmente se deberían encaminar esfuerzos para disminuir el uso de servicios de urgencias; el cual podría estar explicado por la limitada capacidad resolutiva en el primer nivel de atención.
Colombia reporta una tasa de uso de urgencias el doble de la encontrada en los países de la OCDE; siendo para el país de 58 por cada 100 afiliados y el promedio de la OCDE de 31 por cada 100 personas.

c. Enfocar el sistema hacia la promoción y prevención

El sistema de salud colombiano tiene poco impacto sobre los estilos de vida modificables asociados a la presencia de enfermedades crónicas.
Los resultados para el país muestran que una reducción del 10% en la incidencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas cardiovasculares (tabaco, hipertensión arterial, niveles altos de glucosa en sangre y alcohol) disminuiría el gasto proyectado en salud en casi 2%.

d. Mejorar el gasto en medicamentos

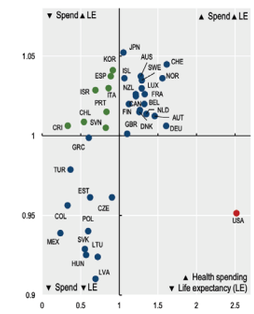
Para 2021, la OCDE evidenció un gasto público promedio en medicamentos de alrededor del 12 a 15%; por su parte, Colombia registra un gasto de 4 a 7 puntos porcentuales por encima en el mismo rubro.
Adicionalmente, el país registra una diferencia de 20% entre el precio de compra en el laboratorio mayorista de medicamentos y el precio que paga el sistema de salud.

En el mismo sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en su reciente informe Health at a Glance 2023 (23), analizó en qué medida el gasto en salud de los países miembros de la organización se correlaciona con una mejora en dos dimensiones: resultados de salud y acceso a la atención en salud de calidad.

Las Figura 3y Figura 4 ilustran la correlación entre gasto en salud y resultados en salud para los países de la OCDE. Como lo ilustra la Figura 3.Esperanza de vida y gasto en salud, hay una relación positiva entre las dos variables mencionadas; de la muestra de 38 países, aquellos ubicados en el cuadrante superior derecho (18 en total) tienen un gasto en salud mayor y una esperanza de vida mayor que el promedio de la OCDE. Caso contrario, los 11 países ubicados en el cuadrante inferior izquierdo registran gastar menos en salud como proporción de su PIB, y tener una esperanza de vida menor que el promedio de la OCDE; en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

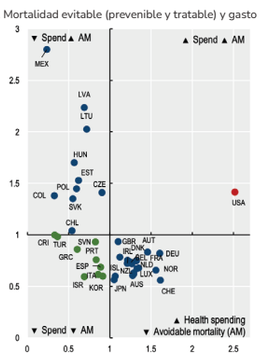
Para el caso de las variables analizadas en la Figura 4. Mortalidad evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud, también existe una asociación positiva. En la muestra de países analizados, 18 registran un gasto superior al promedio y tasas de mortalidad evitables más bajas (cuadrante inferior derecho), mientras 10 países gastan menos en salud que el promedio de la OCDE y evidencian más muertes que podrían haberse evitado (cuadrante superior izquierdo); en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Figura 3.Esperanza de vida y gasto en salud



Fuente: OECD (2023), Health at a Glance 2023

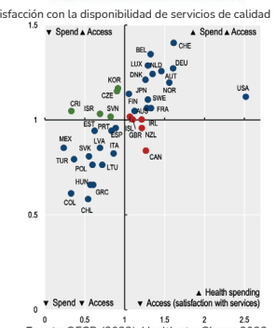
Figura 4. Mortalidad evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud



Fuente: *OECD (2023), Health at a Glance 2023.*

En la Figura 5 se analizan los resultados en acceso a salud respecto al gasto en dicho rubro. Se evidencia una correlación positiva entre las dos variables, ubicando en el cuadrante superior derecho a 14 países con un gasto superior al promedio de la OCDE y una mayor proporción de población satisfecha con la disponibilidad de atención médica de calidad. Por su parte, en el cuadrante inferior izquierdo, 14 países registran un gasto en salud menor y una menor porción de la población satisfecha con el acceso a servicios de salud de calidad respecto al promedio de la OCDE; en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Figura 5. Satisfacción con la disponibilidad de servicios de calidad y gasto sanitario



Fuente: *OECD (2023), Health at a Glance 2023.*

De esta manera, se demuestra que Colombia registra bajos resultados en salud en correlación con su nivel de gasto. Esto puede explicarse por fallas en la eficiencia asignativa del sistema de salud, en concordancia con las conclusiones del estudio previamente citado del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Además, dicho nivel de ineficiencia toma particular relevancia teniendo en cuenta que, aún ante escenarios de aumentos considerables en el presupuesto destinado al sector salud, los resultados del gasto continuarían viéndose limitados de mantenerse el esquema vigente de asignación del mismo; obedeciendo a las conclusiones del BID, un 20% del presupuesto en salud seguiría desviándose a gasto ineficiente.

En igual sentido, *The Lancet Global Health Commission on financing primary health care (24)*, recomienda que los países deben invertir más e invertir mejor en la APS para priorizar a las personas y abordar las desigualdades. Los acuerdos de financiación centrados en las personas para la APS exigen: 1) Invertir más en la APS para alcanzar las metas de desarrollo sustentable, brindar una cobertura médica universal y lidiar mejor con la próxima crisis sanitaria, y 2) Proteger a las personas y promover la equidad asignando recursos de la APS según las necesidades médicas de la población y garantizar que los recursos adecuados lleguen a los proveedores de primera línea de la APS.

7.2.1 COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

Le Ley 100 de 1993 delegó en las Entidades Promotoras de Salud la responsabilidad en la garantía de acceso a los servicios de salud. Desde 1994 a la fecha han tenido

autorización para operar un total de 155 Entidades Promotoras de Salud, de las cuales tan solo 27 se encuentran activas y operando, y 9 de esas se encuentran con medida de intervención para administración. ,

Tabla 16. Histórico de EPS: autorizadas, liquidadas, en liquidación y vigentes

Autorizadas para ambos regímenes	Intervención forzosa para administrar y liquidad	Liquidación voluntaria	Supresión y liquidación	Autorizadas y Operando a marzo 2025
155	113	12	3	27

*No se contabilizan dos Entidades Adaptadas para operar el aseguramiento: EPM y Ferrocarriles Nacionales
***Fuente**: Elaboración propia con información de la Superintendencia Nacional de Salud*

Ahora bien, como se muestra en la siguiente tabla el mayor periodo de liquidaciones, tanto por intervención como voluntarias, se dio durante los años 1998 – 2002; seguido de los periodos 2010 – 2014 y 2018 – 2022

Tabla 17. Relación de liquidación de EPS por periodo presidencial

Periodo	Liquidación tanto por intervención como voluntaria
1998 – 2002 Andrés Pastrana	78
2002 – 2006 Álvaro Uribe Vélez	6
2006 – 2010 Álvaro Uribe Vélez	3
2010 – 2014 Juan Manuel Santos	18
2014 – 2018 Juan Manuel Santos	8
2018 – 2022 Iván Duque	10
2022 – Actual Gustavo Petro Urrego	4
TOTAL	**127**

***Fuente**: Construcción propia a partir de información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud*

Estos datos muestran que las EPS han tenido serias dificultades para el cumplimiento de su objeto social, lo que ha producido serias fallas de prestación de servicios de salud, uso indebido de recursos, así como deudas no saldadas. Situación encubierta en la falsa sensación de estabilidad permitida por la flexibilización normativa para su operación y funcionamiento; así como los llamados de la Contraloría General de la República sobre la situación.

Cabe recordar que los recursos que manejan las Empresas Promotoras de Salud son de naturaleza pública, como lo ha reiterado la honorable Corte Constitucional *en lo que respecta al carácter público que se le atribuye a los recursos de salud, esta Corporación ha precisado, en reiteradas ocasiones, que dicho peculio es de índole parafiscal, aspecto que refuerza su naturaleza pública*(25–27). Por tanto es deber del Estado ejercer el debido control para que estos recursos se apliquen a su destinación especifica, sin desvíos y sin dilaciones.

7.2.2 FLEXIBILIDAD NORMATIVA DE LA HABILITACIÓN FINANCIERA DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

Durante los 30 años del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido prolija la generación de normas para facilitar el cumplimiento de estándares financieros de las Entidades Promotoras de Salud - EPS; dichas decisiones además de no permitir conocer con certeza la realidad operacional y financiera de las EPS, dando una falsa sensación de estabilidad; podrían incluso estar desatendiendo tratados internacionales como el Acuerdo de Basilea.

De acuerdo con el Tribunal Administrativo de Cundinamarca la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia ha provocado la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna. De igual manera, en este fallo se evidencia una especie de captura del regulador, donde particulares han incidido en la expedición de normas según sus intereses(28).

Las reglas mínimas para definir el margen de solvencia y demás condiciones financieras fueron definidas inicialmente en el **Decreto 1485 de 1994** (29); las cuales fueron modificadas posteriormente en el **Decreto 882 de 1998** (30) con ajuste en el margen de la solvencia como un margen de liquidez para el pago de las obligaciones con terceros, incluidas las de servicios de salud y, en la definición de las consecuencias por el no pago oportuno de las obligaciones.

Ante la necesidad de establecer unas condiciones técnicas que estuvieran acorde con la naturaleza de las entidades responsables del aseguramiento, a partir del año 2007 se expidieron **dieciocho (18) decretos**[5], con los cuales se modificaron las condiciones de cumplimiento para la autorización y funcionamiento, se autorizaron inversiones o disposición de recursos, o se ampliaron los plazos para su acreditación; se comprueba como, de manera sistemática, se ha sido volviendo laxas las exigencias de los requisitos financieros aplicables a las funciones a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

[5] Ver entre otros decretos: 574 y 1698 de 2007, 2353 de 2008, 4789 de 2009, 970 de 2011, 1921 de 2013, 2702 de 2014, 2117 de 2016, 718 y 1848 de 2017, 682 de 2018, 1424 y 1683 de 2019, 1711 y 1811 de 2020, 995, 1492 y 1600 de 2022.

Con el **Decreto 574 de 2007** (31), en el marco del Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y de las Entidades adaptadas, se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia definido este último como el cumplimiento del monto mínimo establecido para el margen de solvencia que atiende el patrimonio técnico primario y secundario, la constitución de las reservas técnicas (para autorizaciones de servicios, servicios cobrados, eventos ocurridos no avisados y posibles pérdidas) según la metodología establecida para el efecto, la inversión de estas reservas en los instrumentos autorizados con límites y tiempo de maduración y, las acciones a cargo de la entidad de control, como definición de indicadores, categorización del riesgo y, acciones correctivas tempranas.

Con posterioridad, a través del **Decreto 1698 de 2007** (32): i) se modifica la forma de cálculo del margen de solvencia e introduce la opción de implementación de un sistema de administración de riesgos auditado por un tercero y para esta alternativa disminuye el factor de riesgo, ii) los porcentajes de deducción de las inversiones por infraestructura del patrimonio técnico primario, iii) adiciona la fórmula de cálculo de la reserva para eventos ocurridos no avisados durante los primeros tres años cuando las EPS inicien operaciones, iv) amplía el plazo de ajuste para la constitución de las reservas técnicas, v) modifica el régimen de inversiones para admitir el valor de los recobros presentados al entonces Fosyga y como disponible los depósitos en cuentas corrientes y de ahorros y, vi) adiciona las inversiones en fondos de valores y de inversión administrados por entidades vigiladas por la Superfinanciera o por participaciones en fondos comunes especiales administrados por entidades fiduciarias, así como los pagos en efectivo realizados en forma anticipada por servicios de salud a IPS no vinculadas económicamente.

El **Decreto 2353 de 2008** (33) amplía al doble, el plazo para la constitución de las reservas técnicas.

A través del **Decreto 4789 de 2009** (34) nuevamente se modifica la forma de cálculo del margen de solvencia, establece un término para diferir las pérdidas generadas en la diferencia en el valor de los recobros y el valor efectivamente recibido cuando se hubiere conciliado con el Fosyga; extiende en un año más el plazo para la constitución de las reservas técnicas y, señala el límite y tiempo de inversión del saldo disponible en caja o en cuentas de ahorro del valor que por concepto de recobros se hubiere conciliado con el Fosyga.

Mediante el **Decreto 970 de 2011** (35) se amplía en otro año más el plazo para la constitución de las reservas técnicas, pero en dicho año, en virtud de las facultades extraordinarias otorgadas en la Ley 1444 de 2011, también se expide el **Decreto Legislativo 4185 de 2011** (36), norma de rango legal a través de las cuales se ordenó la reasignación de las funciones de inspección, vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud en relación con la administración del riesgo financiero a la Superintendencia Financiera de Colombia, siempre que cumpliera o llegaren a cumplir las normas que rigen para las entidades aseguradoras y para cuya asunción de competencia se otorgó un plazo no mayor a un (1) año, esta orden en la práctica no se cumplió porque exigía el cumplimiento de las normas prudenciales aplicables a las entidades aseguradoras y por ello se mantuvo la inspección, vigilancia y control en la Superintendencia Nacional de Salud.

Mediante el **Decreto 1921 de 2013** (37), se modifica nuevamente el monto del margen de solvencia para establecer las consecuencias de su incumplimiento cuando se ha adoptado la opción de implementación de un sistema de administración de riesgos, pero con concepto favorable del tercero que ha auditado y, para ese año, frente a las entidades que no cumplieron el margen de solvencia al 31 de marzo, ordena la obligación de mantener el patrimonio técnico para garantizar el margen de solvencia alcanzado a dicha fecha.

El Gobierno Nacional a través del **Decreto 2702 de 2014** (38) actualiza y unifica las condiciones financieras y de solvencia de las EPS y los criterios generales para que la información financiera sea consistente, con la pretensión de hacerlas más exigentes y para su cumplimiento otorga unos plazos. En tal medida, incrementa el capital mínimo y establece un monto mínimo para cada uno de los regímenes y planes complementarios si los administra la entidad, fija las reglas de indexación y, los elementos que lo integran, según la naturaleza de la entidad; define y establece la forma de cálculo del patrimonio técnico y del patrimonio adecuado; ordena la constitución de reservas técnicas; señala las inversiones admisibles de las reservas técnicas y sus límites en la composición del portafolio; prevé un período de transición para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia para lo cual establece unos porcentajes de cubrimiento del defecto en siete (7) años.

En el **Decreto 1681 de 2015** (39), al regular la subcuenta de garantías del Fosyga, se autoriza la utilización de estos recursos para fortalecer patrimonialmente a las EPS a través del denominado "contrato de capital de garantía" o mediante la adquisición de títulos representativos de deuda subordinada emitidos por las EPS, y en uno u otro caso, dichos valores eran computables como parte del capital mínimo y del capital primario, para efectos del cumplimiento de las condiciones financieras y de margen de solvencia de estas entidades.

A los dos años se expide el **Decreto 2117 de 2016** (40), el cual faculta la disminución del porcentaje del patrimonio adecuado en dos puntos porcentuales si se cumplen los

requisitos establecidos en la misma norma, adiciona como inversión computable de las reservas técnicas el certificado de reconocimiento de deuda por servicios No POS emitido por el Fosyga o la ADRES, define límites a las inversiones computables, y, establece las condiciones para acceder a los plazos y tratamiento financiero especial para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, con lo cual, en la práctica, autoriza la elaboración de un plan de ajuste y un incremento del plazo a diez (10) años.

A escasos 5 meses se expide el **Decreto 718 de 2017** (41), a través del cual se flexibiliza el requisito de capital y el plazo del plan de ajuste para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia para aquellas entidades que soliciten Procesos de Reorganización Institucional -PRI- a las cuales, el plazo de diez (10) años se cuenta a partir de la aprobación de la entidad de control

El **Decreto 682 de 2018** (42) establece las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las EPS y mantiene para las nuevas entidades o entidades en procesos de reorganización institucional, las condiciones financieras y de solvencia.

En **2018**, se aprueba la **Ley 1929** (43), a través de la cual se autoriza la disposición temporal, hasta por cinco años, de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) administrado por las Cajas de Compensación Familiar para el saneamiento de pasivos por la prestación de servicios de salud o al cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia aplicables a las EPS, según contaran con programas de salud del régimen subsidiado o participaran en el aseguramiento en salud.

El **Decreto 1424 de 2019** (44), a través del cual se modifica la asignación de afiliados cuando se produzca la liquidación o retiro de las EPS, dispuso para las entidades receptoras de afiliados la disminución temporal del porcentaje del patrimonio adecuado definido para los ingresos operacionales, en función de la variación anual en el número de afiliados hasta el 31 de diciembre, con la correlativa obligación de incrementarlo en 0.5 puntos porcentuales para alcanzar el tope del 8%; y, por efecto de la movilidad, exime a las EPS del régimen subsidiado del cumplimiento de las condiciones de habilitación del régimen contributivo, entre otros, el capital mínimo, pero respecto de estos afiliados deben cumplir las reservas y régimen de inversiones, regla que también aplica para las EPS del régimen contributivo respecto de los afiliados del régimen subsidiado en movilidad, siempre que no supere el 30% del total de afiliados.

El **Decreto 1683 de 2019** (45) adiciona como inversiones computables de las reservas técnicas el valor radicado por recobros entre el 1° de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019, respecto del cual no exista o no se haya notificado el resultado definitivo, las participaciones en fondos de inversión colectiva abiertos sin pacto de permanencia y, redefine los límites; faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para descontar el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar por lo No PBS en la acreditación del capital mínimo y del capital primario, hasta el 31 de diciembre de 2020.

Con el **Decreto 600 de 2020** (46) se autoriza a las EPS para que, durante el término de la emergencia sanitaria por Covid-19, utilicen los recursos de las reservas técnicas invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija y títulos de deuda pública interna para el pago de deudas o cuentas por pagar de servicios de salud cubiertos con la UPC, registrados como reserva técnica.

Mediante el **Decreto 1711 de 2020** (47) se amplía el plazo para el cumplimiento de las condiciones de autorización y habilitación, pero se salvaguardan los términos establecidos para las condiciones de carácter financiero y del margen de solvencia.

A través del **Decreto 1811 de 2020** (48) se amplía el plazo al 31 de diciembre de 2021 para que la Superintendencia descuente el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar por lo No PBS en la acreditación del capital mínimo y del capital primario.

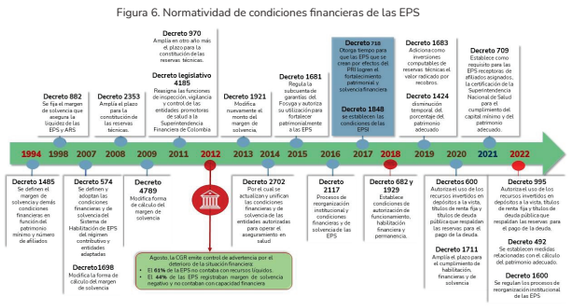
El **Decreto 709 de 2021** (49) establece como requisito para que las EPS sean receptoras de afiliados asignados, por efecto de la liquidación ordenada o autorizada de otras entidades, el cumplimiento del capital mínimo y del patrimonio adecuado, según la certificación expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Decreto 995 del 13 de junio de 2022 (50), el cual adiciona como inversión computable de las reservas técnicas, aplicable también a las EPSI, los denominados "*Certificados de los recursos de Unidad de Pago por Capitación — UPC, apropiados por las Entidades Promotoras de Salud y que no han sido distribuidos por la ADRES suscritos por el representante legal de ADRES*", los cuales computarán por su valor inicial; también adiciona para las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI como inversión computable los certificados de reconocimiento de deuda por servicios No PBS emitidos por la ADRES y, nuevamente, autoriza a las EPS que presentan una concentración de deuda mayor al 15% en acreencias que superan los 180 días, para que utilicen, por una única vez y a más tardar el 30 de junio, los recursos de las reservas técnicas invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija, fondos de inversión colectiva y títulos de deuda pública interna para el pago de deudas o cuentas por pagar de servicios de salud cubiertos con la UPC, registrados como reserva técnica, previa evidencia y solicitud de un plan de pagos por la Superintendencia Nacional de Salud.

Decreto **1492 de 2022** del 3 de agosto (51), para las entidades receptoras de afiliados, desde el 1 de enero de 2019 al 31 de julio de 2022, modifica la disminución temporal del porcentaje del patrimonio adecuado definido para los ingresos operacionales, en función de la variación anual en el número de afiliados, señalando nuevos intervalos e incrementando el porcentaje con la correlativa obligación de incrementarlo en un (1) punto porcentual cada año para alcanzar el tope del 8% en el año 2027; no incluye y deja a la discrecionalidad de la Superintendencia Nacional de Salud el señalamiento de la forma como se deben reflejar en el cálculo del patrimonio adecuado, los recursos provenientes de los presupuestos máximos; establece una gradualidad para la inclusión de los recursos adicionales de UPC correspondientes a inclusiones de planes de beneficios que eran financiadas con presupuestos máximos en el cálculo del patrimonio adecuado; establece la regla de no inclusión en el capital mínimo, patrimonio técnico y de las inversiones que respaldan las reservas técnicas el valor correspondiente al déficit de los costos por servicios y tecnologías financiados con presupuestos máximos y el valor efectivamente recibido por este concepto; y, faculta a la Superintendencia para descontar en la verificación de las condiciones de capital mínimo y capital primario, el valor correspondiente al deterioro de las cuentas por cobrar por prestaciones No PBS.

Decreto 1600 del 5 de agosto **de 2022** (52), al regular nuevamente los procesos de reorganización institucional de las EPS, previó que la nueva entidad que se cree por efecto de la fusión, escisión o creación como resultante de estos procesos, si bien debe cumplir con el capital mínimo exigido para todas las entidades, el cumplimiento del patrimonio adecuado, reserva legal y reservas técnicas estará sujeto a las condiciones financieras y de solvencia del plan de reorganización institucional que le sea aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Figura 6. Normatividad de condiciones financieras de las EPS



Fuente: Elaboración propia

Cuestionamientos a la normatividad

a. Memorandos de advertencia de la Contraloría General de la República

La Contraloría General de Republica - CGR ha emitido memorandos de advertencia, entre los cuales se destacan, los emitidos en las fechas: agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS, Vigencia 2011, y el 11 de julio de 2014 Función de Advertencia por Incumplimiento de Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011, y omisión de seguimiento a función de advertencia 2012EE53867; en los cuales se reitera la crisis sistémica en ambos regímenes de salud, sin avizorar medidas de parte del Gobierno Nacional para su resolución.

Asimismo, la CGR cuestionaba la flexibilización de las normas y el pasar por alto acuerdos internacionales como el de Basilea:

> *"…en el caso del Sector Salud se ha buscado flexibilizar los requisitos de cumplimiento, creando regímenes de transición, a través de sucesivas reformas al Decreto 574 de 2007, cómo si estos fueran meras formalidades".*
>
> *"Resulta que la realidad operacional es neutra, es apolítica, es implacable y es inexorable. Al alterar artificialmente (con todas las formalidades legales) los requisitos no implica que la realidad operacional se va a ajustar a éstos; todo lo contrario va a suceder: crecerá la frecuencia de negación de servicios, se dilatarán más las aprobaciones, crecerán en general todas las prácticas que muestran un crecimiento cada vez mayor en los "RPQ" reportados y, a su vez, crecerá el saldo insoluto de las deudas por pagar a los proveedores* (53) "(…)

b. Fallos del Tribunal Administrativo de Cundinamarca

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, y luego de un trámite exhaustivo, el cual contó con la participación de la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, identifica varias situaciones cuestionables relacionadas con la normatividad expedida, entre las cuales se destacan: la participación de particulares en la expedición de esta regulación, la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia, los hechos que se facilitaron con esta normatividad, especialmente la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

Seguidamente se detallan los apartes del fallo más relevantes relacionados con las normas en comento.

En el fallo se relatan los hechos que facilitaron la expedición de estas normas al afirmar:

> *"El Decreto 2117 del 22 de diciembre de 2016 en su artículo 1° modificó el artículo 2.1.13.9 de Decreto 780 de 2016, y el Decreto 718 del 4 de mayo de 2017 adicionó dos párrafos al artículo .1.13.9 del Decreto 780 del 2016, el cual fue modificado por el Decreto 2117 del 2016.*
>
> *El Decreto 718 de 2017 fue expedido con anterioridad a la creación de MEDIMÁS EPS. En tal sentido, dicha EPS fue cobijada con las dos modificaciones, es decir que CAFESALUD EPS no requerirá cumplir con el requisito de participación en el capital de la entidad resultante del proceso de reorganización (MEDIMÁS), y que adicionalmente MEDIMÁS podía presentar propuesta para el cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta 10 años contados a partir de la aprobación del plan de ajuste que realice a Superintendencia Nacional de Salud."*
> *"MEDIMÁS encontró el respaldo jurídico que le permitió desprenderse de la participación accionaria de CAFESALUD EPS, contar con el término de 10 años, desde el 1° de agosto de 2017 para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta 10 años.*(28)*"*

Este fallo del Tribunal Administrativo de Cundinamarca da cuenta de la participación de particulares en la expedición de esta regulación y de cómo se "flexibilizan" los requerimientos de patrimonio adecuado, entre otros:

> *"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*(28)*:*
>
> *"(...) 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"*(28)
>
> *"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).* (28)
>
> *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"*(28)
>
> *"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"* (28)

La principal conclusión del Tribunal se hace explicita así:

> *"En conclusión, la Sala evidencia que la vulneración de los derechos intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, tiene su origen en la expedición del artículo 1° del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016"*(28).

Asimismo, el fallo define, entre las responsabilidades de los demandados, en la vulneración de derechos e intereses colectivos, la siguiente:

> *"a) MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL*
>
> *El Gobierno Nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social es responsable de la vulneración al expedir el Decreto 718 de 2017, que constituyó la génesis de la vulneración sistemática de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público, y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, al facilitar el marco legal con el cual se permitió la reorganización institucional de CAFESALUD ES en los términos pretendidos por SALUDCOOP EPS en liquidación, y que ya fue objeto de pronunciamiento por la Sala.*
>
> *Nótese que la expedición de este Decreto fue posterior a las reuniones sostenidas entre el Ministerio junto con la Superintendencia Nacional de Salud, y SALUDCOOP EPS con su equipo asesor, para aclarar y definir los temas concernientes al proceso de venta de activos, pasivos y contratos de CAFESALUD EPS y de las acciones de ESIMED S.A., sin que pueda desconocerse la relación entre tales reuniones y la norma expedida por parte del Ministerio"*(28).

Finalmente, el fallo del Tribunal destaca en su parte resolutiva, lo siguiente:

> *"SEGUNDO: DECLARAR que con la expedición del artículo 1° del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, se vulneraron los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.*
>
> *Sería del caso anular la referida norma, si no fuera por la prohibición prevista en el inciso 2° del artículo 144 del CPACA. En su lugar, INSTASE al Gobierno Nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social a revocar, derogar o demandar el artículo 1° del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016"*(28).

c. Eficacia de la figura del Plan de Reorganización Institucional – PRI y Plan de Ajuste Financiero

Las Entidades Promotoras de Salud - EPS que han estado ejecutando Plan de Reorganización Institucional o Plan de Ajuste Financiero, en su gran mayoría han empeorado su operación, incluso entraron en proceso de liquidación Coomeva, Cafesalud y Medimas EPS, así mismo las EPS Asmetsalud, Ecoopsos y Emssanar, con corte a diciembre de 2022, están categorizadas en alto riesgo por la Superintendencia Nacional de Salud.

Es evidente la poca eficacia de estos planes y los riesgos que está asumiendo el Estado colombiano al otorgar más plazos a las EPS para que cumplan con los indicadores financieros y de solvencia.

7.2.3 INCUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES FINANCIEROS

El decreto 780 de 2016, y sus múltiples modificaciones y ajustes ya mencionados, estableció cuatro condiciones financieras y de solvencia de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS:

a. Capital mínimo
b. Patrimonio adecuado
c. Constitución de reserva técnica
d. Régimen de inversión que respalda la reserva técnica

Las EPS que se encuentran en Planes de ajuste y reorganización institucional, tienen un tratamiento especial para el cumplimiento de dichas condiciones.

El reporte presentado por la Superintendencia Nacional de Salud se basa en los reportes que las EPS hacen de sus estados financieros; el corte a diciembre de 2024, muestra que pese a la flexibilidad, el deterioro es progresivo.

Tabla 18. Indicadores de financieros de las EPS. 2020 – 2024

	CAPITAL MÍNIMO					PATRIMONIO ADECUADO					RÉGIMEN DE INVERSIÓN DE RESERVA TÉCNICA				
	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Dic 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Dic 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Dic 2024
EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO															
Aliansalud EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comfenalco Valle EPS	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Compensar EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Salud Total EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Salud Mia EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Salud Bolívar EPS	-	-	SI	SI	SI	-	-	SI	SI	SI	-	-	-	SI	SI
EPS Sura	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
EPS Sanitas	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Famisanar EPS	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Servicio Occidental de Salud EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Ferrocarriles Nacionales	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPM	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO															
Comfaoriente EPS	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Capital Salud EPS	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Comfachocó EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Savia Salud	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Capresoca	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO															
Mutualser EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO
Coosalud EPS	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO
EPS CON PLAN DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y/O PLAN DE AJUSTE FINANCIERO															
Cajacopi	-	-	SI	SI	SI	-	-	SI	SI	SI	-	-	-	NO	NO

	CAPITAL MÍNIMO					PATRIMONIO ADECUADO					RÉGIMEN DE INVERSIÓN DE RESERVA TÉCNICA				
	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Dic 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Dic 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Dic 2024
EPS Familiar de Colombia	-	-	SI	SI	SI	-	-	SI	SI	SI	-	-	SI	SI	SI
Nueva EPS	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Emssanar EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Asmet Salud EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: *Elaboración propia con información de la Superintendencia Nacional de Salud*

Como puede observase, ha sido progresivo el incumplimiento de los indicadores, donde más se concentra es en régimen subsidiado, en las EPS con plan de reorganización institucional y el indicador de mayor incumplimiento es el régimen de inversión de reservas técnica y en segundo lugar en patrimonio adecuado.

7.2.4 OPACIDAD E INCONSISTENCIA EN LOS DATOS PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN

La Unidad de Pago por Capitación UPC, es el dinero reconocido por cada persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada una de las EPS; constituye un elemento central para la prestación de servicios de salud y se calcula por parte del Ministerio de Salud y Protección Social con base en la información reportada por las EPS en relación con el uso de servicios de sus afiliados. La metodología utilizada se basa en los principios reconocidos por la *Casualty Actuarial Society*, adaptado a las características propias del Sistema de Salud colombiano, y se usa desde hace más de una década.

El proceso de cálculo de la UPS de 2025 puso en evidencia un gran número de inconsistencias en la información reportada por las EPS, tanto al realizar procesos de contrastación interna como externa; lo cual constituye una evidencia adicional de la ineficiencia en el manejo de los recursos públicos de la salud.

A continuación, se presenta una síntesis del proceso realizado y de los hallazgos referidos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 182 de la Ley 100 de 1003, la Unidad de Pago por Capitación - UPC es el valor anual que reconoce el Ministerio de Salud y Protección Social por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS para cubrir los servicios y tecnologías en salud a dicha población. Este análisis anual integra diferentes áreas del conocimiento y evalúa tanto el Régimen Contributivo como el Régimen Subsidiado, considerando las fuentes de recursos y las condiciones operativas específicas de cada régimen. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal que recopila datos en un momento determinado y se basa en la información de prestaciones en salud del año anterior al procesamiento. Este análisis permite calcular la UPC para el año siguiente.

El período de análisis, tanto para el Régimen Contributivo como para el Régimen Subsidiado, abarca un año calendario completo, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año anterior al que se realiza el estudio. Las unidades de observación incluyen los ingresos por UPC y otros conceptos adicionales destinados a financiar el Plan de Beneficios de Salud, así como los gastos reportados en la prestación de estos servicios de salud de dicho Plan. El estudio abarca la información de todas las entidades aseguradoras autorizadas para administrar los regímenes Contributivo y Subsidiado durante el período de análisis

Para el orientar el proceso de cálculo de la UPC del año 2025, la Resolución 2364 de 2023[6] en la que se determinó:

- Que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud requeriría la información necesaria, tanto histórica como vigente, necesaria para realizar el estudio de suficiencia de la UPC y mecanismos de ajuste para el 2025 (artículo 23).
- Que la información solicitada debía ser suministrada con calidad, oportunidad, de forma confiables y en la estructura que se establecida, por parte de los actores del sistema (artículo 22).
- Que el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) ajustado según la implementación de la facturación electrónica y articulado con los lineamientos asociados a la interoperabilidad de los sistemas de información constituiría una de las fuentes de información para los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (artículo 26).

En la mencionada Resolución, aclarada por la Resolución 158 de 2024[7] se establecieron los plazos para la entrega de la información. Sobre los cuales las Entidades Promotoras de Salud - EPS manifestaron la imposibilidad de enviar archivos maestros y las justificaciones a través de la plataforma SIREPS, así como los resultados del seguimiento al cargue de la información, en el plazo inicialmente establecido mediante la Circular Externa 008 de 2024[8].

[6] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucio%CC%81n%202364%20de%202023.pdf
[7] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20158%20de%202024.pdf
[8] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DII/circular-externa-008-de-2024.pdf

Posteriormente, tras completar el proceso de reporte y retroalimentación, la Nueva EPS y Dusakawi EPSI solicitaron una ampliación del plazo para el reporte y retroalimentación de la información necesaria para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo en el cálculo de la UPC de 2025, con el fin de poder garantizar la entrega de la totalidad de la información de los servicios prestados durante la vigencia 2023.

En este contexto, y considerando la necesidad de contar con información suficiente, veraz, confiable, actualizada, relevante, oportuna y explicable para determinar si las primas pagadas por el SGSSS con cargo a los recursos que financian UPC son suficientes para soportar los costos de los servicios y tecnologías en salud, se expidió la Resolución 1425 de 2024[9] que modifica el artículo 24 de la Resolución 2364 de 2023, estableciendo un nuevo plazo para el reporte y la retroalimentación de la información sobre las prestaciones de servicios en salud realizadas a la población afiliada al SGSSS durante la vigencia 2023.

Dicha Resolución dispuso que una vez recibida la información, se realizarán los procesos de calidad y se retroalimentará a los actores y agentes del SGSSS, sin perjuicio de solicitar en cualquier oportunidad información complementaria para la elaboración de estudios y reportes.

Es decir, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizó, efectivamente, que las Entidades Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC contarán con los plazos suficientes para realizar el reporte de la información, así como para realizar la retroalimentación y justificación de la información reportada para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC de la vigencia 2025.

Una vez entregada la información, se inicia el proceso de retroalimentación, el cual se orienta mediante el documento técnico denominado: "Lineamientos generales para responder al proceso de retroalimentación del estudio de suficiencia 2024 (sic). Periodo de Estudio año 2023[10]", publicado en mayo de 2024, se detallaron las calidades aplicadas a la información reportada, los códigos de inconsistencia identificados y las instrucciones para el proceso de retroalimentación.

El proceso abarca desde el acceso a la plataforma SIREPS hasta el mecanismo habilitado para realizar la retroalimentación, incluyendo el procedimiento detallado para responder las inconsistencias identificadas en la de la información reportada.

[9] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%201425%20de%202024.pdf
[10] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/2024_I2023_ESUF_INSTRUCTIVO_RETROALIMENTACION_V4_31May2024.pdf

Es necesario aclarar que el proceso de retroalimentación para el reporte de la información **es automatizado**; no obstante, este Ministerio realizó jornadas de apoyo técnico con las Entidades Promotoras de Salud - EPS, con el objetivo de presentar los resultados del análisis de la información reportada, denominadas "Asistencia Técnica Reporte de información y Retroalimentación UPC 2025", las cuales se detallan a continuación

Tras concluir el proceso de entrega y retroalimentación de la información necesaria para la elaboración del Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) 2025 por parte de las EPS, se continuó con el proceso de aplicación de calidades y verificación de la cobertura, tal y como se encuentra descrito en la metodología.

El proceso de evaluación de cobertura de la información reportada por las aseguradoras muestra que las 15 EPS de Régimen Contributivo, que al 31 de diciembre del 2023 que se encontraban habilitadas, reportaron información correspondiente a la información de prestación de las tecnologías y servicios de salud financiados con la UPC.

En las siguientes gráficas se presentan los resultados del proceso evaluación de calidad, la selección final posterior a la verificación de cobertura, y el incremento de registros (37,7%) y en el valor (30,1%) de la muestra. Estos resultados preliminares del Estudio Técnico para el incremento de la UPC 2025, fueron presentados en la Sesión No.10 del Grupo Técnico de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.

En dicha sesión, al advertir el incremento inusual en las frecuencias y severidades, se decidió adoptar la decisión de **realizar un ejercicio de contrastación** de la información suministrada, con otras fuentes. Este ejercicio se ejecutó de forma paralela al avance del Estudio de Técnico para el incremento de la Unidad de Pago por Capitación 2025.

A continuación, se presenta la información antes relacionada:

Tabla 19. Reporte inicial con las EPS que superan filtros de Calidad

COD EPS	NOMBRE	REGISTROS			VALOR		
		2.022	2.023	Variacion	2.022	2.023	Variacion
EA5016	EEPP DE MEDELLIN	NO REPORTA	236.579	0,0%		38.068.913.086	0,0%
EA5027	FERROCARRILES	NO REPORTA	2.964.054	0,0%		260.495.443.123	0,0%
EPS001	ALIANSALUD EPS	3.623.308	4.130.406	14,0%	367.924.110.705	405.288.518.445	10,2%
EPS002	SALUD TOTAL	79.337.404	89.533.076	12,9%	4.096.204.038.735	4.700.693.991.786	14,8%
EPS005	SANITAS	77.627.908	103.695.521	33,6%	5.630.104.516.544	7.396.295.532.063	31,4%
EPS008	COMPENSAR EPS	23.015.611	40.149.397	74,4%	3.000.693.189.624	3.387.680.313.341	12,9%
EPS010	SURA EPS	111.236.234	116.732.988	4,9%	6.440.718.999.513	7.450.500.251.062	15,7%
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	6.501.738	7.792.532	19,9%	356.416.961.303	406.276.313.240	14,0%
EPS017	FAMISANAR	21.930.419	58.562.308	167,0%	2.773.529.051.067	3.385.913.485.404	22,1%
EPS018	SOS	15.474.003	16.089.737	4,0%	986.424.282.604	1.080.756.709.112	9,6%
EPS037	NUEVA EPS	132.210.916	161.070.920	21,8%	6.766.559.835.106	10.917.033.161.399	61,3%
EPS042	COOSALUD EPS S.A.	2.281.125	2.702.354	18,5%	154.513.291.536	221.264.172.717	43,2%
EPS046	FUNDACION SALUD MIA EPS	1.737.654	1.113.649	-35,9%	83.813.331.820	58.495.529.480	-30,2%
EPS047	SALUD BOLIVAR EPS SAS	30	8.035	0,0%	479.835	261.966.002	0,0%
EPS048	MUTUALSER	-	2.920.291	0,0%	-	184.702.153.755	0,0%
	TOTAL	**474.976.436**	**607.703.847**	**27,9%**	**30.657.302.088.452**	**39.893.726.454.015**	**30,1%**

Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Tabla 20. Aislamiento de registros posterior a la aplicación de Calidades

COD EPS	NOMBRE	BASE INCIAL REGISTROS	BASE FINAL REGISTROS	PORCENTAJE DE NO VALIDADO	BASE INCIAL VALOR	BASE FINAL VALOR	PORCENTAJE DE NO VALIDADO
EA5016	EEPP DE MEDELLIN	238.579	236.027	-1,07%	38.068.913.086	34.612.583.420	-9,08%
EA5027	FERROCARRILES	2.964.054	2.032.038	-31,46%	260.495.443.123	133.437.208.968	-48,78%
EPS001	ALIANSALUD EPS	4.130.406	3.775.700	-8,59%	405.288.518.445	295.803.234.738	-27,00%
EPS002	SALUD TOTAL	89.533.076	87.090.865	-2,73%	4.700.693.991.786	4.380.659.581.568	-6,81%
EPS005	SANITAS	103.695.521	99.861.133	-3,70%	7.396.295.532.063	7.022.967.400.278	-5,05%
EPS008	COMPENSAR EPS	40.149.397	38.336.102	-4,52%	3.387.680.313.341	3.160.674.118.711	-6,70%
EPS010	SURA EPS	116.732.988	113.908.770	-2,42%	7.450.500.251.062	6.974.186.041.575	-6,39%
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	7.792.532	7.694.656	-1,26%	406.276.313.240	381.684.254.241	-6,05%
EPS017	FAMISANAR	58.562.308	49.458.100	-15,54%	3.385.913.485.404	3.108.249.714.529	-8,20%
EPS018	SOS	16.089.737	16.024.328	-0,41%	1.080.756.709.112	1.054.483.960.279	-2,43%
EPS037	NUEVA EPS	161.070.920	159.480.893	-0,99%	10.917.033.161.399	10.577.057.844.664	-3,11%
EPS042	COOSALUD EPS S.A.	2.702.354	2.405.381	-10,99%	221.264.172.717	182.868.795.592	-17,35%
EPS046	FUNDACION SALUD MIA EPS	1.113.649	900.237	-19,16%	58.495.529.480	44.125.506.089	-24,57%
EPS047	SALUD BOLIVAR EPS SAS	8.035	-	-100,00%	261.966.002	-	-100,00%
EPS048	MUTUALSER	2.920.291	2.632.003	-9,87%	184.702.153.755	165.295.006.854	-10,51%
	TOTAL	607.703.847	583.836.233	**-3,93%**	39.893.726.454.015	37.516.105.251.506	**-5,96%**
Diferencia absoluta			23.867.614			2.377.621.202.509	

Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Tabla 21. EPS que superan filtros de Calidad y Cobertura del Gasto

COD EPS	NOMBRE	CERTIFICADO DEL GASTO	VALOR TOTAL	%COB	REGISTROS	POBLACIÓN BDUA 31 DIC 2023	SELECCIÓN
EPS002	SALUD TOTAL	4.700.681.507.586	4.380.659.581.568	93,19%	87.090.865	3.276.845	✓
EPS005	SANITAS	7.396.155.592.771	7.022.967.400.278	94,95%	99.861.133	4.255.349	✓
EPS008	COMPENSAR EPS	3.388.664.648.236	3.160.674.118.711	93,27%	38.336.102	1.730.447	✓
EPS010	SURA EPS	7.450.499.628.024	6.974.186.041.575	93,61%	113.908.770	4.567.474	✓
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	406.276.313.240	381.684.254.241	93,95%	7.694.656	224.226	✓
EPS017	FAMISANAR	3.380.900.835.538	3.108.249.714.529	91,94%	49.458.100	1.998.501	✓
EPS018	SOS	1.081.146.119.757	1.054.483.960.279	97,53%	16.024.328	569.313	✓
EPS037	NUEVA EPS	10.596.943.272.965	10.577.057.844.664	99,81%	159.480.893	4.788.306	✓
EA5016	EEPP DE MEDELLIN	38.068.913.086	34.612.583.420	90,92%	236.027	7.364	✗
EA5027	FERROCARRILES	-	133.437.208.968	0,00%	2.032.038	30.600	✗
EPS001	ALIANSALUD EPS	405.288.518.445	295.803.234.738	72,99%	3.775.700	226.971	✗
EPS042	COOSALUD EPS S.A.	206.208.849.400	182.868.795.592	88,68%	2.405.381	72.632	✗
EPS046	FUNDACION SALUD MIA EPS	50.797.753.609	44.125.506.089	86,87%	900.237	38.554	✗
EPS047	SALUD BOLIVAR EPS SAS	1.162.042.525	-	0,00%	-	2.774	✗
EPS048	MUTUALSER	239.669.124.337	165.295.006.854	68,97%	2.632.003	106.584	✗
	TOTALES	**39.342.463.119.519**	**37.516.105.251.506**		**583.836.233**	**21.895.940**	
	TOTALES SELECCIÓN	**38.401.267.918.117**	**36.659.962.915.845**	**95,47%**	**571.854.847**	**21.410.461**	
	RELACION SELECCIÓN/TOTAL	**97,61%**	**97,72%**		**97,95%**	**97,78%**	

Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Es importante reiterar que el ejercicio de contrastación se dio de forma paralela al desarrollo del Estudio Técnico para el incremento de la UPC 2025, y que el insumo inicial de la contrastación fue la base final[11] del mismo Estudio. Este proceso tuvo como propósito **evaluar la calidad y consistencia de la información** suministrada por las EPS

Por su parte, el Estudio Técnico para el incremento de la UPC 2025 avanzó hasta donde fue posible con la información reportada por las EPS y con las contrastaciones realizadas con otras fuentes de información. Por lo cual, durante el proceso se detectaron inconsistencias que llevaron a la exclusión de tres EPS.

- **Nueva EPS:** Pese a que la Entidad hizo entrega del certificado del gasto, no disponía del dictamen financiero avalado por revisoría fiscal para el año 2023. Igualmente, la información financiera correspondiente a ese año mostraba discrepancias con la reportada ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante la Mesa Financiera de las EPS.
- **Compensar**: El análisis de consistencia interna de la información se reveló comportamientos atípicos en el registro de autorizaciones, tanto en el reconocimiento, como en el pago. Dado que para la fecha de corte (31 de marzo de 2024), esta EPS reportaba una participación del registro de autorizaciones del 25,50% y un valor de las mismas del 31,97%; en contraste, el promedio para las otras EPS era del 2,86% para el registro de las autorizaciones, y un 7,54% el valor de las mismas.
- **Famisanar:** El análisis de consistencia interna mostró cambios en los patrones de severidad y frecuencia que no eran consistentes con su comportamiento histórico. Adicionalmente, se evidenciaron registros entre 1.000 y 40.000 traslados asistenciales por año, lo cual resulta atípico al compararlo con las demás EPS.

Para realizar el ejercicio de contrastación se convocó a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud. El objetivo del ejercicio fue evaluar la calidad y consistencia de la información reportada por las EPS para el cálculo de la UPC de 2025.

La convocatoria a la ADRES se realizó en el marco de la colaboración armónica entre las instituciones del Estado, definida en el artículo 113 de la Constitución Política de Colombia; así como de los principios de coordinación y colaboración de las entidades públicas definido en los artículo 5 y 6 de la Ley 489 de 1998[12]. Lo anterior, debido a la ADRES tiene por objeto "*(…) adoptar y desarrollar los procesos y acciones para el adecuado uso, flujo y control de los recursos* [del sistema de salud] *(…[13])* y tiene dentro de sus funciones: "*Adoptar y proponer [l]os mecanismos que se requieran para proteger los recursos que administra la Entidad, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos (…)*"[14].

[11] La base final es la base de información suministrada posterior a los ajustes de retroalimentación y después de pasar los filtros de Calidades

[12] Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

El ejercicio de contrastación se estructuró tuvo cuatro líneas de trabajo:

1. **Coherencia estadística:** Consistió en contrastar los resultados previos de los Estudios de Suficiencia, la información disponible del Estudio técnico para el incremento de la Unidad de Pago por Capitación 2025, con otras fuentes de información sobre comportamiento de servicios de salud, como RETHUS y REPS

2. **Contrastación externa:** Comparación de la información reportada por las EPS con otras fuentes, utilizando el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS); conforme a lo dispuesto en la Resolución 2364 de 2023 (artículo 26)

3. **Contrastación interna:** Comprobación de la calidad de la información contenida en la base final del Estudio técnico para el incremento de la UPC de 2025. En esta línea de trabajo se analizó:

   a. El reproceso de las mallas de calidad. Se aplicaron nuevamente las mallas de calidad definidas para el Estudio de Suficiencia, con el objetivo de encontrar posibles mejoras o ajustes.
   b. Propuesta de nuevos filtros de calidad. Se aplicaron nuevos filtros de calidad como: a) Reporte de atenciones posterior a la fecha de fallecimiento, y b) Reporte de doble sexo en la misma base.

4. **Contrastación de estados financieros con la certificación del gasto.** Consistió en comparar los valores reportados en la certificación del gasto, con los costos por servicios UPC reportados por las EPS en los Estados Financieros entregados a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Mesa Financiera de las EPS, instaurada por la Presidencia de la República.

En términos generales, el ejercicio de contrastación interna y externa, realizado por la ADRES mostró que, para las 8 EPS que superaron calidades y certificación del gasto, existe un incremento anómalo de frecuencias de uso de los servicios de salud, al compararse con el RIPS.

[13] Artículo 2 del Decreto 1429 de 2016.

[14] Numeral 8 del artículo 3 del Decreto 1429 de 2016

Igualmente, se encontraron numerosas inconsistencias en la información que supera las mallas de calidad, como una muy alta variabilidad en los precios de los servicios, pago por encima de los precios regulados y cambios en las variables de la severidad y frecuencia.

A continuación, se presentan las Gráficas que muestran el resultado del ejercicio de contrastación de la información realizada por la ADRES.

Figura 7. Comparación de frecuencias entre base de suficiencia y RIPS de las 8 EPS que pasaron calidad y certificación del gasto. 2018 - 2023

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Figura 8.Comparación de frecuencias entre base de suficiencia y RIPS de las 8 EPS que pasaron calidad y certificación del gasto. 2018 - 2023

	Suficiencia		RIPS			
ACUPS	**2022**	**2023**	**2022**	**2023**	**Cambio Suficiencia**	**Cambio RIPS**
Actividades p y p	27.202.564	34.490.953	19.250.937	18.749.408	26,79%	-3%
Atención de parto normal	91.113	87.318	49.277	36.342	-4,17%	-26%
Atención de parto por cesárea	84.657	99.670	43.964	35.556	17,73%	-19%
Atencion domiciliaria	3.944.808	7.998.416	2.329.500	2.121.081	102,76%	-9%
Atención en Unidad de Cuidado	93.325	143.191			53,43%	
Cirugía Cardiovascular	102.785	123.428	65.481	56.245	20,08%	-14%
Cirugía del Sistema Nervioso Ce	175.101	379.342	121.434	126.092	116,64%	4%
Cirugía General y especializada	5.507.829	6.984.578	4.027.346	4.141.948	26,81%	3%
Consulta Médica Especializada	24.585.862	28.125.905	18.892.569	17.974.723	14,40%	-5%
Consulta Medicina General	50.459.259	54.243.644	35.065.295	31.191.682	7,50%	-11%
Consultas odontología	7.543.241	9.409.525	6.562.945	5.819.374	24,74%	-11%
Consultas Rehabilitacion	3.686.507	4.846.192	2.814.030	2.620.241	31,46%	-7%
Hematologia	132.239	361.398	206.217	203.861	173,29%	-1%
Hospitalización general y espec	3.130.151	4.869.109	2.483.618	2.172.299	55,56%	-13%
Laboratorio	102.129.329	134.264.601	86.591.910	85.438.660	31,47%	-1%
Otros Medios Dx y tratamiento e	12.027.331	18.126.363	8.170.402	8.886.804	50,71%	9%
Otros procedimientos no quirur	695.572	1.427.808	459.958	573.426	105,27%	25%
Quimio y radioterapia	162.097	269.530	105.038	106.137	66,28%	1%
Radiologia e Imágenes	13.332.521	19.496.502	11.316.615	12.009.568	46,23%	6%
Reemplazos Articulares	4.066	4.520	2.295	2.214	11,17%	-4%
Terapias rehabilitacion	7.471.637	14.828.799	4.478.991	5.546.268	98,47%	24%
Traslado de pacientes	488.813	2.440.615			399,29%	
Trasplantes	1.526	1.883	1.584	1.637	23,39%	3%
Tratamiento de la ERC mediante	192.566	306.376	122.679	116.408	59,10%	-5%
Tratamientos odontologicos	5.556.627	6.655.441	3.622.874	4.033.234	19,77%	11%
Unidad de cuidados intensivos	15.313	25.873			68,96%	
Urgencias	7.130.992	9.952.060	5.993.287	5.766.818	39,56%	-4%

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Tabla 22. Registros y valores que no pasan mallas de calidad de base final de suficiencia

Cod calidad	Nombre de la calidad	Total Actividades	Total valor (COP)
C4_4	El usuario supera los 100 millones en el año	3.379.396	3.536.152.114.095
C4_3	El usuario supera 1000 actividades por año	2.807.669	151.848.801.302
C8_1	Valores atípicos de los procedimientos	1.659.160	188.374.266.275
C8_22	Valores atípicos de los medicamentos	65.353	47.337.671.024
C7_1	La dosis suministrada supera el número máximo de unidades diarias por paciente	380.087	51.571.092.494
C3_4	Diagnóstico principal no cuadra con la edad	167.650	11.573.124.431
C3_5	Diagnóstico secundario no cuadra con la edad	139.686	9.664.970.964
C5_1	El procedimiento no puede ser realizado más de una vez al día al mismo paciente	100.620	5.867.733.842
C3_10	El código no hace parte del PBS	7.617	85.782.921.532

Cod calidad	Nombre de la calidad	Total Actividades	Total valor (COP)
C3_7	Procedimiento no cuadra con el ámbito de atención	7.486	85.631.556.404
C4_2	Diferente fecha de nacimiento o sexo respecto BDUA	4.146	262.700.315
C5_3	El procedimiento no puede ser realizado más de una vez al año al mismo paciente	2.045	89.406.413
C3_1	Diagnóstico principal no cuadra con el sexo	178	85.825.451.996
C3_2	Diagnóstico secundario no cuadra con el sexo	25	1.846.630
C3_6	Procedimiento no cuadra con el sexo	6	66.570.253
	Total*	**7.434.667**	**3.180.393.906.236**

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Igualmente, se llevó a cabo un ejercicio de contrastación entre contrastar el valor reportado en la base de suficiencia con los reportados en los estados financieros ante la Superintendencia Nacional de Salud; donde se encontraron diferencias de hasta de un billón de pesos, para algunas EPS

- Salud Total. Diferencia de $ 1.109.810.961.004
- Compensar. Diferencia de $ 1.403.155.633.714
- Nueva EPS. Diferencia de $ 1.681.327.993.083

Tabla 23 Comparación entre costos de base de suficiencia, certificación del gasto y Estados Financieros reportados ante la Superintendencia Nacional de Salud

AÑO	NOMBRE EPS	VALORES BASE INICIAL DE SUFICIENCIA SIN CALIDADES -REGIMEN CONTRIBUTIVO				CERTIFICACION DEL GASTO (UPC)	VALORES ESTADOS FINANCIEROS SUPERSALUD -REGIMEN CONTRIBUTIVO 2022 - 2023				Diferencia en Total Suficiencia y EEFF MSPS	
		Autorizados	Resto (Facturación)	TOTAL	% De Autorizados		Autorizados	Resto (Facturación)	TOTAL	% De Autorizados	Valor	Porcentaje
2022	SALUD TOTAL S.A. EPS	238.373.973.105,00	3.857.830.065.630,00	4.096.204.038.735,00	5,82%		74.653.189.334	3.092.770.563.162	3.167.423.752.496	2,36%	-928.780.286.239	-22,67%
2023	SALUD TOTAL S.A. EPS	24.278.355.070,00	4.676.415.636.716,00	4.700.693.991.786,00	0,52%	4.700.681.507.586,00	30.706.601.554	3.560.176.429.228	3.590.883.030.782	0,86%	-1.109.810.961.004	-23,61%
	Variación 2022 - 2023	-89,82%	21,22%	14,76%			-58,87%	15,11%	13,37%			
2022	E.P.S. SANITAS S.A.	93.098.220.844,00	5.537.006.295.700,00	5.630.104.516.544,00	1,65%		50.335.419.410	5.834.907.708.804	5.885.243.128.214	0,86%	255.138.611.670	4,53%
2023	E.P.S. SANITAS S.A.	83.514.899.695,00	7.312.780.632.368,00	7.396.295.532.063,00	1,13%	7.396.155.592.771,00	241.900.948.680	6.973.962.960.790	7.215.863.909.470	3,35%	-180.431.622.593	-2,44%
	Variación 2022 - 2023	-10,29%	32,07%	31,37%			380,58%	19,52%	22,61%			
2022	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1.098.083.589.437,00	1.902.609.600.187,00	3.000.693.189.624,00	36,59%		1.772.612.540.205	-	1.772.612.540.205	100,00%	-1.228.080.649.419	-40,93%
2023	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1.017.188.178.045,00	2.370.492.135.296,00	3.387.680.313.341,00	30,03%	3.388.664.648.236,00	1.984.524.679.627	-	1.984.524.679.627	100,00%	-1.403.155.633.714	-41,42%
	Variación 2022 - 2023	-7,37%	24,59%	12,90%			11,95%	-	11,95%			
2022	COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A. SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	97.341.099.549,00	6.343.377.899.964,00	6.440.718.999.513,00	1,51%		808.932.389.107	5.292.951.114.788	6.101.883.503.895	13,26%	-338.835.495.618	-5,26%
2023	COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A. SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	189.343.840.741,00	7.261.156.410.321,00	7.450.500.251.062,00	2,54%	7.450.499.628.024,00	854.863.653.235	6.519.981.690.388	7.374.845.343.623	11,59%	-75.654.907.439	-1,02%
	Variación 2022 - 2023	94,52%	14,47%	15,68%			5,68%	23,18%	20,86%			
2022	COMFENALCO VALLE E.P.S.	13.986.701.967,00	342.430.259.336,00	356.416.961.303,00	3,92%		297.609.707.615	147.076.068.447	444.685.776.062	66,93%	88.268.814.759	24,77%
2023	COMFENALCO VALLE E.P.S.	4.097.652.596,00	402.178.660.644,00	406.276.313.240,00	1,01%	406.276.313.240,00	267.835.940.927	190.032.280.548	457.868.221.475	58,50%	51.591.908.235	12,70%
	Variación 2022 - 2023	-70,70%	17,45%	13,99%			-10,00%	29,21%	2,96%			
2022	FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	160.952.612.094,00	2.612.576.438.973,00	2.773.529.051.067,00	5,80%		-196.164.413.754	3.835.130.369.644	3.638.965.955.890	-5,39%	865.436.904.823	31,20%
2023	FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	203.036.591.695,00	3.182.876.893.709,00	3.385.913.485.404,00	6,00%	3.380.900.835.538,00	117.135.278.735	3.437.298.887.313	3.554.434.166.048	3,30%	168.520.680.644	4,98%
	Variación 2022 - 2023	26,15%	21,83%	22,08%			-159,71%	-10,37%	-2,32%			
2022	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	40.890.131.794,00	945.534.150.810,00	986.424.282.604,00	4,15%		99.478.643.953	734.424.350.744	833.902.994.697	11,93%	-152.521.287.907	-15,46%
2023	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	21.825.870.837,00	1.058.930.838.275,00	1.080.756.709.112,00	2,02%	1.081.146.119.757,00	67.992.677.351	924.480.263.978	992.472.941.329	6,85%	-88.283.767.783	-8,17%
	Variación 2022 - 2023	-46,62%	11,99%	9,56%			-31,65%	25,88%	19,02%			
2022	NUEVA EPS S.A.	594.689.698.835,00	6.172.270.136.271,00	6.766.959.835.106,00	8,79%		1.174.807.641.722	5.528.656.776.500	6.703.464.418.222	17,53%	-63.495.416.884	-0,94%
2023	NUEVA EPS S.A.	1.235.549.973.194,00	9.681.483.188.205,00	10.917.033.161.399,00	11,32%	10.596.943.272.965,00	1.724.107.927.451	7.511.597.240.865	9.235.705.168.316	18,67%	-1.681.327.993.083	-15,40%
	Variación 2022 - 2023	107,76%	56,85%	61,33%			46,76%	35,87%	37,78%			

Tabla 24. Comparación entre costos de base de suficiencia, certificación del gasto y Estados Financieros reportados para la Mesa Financiera de las EPS

AÑO	NOMBRE EPS	VALORES BASE INICIAL DE SUFICIENCIA SIN CALIDADES -REGIMEN CONTRIBUTIVO				CERTIFICACION DEL GASTO (UPC)	VALORES EEFF (Mesa Técnica) (Reservas Técnicas - costos UPC) MSPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO				Diferencia en Total Suficiencia y EEFF MSPS	
		Autorizados	Resto (Facturación)	TOTAL	% De Autorizados		Autorizados	Resto (Facturación)	TOTAL	% De Autorizados	Valor	Porcentaje
2022	SALUD TOTAL S.A. EPS	238.373.973.105,00	3.857.830.065.630,00	4.096.204.038.735,00	5,82%		74.653.189.334,00	3.092.770.563.162,00	3.167.423.752.496,00	2,36%	-928.780.286.239	-22,67%
2023	SALUD TOTAL S.A. EPS	24.278.355.070,00	4.676.415.636.716,00	4.700.693.991.786,00	0,52%	4.700.681.507.586,00	30.706.601.554,00	3.560.176.429.228,00	3.590.883.030.782,00	0,86%	-1.109.810.961.004	-23,61%
	Variación 2022 - 2023	-89,82%	21,22%	14,76%			-58,87%	15,11%	13,37%			
2022	E.P.S. SANITAS S.A.	93.098.220.844,00	5.537.006.295.700,00	5.630.104.516.544,00	1,65%		50.335.419.410,00	5.764.484.018.243,00	5.814.819.437.653,00	0,87%	184.714.921.109	3,28%
2023	E.P.S. SANITAS S.A.	83.514.899.695,00	7.312.780.632.368,00	7.396.295.532.063,00	1,13%	7.396.155.592.771,00	241.900.948.680,00	6.937.239.184.746,00	7.179.140.133.426,00	3,37%	-217.155.398.637	-2,94%
	Variación 2022 - 2023	-10,29%	32,07%	31,37%			380,58%	20,34%	23,46%			
2022	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1.098.083.589.437,00	1.902.609.600.187,00	3.000.693.189.624,00	36,59%		1.772.612.540.205,00	-	1.772.612.540.205,00	100,00%	-1.228.080.649.419	-40,93%
2023	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1.017.188.178.045,00	2.370.492.135.296,00	3.387.680.313.341,00	30,03%	3.388.664.648.236,00	1.984.524.679.627,00	-	1.984.524.679.627,00	100,00%	-1.403.155.633.714	-41,42%
	Variación 2022 - 2023	-7,37%	24,59%	12,90%			11,95%	0,00%	11,95%			
2022	COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A. SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	97.341.099.549,00	6.343.377.899.964,00	6.440.718.999.513,00	1,51%		808.932.389.107,00	5.292.951.114.788,00	6.101.883.503.895,00	13,26%	-338.835.495.618	-5,26%
2023	COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A. SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	189.343.840.741,00	7.261.156.410.321,00	7.450.500.251.062,00	2,54%	7.450.499.628.024,00	854.863.653.235,00	6.519.981.690.388,00	7.374.845.343.623,00	11,59%	-75.654.907.439	-1,02%
	Variación 2022 - 2023	94,52%	14,47%	15,68%			5,68%	23,18%	20,86%			
2022	COMFENALCO VALLE E.P.S.	13.986.701.967,00	342.430.259.336,00	356.416.961.303,00	3,92%		297.609.707.615,00	146.667.537.666,00	444.277.245.281,00	66,99%	87.860.283.978	24,65%
2023	COMFENALCO VALLE E.P.S.	4.097.652.596,00	402.178.660.644,00	406.276.313.240,00	1,01%	406.276.313.240,00	267.835.940.927,00	189.198.025.735,00	457.033.966.662,00	58,60%	50.757.653.422	12,49%
	Variación 2022 - 2023	-70,70%	17,45%	13,99%			-10,00%	29,00%	2,87%			
2022	FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	160.952.612.094,00	2.612.576.438.973,00	2.773.529.051.067,00	5,80%		-196.164.413.753,76	3.835.130.369.644,63	3.638.965.955.890,87	-5,39%	865.436.904.824	31,20%
2023	FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	203.036.591.695,00	3.182.876.893.709,00	3.385.913.485.404,00	6,00%	3.380.900.835.538,00	117.135.278.733,76	3.437.298.887.312,97	3.554.434.166.046,73	3,30%	168.520.680.643	4,98%
	Variación 2022 - 2023	26,15%	21,83%	22,08%			-159,71%	-10,37%	-2,32%			
2022	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	40.890.131.794,00	945.534.150.810,00	986.424.282.604,00	4,15%		99.478.643.937,00	727.827.336.550,00	827.305.980.487,00	12,02%	-159.118.302.117	-16,13%
2023	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	21.825.870.837,00	1.058.930.838.275,00	1.080.756.709.112,00	2,02%	1.081.146.119.757,00	67.992.677.350,00	899.708.968.466,00	967.701.645.816,00	7,03%	-113.055.063.296	-10,46%
	Variación 2022 - 2023	-46,62%	11,99%	9,56%			-31,65%	23,62%	16,97%			
2022	NUEVA EPS S.A.	594.689.698.835,00	6.172.270.136.271,00	6.766.959.835.106,00	8,79%		1.174.807.641.722,00	4.515.075.193.271,00	5.689.882.834.993,00	20,65%	-1.077.077.000.113	-15,92%
2023	NUEVA EPS S.A.	1.235.549.973.194,00	9.681.483.188.205,00	10.917.033.161.399,00	11,32%	10.596.943.272.965,00	3.521.800.223.228,00	6.674.997.995.424,00	10.196.798.218.652,00	34,54%	-720.234.942.747	-6,60%
	Variación 2022 - 2023	107,76%	56,85%	61,33%			199,78%	47,84%	79,21%		0	

Finalmente, como insumo adicional para contrastación de la información entregada por las EPS se analizaron los resultados de la *"Mesa Financiera de las EPS"*, convocada por Presidencia de la República. La cual fue realizada entre mayo y octubre de 2024, con la participación de los Ministerios de Salud y Protección Social, de Hacienda y Crédito Público, la ADRES, las EPS y sus gremios.

Se solicitó la información financiera correspondiente a ingresos, costos y gastos, estado de situación financiera y flujo de caja, de los años 2019 a 2023, la información debía estar organizada de acuerdo con la estructura definida, de manera tal que, se facilitara el análisis y procesamiento.

Las Entidades Promotoras de Salud - EPS y sus gremios expresaron dificultad en la consolidación y envío de la información solicitada, por lo cual, el plazo de entrega fue postergado en varias ocasiones. Se definió como fecha límite de entrega de información el 31 de mayo de 2024, momento a partir del cual se programaron reuniones con cada una de las EPS para revisar de forma particular la completitud, coherencia y cumplimiento de los lineamientos solicitados; así como para resolver dudas y hacer las subsanaciones correspondientes. A pesar del ajuste de plazos y las sesiones retroalimentación no se logró la totalidad y calidad requerida de la información solicitada. Se obtuvo información financiera de 16[15] de las 17 EPS agremiadas, las cuales agrupan al 83% de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. A las EPS no agremiadas no se les solicitó información.

Con la información suministrada, como ejercicio de evaluación de calidad y coherencia, se realizó comparación con la reportada ante la Superintendencia Nacional de Salud, en el archivo FT001 catálogo de información financiera. Posterior a dicha contrastación, se continuó con el análisis financiero horizontal y vertical, utilizando las cifras reportadas por la EPS en el File Transfer Protocol - FTP dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.

En este procedimiento se buscó identificar en primer lugar, las fluctuaciones de los hechos económicos en el periodo de tiempo 2019 a 2023 de cada EPS, para observar si los crecimientos o decrecimientos de cada cuenta contable seguían alguna tendencia con el fin de hacer contrastes frente al conjunto de las EPS analizadas. En segundo lugar, identificar cuáles eran las subcuentas contables más representativas en cada año y cuáles fueron sus variaciones anuales, así como las subcuentas que más aportaban a los crecimientos o decrecimientos anuales, identificando así, en qué cuentas contables debía centrarse el análisis financiero a mayor profundidad, es decir, desagregando las subcuentas contables a 6 y 8 dígitos, sobre las cuales se identificaron los valores más representativos y las observaciones ligadas a estos para entender si explicaban los movimientos contables, si estaban relacionados con servicios de salud y que terceros concentraban los mayores montos.

Todo el análisis fue realizado con la información entregada a la mesa financiera, así tuviera diferencias con la reportada ante el organismo de control.

De las 16 EPS que entregaron información a la mesa financiera, 12 también lo hicieron para el Estudio técnico para el incremento de la Unidad de Pago por Capitación 2025, y las 8 EPS que fueron finalmente seleccionadas para el estudio se encuentran dentro del análisis de la mesa financiera (Nueva EPS, EPS Sanitas, EPS Sura, Salud Total EPS, Famisanar, Compensar EPS, Servicio Occidental de Salud S.O.S y Comfenalco Valle).

[15] Las EPS que reportaron información fueron: Nueva EPS, EPS Sanitas, EPS Sura, Salud Total EPS, Coosalud, Famisanar, Mutualser EPS, Compensar EPS, Capital Salud, SOS EPS, Comfenalco Valle EPS, Anas Wayuu EPSI, EPS Familiar de Colombia, Aliansalud, Capresoca y Salud Bolívar EPS.

Los principales hallazgos del análisis financiero son los siguientes:

1. En algunas EPS, se presentaron diferencias en las cifras registradas de los Estados Financieros enviados por las EPS al MSPS (FTP) y lo transmitido por estas a la SNS a través del archivo tipo FT001[16]. Dichas diferencias se hicieron más evidentes conforme se profundizó en el detalle a dos (02), cuatro (04) y seis (06) dígitos, siendo necesaria la solicitud de ampliación a un mayor detalle, que identificara las cuentas que reflejan el uso de los recursos públicos del Sistema de Salud, específicamente la UPC.

2. Algunas EPS subsanaron inconsistencias en entregas posteriores; sin embargo, las inconsistencias que persistieron se deben aclarar para determinar con certeza y precisión el uso y destinación de los recursos del sistema de salud. Además, para este ejercicio, algunas EPS presentaron estados financieros re expresados, aún sin validación de la Superintendencia Nacional de Salud. Como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 25. Resultado de contrastación entre la información presentada ante la mesa financiera y la reportada ante la Superintendencia Nacional de Salud

EPS	Resultado de contrastación con FTOO1
Nueva EPS	Estados financieros re expresados no validados ante la SNS
EPS Sanitas	Diferencias con la información de la SNS
EPS Sura	Estados financieros re expresados no validados ante la SNS
Salud Total EPS	Sin diferencias con la información de la SNS
Coosalud	Diferencias con la información de la SNS
Famisanar	Diferencias con la información de la SNS
Mutualser EPS	Diferencias con la información de la SNS
Compensar	Diferencias con la información de la SNS
Capital Salud	Diferencias con la información de la SNS
Servicio Occidental de Salud SOS	Sin diferencias con la información de la SNS
Comfenalco Valle EPS	Sin diferencias con la información de la SNS
Anas Wayuu	Sin diferencias con la información de la SNS
EPS Familiar de Colombia	Diferencias con la información de la SNS
Aliansalud	Sin diferencias con la información de la SNS
Capresoca	Diferencias con la información de la SNS
Salud Bolívar	Sin diferencias con la información de la SNS

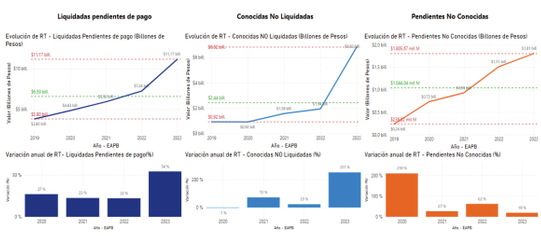
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

3. El análisis horizontal y vertical de la información financiera suministrada por las EPS permitió identificar tendencias e indicios de un aparente uso ineficiente de los recursos públicos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC; que requieren ser estudiados por las instituciones competentes, por cuanto la mesa de análisis financiero no tiene alcance de Inspección, Vigilancia y Control.

4. Al comparar los años 2022 y 2023 los ingresos por UPC de las EPS analizadas crecieron 26,5% en promedio, mientras que los costos del régimen de seguridad social en salud – UPC crecieron en 39,8%. Al desagregar estos costos por cada EPS analizada y revisar variaciones anuales, se evidencian crecimientos de las reservas técnicas que no guardan coherencia, ni relación con los movimientos históricos, como se muestra en las siguientes tablas, para cada EPS de la selección.

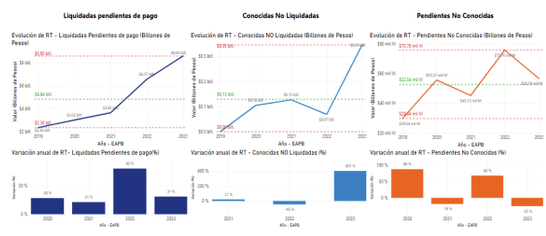
[16] Anas Wayúu (patrimonio), Comfenalco Valle (atribuibles a problemas en transmisión de archivos), Sanitas (registro de recuperaciones y registro de liberación de reservas como mayor valor de los ingresos)

Figura 9. Comportamiento de las reservas técnicas 2019 - 2023. Nueva EPS



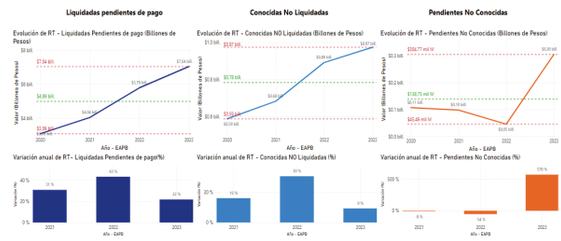
- Aumento del 54% de las reservas liquidadas pendientes de pago, del 2022 al 2023, pasando de $7,24 billones a $11,17 billones.
- Aumento del 251% de las reservas conocidas no liquidadas, del año 2022 a 2023, pasando de $1,94 billones a $6,82 billones.

Figura 10. Comportamiento de las reservas técnicas 2019 – 2023. Sanitas EPS



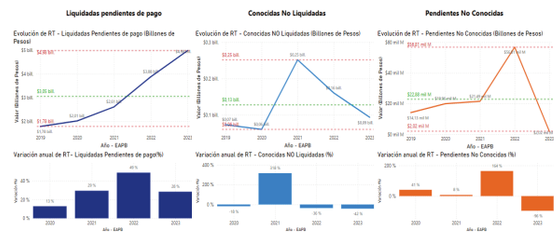
- Aumento del 80% de las reservas liquidadas pendiente del pago, del año 2021 al 2022, pasando de $3,65 billones a $6,57 billones.
- Aumento del 401% de las reservas conocidas no liquidadas del año 2022 al 2023, pasando de $70 mil millones a $350 mil millones.

Figura 11. Comportamiento de las reservas técnicas 2019 – 2023. Sura EPS



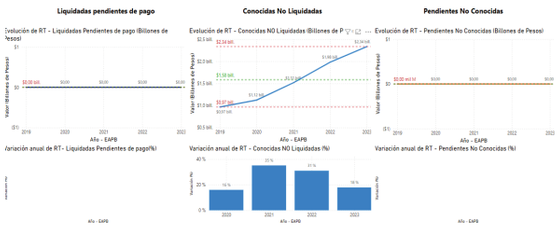
- Aumento del 43% de las reservas liquidadas pendientes de pago del año 2021 al 2022, pasando de $4,04 billones a $5,79 billones.
- Aumento del 570% de las reservas pendientes no conocidas del año 2022 a 2023, pasando de $50 mil millones a $304 mil millones.

Figura 12. Comportamiento de las reservas técnicas 2019 – 2023. Salud Total EPS



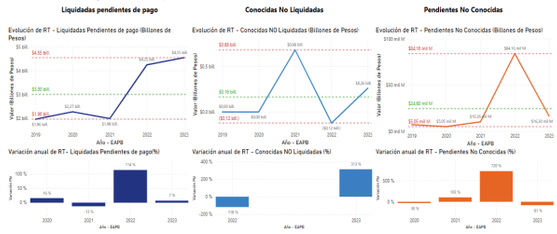
- Aumento del 318% de las reservas conocidas no liquidadas del año 2020 a 2021, pasando de $6 mil millones a $250 mil millones.

Figura 13. Comportamiento de las reservas técnicas 2019 – 2023. Compensar EPS



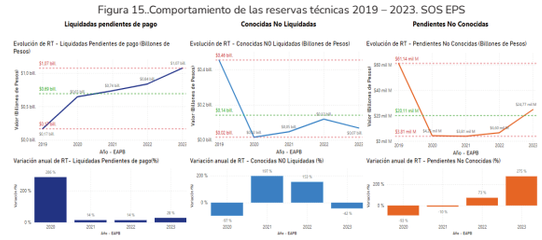
- Durante el periodo de análisis solamente se encontró registro de constitución de reservas conocidas no liquidadas, llegando a $2,34 billones en 2023.

Figura 14. Comportamiento de las reservas técnicas 2019 – 2023. Famisanar EPS



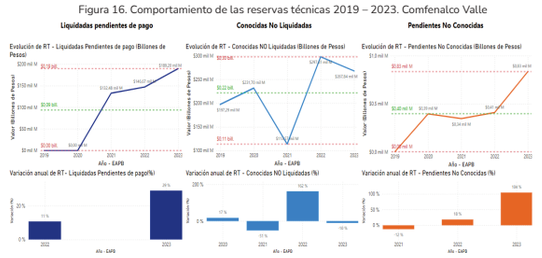
- Aumento del 114% de las reservas liquidadas pendientes de pago de 2021 a 2022, pasando de $1,98 billones a $4,25 billones.
- Aumento del 313% de las reservas conocidas no liquidadas del año 2022 a 2023, pasando de $12 mil millones a $26 mil millones.

Figura 15..Comportamiento de las reservas técnicas 2019 – 2023. SOS EPS



- Se observan fluctuaciones importantes para los tres tipos de reservas durante el periodo de observación
- Aumento del 313% de las reservas conocidas no liquidadas del año 2022 a 2023, pasando de $12 mil millones a $26 mil millones.

Figura 16. Comportamiento de las reservas técnicas 2019 – 2023. Comfenalco Valle



- Aumento del 29% de las reservas liquidadas pendientes del año 2022 al 2023.
- Aumento del 162% de las reservas conocidas no liquidadas entre el año 2021 al 2022
- Aumento del 104% de las reservas pendientes no conocidas del año 2022 a 2023.

5. Al totalizar los valores de liberación de reservas técnicas, asociadas a la UPC, registradas tanto en las cuentas del ingreso como en las cuentas del costo para las EPS analizadas, se encuentra un crecimiento de 32,6% entre 2022 y 2023 al pasar de $1,56 billones a $2,07 billones. Se observó que, pese a la existencia de instrucción precisa dada por la Superintendencia Nacional de Salud para el registro de la liberación de la reserva técnica afectando las cuentas relacionadas en el costo, dos EPS no se ajustaron a la misma (Sura y Capresoca). Además, durante el periodo de análisis cinco (5) de las EPS del estudio no realizaron liberación de reservas técnicas, en ninguna de la cuentas (Nueva EPS, Compensar EPS, Anas Wayuu, Familiar de Colombia EPS y Aliansalud).

6. Para la mayoría de las EPS del estudio se observa que durante el periodo de análisis las reservas técnicas no están respaldadas en su totalidad por las distintas inversiones definidas en la normatividad financiera aplicable vigente.

7. Existe un manejo discrecional de las reservas técnicas relacionadas con la UPC que requiere mayor aclaración por parte de las EPS. Dada la importante participación de este rubro en el costo, que fue de 78,6% en 2023, y su impacto en los estados financieros, así como en los análisis de suficiencia de la UPC, es necesario conocer las acciones tomadas por el responsable de la inspección, vigilancia y control al respecto, en especial sobre el seguimiento, evaluación y manejo contable de la constitución y liberación de reservas técnicas.

8. En cuanto a los gastos, se encontraron aumentos inusuales del año 2022 a 2023 en las siguientes EPS, como se muestra a continuación:

Tabla 26. Variaciones inusuales del gasto

EPS	Comportamiento en el gasto
Compensar EPS	Aumento del 28%, pasando de $313 mil millones a $401 mil millones.
EPS Sanitas	Aumento del 100%, pasando de $343 mil millones a $686 mil millones.
Sura EPS	Aumento del 30%, pasando de $309 mil millones a $402 mil millones.
Servicio Occidental de Salud EPS	Aumento del 22%, pasando de $92 mil millones a $113 mil millones.

os rubros del gasto con mayores incrementos fueron: sueldos y salarios, dotación, rrendamientos operativos, gastos de personal diversos, procesamiento electrónico de datos, sesorías diversas, gastos por honorarios, y "servicios".

9. En el análisis de terceros con mayor registro de pagos por servicios y tecnologías en salud, se identificaron los principales destinatarios, sean o no vinculados económicos de la EPS.

Tabla 27. Terceros con mayor registro de pagos por servicios y tecnologías en salud

EPS	Terceros con mayor pago
Nueva EPS	Audifarma, Colsubsidio y Cafam
Sanitas EPS	Cruz Verde, Clínica Colsanitas y Centros Médicos Sanitas
Sura EPS	Colsubsidio, Helpharma y Medicarte
Salud Total EPS	Virrey Solís, Audifarma, Policlínico del Olaya y Clínica Nogales
Coosalud	Medical Duarte, Fundación Cardiovascular de Colombia y Hospital Universitario del Valle
Famisanar EPS	Colsubsidio y Cafam
Mutualser EPS	Audifarma y IPS Cuidado Seguro en Casa
Compensar EPS	Compensar, Audifarma y Unión Temporal Asisfarma y Viva 1A
Capital Salud EPS	Subred Sur y Subred Norte.
Servicio Occidental de Salud EPS	Fundación Clínica Valle de Lili y Comfandi
Comfenalco Valle EPS	Clínica Nueva de Cali y Centro Médico Imbanaco.
Anas Wayuu EPSI	Asociación de Cabildos y/o autoridades Tradicionales de la Guajira y Sociedad Clínica Maicao

EPS	Terceros con mayor pago
Familiar de Colombia EPS	Global Health Group, IPSI Kottushi Sao Ana, e IPS Punto Vital
Aliansalud	Medicarte, Hospital Universitario San Ignacio y Fundación Abbot Shaio
Capresoca	Hospital Regional de la Orinoquia, Red Salud Casanare y Sociedad Clínica de Casanare

10. El análisis del flujo de recursos respecto de la relación ingreso/pagos que tomó como fuente la información de los pagos a la red contratada para la prestación y provisión de servicios de salud, publicada mensualmente, desde el mes de marzo de 2020, en los micrositios de las páginas web de cada EPS y comparándolo con los ingresos netos por UPC del régimen contributivo y subsidiado publicados por la ADRES en su sitio web. Encontrando que algunas EPS reportan pagar más del ingreso por UPC y otras reportan pagar menos de lo correspondiente de acuerdo con la normatividad, esto es luego de la deducción de gastos de administración.

7.2.5 INTEGRACIÓN VERTICAL Y SOBRECOSTOS

La integración vertical es el mecanismo mediante el cual procesos productivos realizados por un tercero se incorporan en una firma. En el caso del sistema de salud Colombiano, este proceso se evidencia en la integración del aseguramiento (EPS) y la prestación de servicios (IPS); dicho de otro modo, este proceso permite que las EPS se encarguen tanto de la administración del riesgo financiero y gestión del riesgo en salud como de la prestación de servicios de salud, provisión de medicamentos y tecnologías en salud e incluso, de la prestación de servicios no misionales como aseo y seguridad.

La literatura económica ha favorecido e incentivado este tipo de conductas ya que resultan convenientes al permitir el acceso a tarifas favorables, la eliminación de costos de intermediación, la ganancia en la capacidad de negociación y la reducción en la dependencia de terceros; sin embargo, este proceso ha traído importantes distorsiones en el sistema de salud como lo son la reducción de los prestadores de servicios de salud, la concentración de los servicios de salud de mediana y alta complejidad en las ciudades principales y zonas de alta capacidad de pago y el volcamiento de la inversión en hospitales y clínicas privadas de alto nivel asociadas a EPS con planes complementarios y empresas de medicina prepagada.

Así mismo, ha producido el debilitamiento de la red pública hospitalaria como consecuencia de la contratación privilegiada y la prelación en el pago a los prestadores que hacen parte de la integración, con el asociado desmantelamiento de los centros de atención primaria y pérdida de su poder resolutivo debido al traslado de procedimientos y servicios a centros especializados o de mediana complejidad.

Aunque este comportamiento ha resultado lesivo para los prestadores que no se encuentran vinculados a las EPS especialmente para las Empresas Sociales del Estado - ESE, sólo existen dos medidas regulatorias que mitigan el alcance de la integración vertical. En primer lugar, el artículo 15 de la ley 1122 de 2007 que establece que *"Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud"* con la respectiva definición de IPS propia en el artículo 5 de la Resolución 1424 de 2008 como *"la situación de la sociedad IPS, frente a la EPS ya sea en razón a que ostente la calidad de subordinada, o bien, porque exista vinculación a un grupo empresarial, de conformidad con las nociones del Código de Comercio"* ; y en segundo lugar, el

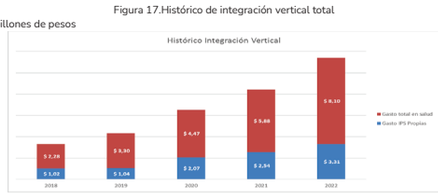
artículo 16 de la ley 1122 de 2007 donde se establece para el régimen subsidiado que *"Las EPS contratarán de manera obligatoria y efectiva con empresas sociales del Estado ESE, como mínimo, el 60% del gasto en salud"*.

Si bien, estas medidas generan controles frente a la subordinación y el mínimo del gasto destinado a las ESE, deja por fuera la posibilidad de participaciones accionarias inferiores al 50% sobre las IPS y el hecho de que las IPS puedan ser accionistas de las EPS, situaciones que pueden exponer a posibles conflictos de interés en la contratación de servicios.

Según las cifras reportadas por las EPS a la Superintendencia de Salud frente al gasto en integración vertical, este rubro se triplicó en el periodo comprendido entre 2018 - 2022, representando para el 2022 cerca de $3,31 billones de pesos, frente a los $8,1 billones que las EPS que integran verticalmente destinaron para el gasto en salud, no obstante, esta cifra puede estar subestimada por falta de información dado el carácter de auto reporte por parte de las EPS, como es el caso del año 2019, donde no se cuenta con el reporte de la EPS Sanitas.

Figura 17.Histórico de integración vertical total

Cifras en billones de pesos

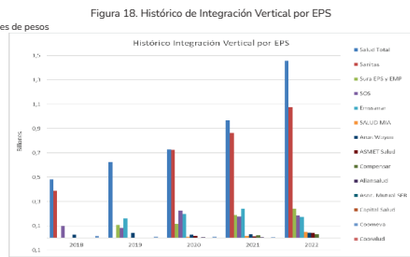


***Fuente**: Elaboración propia con cifras reportadas por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud*

Entre el 2018 – 2022, 16 EPS reportaron rubros de integración vertical bajo las condiciones de IPS propia mencionadas, siendo Salud Total, Sanitas y Sura las EPS que integran el mayor valor. Sin embargo, al observar el porcentaje del gasto en salud para el año 2022, Salud Mía encabeza el listado con un gasto en salud con IPS propias del 69%, seguido de Salud Total con el 29%, Anas Wayuu con el 19%, SOS con el 16% y Sanitas con el 15%.

Figura 18. Histórico de Integración Vertical por EPS

Cifras en billones de pesos



***Fuente:** Elaboración propia con cifras reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud*

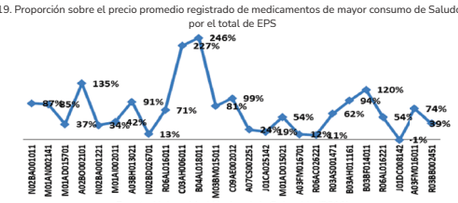
La práctica de integración vertical entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ha emergido, de facto, como una contravención explícita al principio de 'libre escogencia' por parte de los usuarios, un argumento fundamental utilizado para justificar la privatización del sistema de salud. Asimismo, se ha convertido en un vehículo para la transferencia de utilidades -con grados variables de legalidad, llegando incluso a la ilegalidad- desde las EPS hacia sus entidades afiliadas.

En situaciones donde la integración vertical resulta evidente o incómoda, a las EPS les ha bastado con modificar el nombre y, ocasionalmente, la composición accionaria de las entidades subsidiarias en una notaría, para declarar la inexistencia de integración vertical de negocios. Esta maniobra ha sido viable gracias a la falta de una normativa que regule los comportamientos corporativos monopólicos, prohibiendo legalmente la propiedad cruzada de empresas o la participación de socios y familiares en distintas entidades de la cadena de servicios e insumos de salud -una regulación crucial para prevenir genuinamente la integración vertical en el sector- (54).

La Contraloría General de la República califica a la integración vertical como una "apropiación indebida de recursos destinados a la atención en salud por parte de los operadores del sistema". Estos recursos, según señala, se utilizan para adquirir bienes, relacionados o no con la prestación del servicio, directamente a nombre del operador privado, sin esperar a determinar si se generan utilidades al final del ejercicio fiscal. Además, destaca que las EPS frecuentemente se surten de sociedades comerciales pertenecientes a familiares de sus administradores, incrementando así el costo final de la atención en salud (55).

La preocupación central con el fenómeno de la integración vertical, radica en que algunas entidades, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado que tienen integración, adoptan comportamientos rentistas; los cuales más que centrarse en la utilidad de la EPS, lo hacen en la rentabilidad de negocios integrados verticalmente, como la capitación con entidades propias, la compra de medicamentos o insumos, y la contratación de servicios adicionales como ambulancias, lavanderías, vigilancia, entre otros. La Universidad Nacional de Colombia, encontró que las EPS con mayores sobrecostos eran cooperativas que poseían tanto su red de prestadores como las empresas suministradoras de medicamentos; en el caso SaludCoop se encontró un sobreprecio de los medicamentos más usados entre el 13 y el 231%, como se muestra en la siguiente figura(56) .

Figura 19. Proporción sobre el precio promedio registrado de medicamentos de mayor consumo de Saludcoop S.A. por el total de EPS



***Fuente:** Universidad Nacional de Colombia (2011).*

El estudio de la Universidad Nacional subraya que la información reportada por las EPS requiere mayor detalle de sobre servicios y costos, toda vez que las agrupaciones encontradas invisibilizan información crucial de frecuencias y costos reales; los déficits de información son particularmente cuestionables en entidades con una marcada integración vertical o corporativa en la cual las compras están centralizadas e integradas y las transacciones realizadas dentro de este marco de integración vertical no pasan por mecanismos de competencia del mercado, eliminando la garantía de negociaciones a precios óptimos. Este enfoque rentista, lejos de motivar el control de gastos promueve un incremento de aquellos que generan rentabilidades en las empresas integradas verticalmente (56).

En 2011, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) sancionó a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI y varias EPS (Resolución 46111 de 2011) por conductas constitutivas de afectación a la debida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud, como fue la existencia de un acuerdo anticompetitivo llevado a cabo por las EPS agremiadas en ACEMI, cuyo objeto fue impedir la debida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud. Así mismo, se comprobó que las EPS agremiadas en ACEMI y la agremiación misma crearon un mecanismo tendiente a fijar la Unidad de Pago por Capitación -UPC, y por tanto definieron indirectamente el precio de aseguramiento en salud.

La decisión de la SIC se fundamentó en el Decreto 1663 de 1994, que contiene los acuerdos contrarios a la libre competencia en el mercado de servicios de salud. Uno de ellos son los que tengan como objeto o como efecto abstenerse de proveer a los usuarios o al SGSSS de información no reservada sobre la prestación de los servicios de salud, así como cualquier intento de ocultar o falsear la información y en general de impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

La norma reprocha cualquier acuerdo entre competidores de este mercado, a través del cual se intente ocultar o falsear la información relacionada con la prestación de los servicios de salud, ya sea a las autoridades del SGSSS, con quienes tienen una especial obligación de reportar información para el desarrollo de sus funciones y el consecuente adecuado funcionamiento del mercado, así como a sus usuarios. También se prohíbe que los actores en el mercado de salud efectúen acuerdos que tengan como objeto o como efecto impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

La exposición de mecanismos, tanto legales como ilegales, de "transferencia de precios o utilidades" a través de entidades integradas vertical u horizontalmente, como en los casos públicamente conocidos de sobrefacturación en medicamentos por Saludcoop, o las EPS con negocios de salud prepagada, motivó a la Corte Constitucional a convocar, en mayo de 2012, una audiencia de rendición de cuentas sobre el cumplimiento de la Sentencia T-760. Dicha sentencia establece la obligación del Estado colombiano de garantizar el derecho a la salud mediante la cobertura universal y la igualación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tras las exposiciones del Gobierno, entidades y organizaciones sociales, la Corte Constitucional resaltó en sus conclusiones la identificación de diversas causas generales que comprometen los recursos destinados a la salud, entre ellas, un alto grado de corrupción, la prevalencia de intereses particulares sobre el interés general, debilidades en el control estatal y manejo administrativo ineficiente. De igual manera, se señalaron causas específicas, como el cobro de comisiones indebidas, la presentación de cuentas a nombre de personas inexistentes, la falta de una base de datos unificada, incrementos dolosos en los valores de medicamentos y procedimientos no incluidos en el entonces Plan Obligatorio de Salud - POS, recobros por insumos y medicinas no utilizados o entregados, pagos por servicios no incluidos en el POS y obtenidos supuestamente por tutelas inexistentes, y el recobro de medicamentos e insumos de contrabando, entre otros.

No obstante, los antecedes normativos y jurídicos en relación con la transparencia de la información y los efectos de la integración vertical, los insumos suministrados por las EPS para el cálculo de la UPC se han deteriorado en calidad y cantidad en los últimos años.

7.3 SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Los trabajadores de la salud son fundamentales para lograr sistemas de salud sólidos y resistentes que contribuyan a lograr el objetivo de mejorar la salud de la población (57), al respecto la OMS ha instado a los países miembro a *"crear trabajo decente y establecer una remuneración adecuada para los profesionales de la salud y demás personal sanitario que trabaje en el nivel de atención primario de la salud para responder eficazmente a las necesidades de salud de la personas en un contexto multidisciplinario. Seguir invirtiendo en la educación, la formación, la contratación, el desarrollo, la motivación y la retención del personal de atención primaria de la salud, velando porque tenga una combinación adecuada de competencias. Esforzarse por tener el personal de la atención primaria de la salud y garantizar su disponibilidad en las zonas rurales, remotas y menos desarrolladas"* (58).

Ahora bien, los retos del personal de la salud implican no solamente aumentar su número y distribución, para cerrar la brechas; sino también permitir adaptaciones y ajustes requeridos para cada contexto y necesidades de la población, una planeación basada en los desafíos futuros, los principios de atención centrada en las personas y la equidad; para lograrlo se requiere un apoyo decido de varios sectores, como la educación, el trabajo, la administración pública y la financiación del sistema de salud (59).

El sistema de salud colombiano tiene enormes retos en relación con los trabajadores de la salud. En primer lugar, es necesario generar las condiciones para que todos los trabajadores tengan condiciones dignas y justas en su contratación; en segundo lugar, se requiere aumentar la disponibilidad y mejorar la distribución del personal de salud, sobre todo en zonas rurales y dispersas; y como tercera medida es necesario desarrollar competencias y orientar la educación en salud hacia la atención primaria en salud.

En relación con las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, la cantidad y calidad de información disponible es insuficiente; no obstante, es posible realizar una estimación la cual no es satisfactoria, ni edificante. En octubre del año 2020 la Procuraduría General de la Nación – PGN emitió la Circular 007, acerca de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud empleados en IPS públicas. Los datos recabados por la Procuraduría en dicho informe son lapidarios sobre la cuestión: un total de 926 Empresas Sociales del Estado (ESE) empleaban en 2020 a 163.116 personas, de las cuales solo 46.715 tenían contratos directos con las IPS, mientras que otras 116.401 personas se hallaban vinculadas a través de figuras de intermediación laboral, tales como contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, contratos de prestación de servicio y otras figuras similares. Así, según el ministerio público, solo el 28,63% del personal de las ESE tenían un vínculo directo con estas instituciones, al tiempo que el 71,37% estaban tercerizadas (60) .

Las consecuencias de la tercerización laboral en la situación de los trabajadores en general están ampliamente documentadas en el país: menores salarios, jornadas laborales excesivas, escasa o nula cotización a seguridad social, ausencia de prestaciones sociales y dotación, e imposibilidad de organizarse sindicalmente para reclamar mejores condiciones de trabajo y económicas por parte de los trabajadores; todas reiteradamente expuestas por los trabajadores de la salud en las audiencias públicas y mesas técnicas realizadas dentro del proceso de debate de proyecto de reforma al sistema de salud. A esto se le debe sumar el hecho de que en este tipo de labores es necesaria la existencia de los turnos en jornadas nocturnas, horas extras, trabajo dominical y festivo; lo que en el contexto intermediación laboral y recorte de jornada nocturna, disminución de pagos por horas extras, dominicales y festivos, que introdujo de la Ley 789 de 2002 ha significado el deterioro progresivo de las condiciones laborales de los trabajadores durante las últimas décadas.

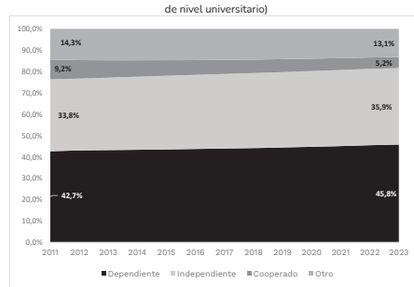
Como bien advierte la Procuraduría en la circular mencionada, el artículo 103 de la ley 1438 de 2011 ordenaba que los trabajadores misionales de la salud en el sector público sean contratados directamente por las Empresas Sociales del Estado - ESE, y en tal sentido la predominancia de la intermediación laboral es una clara violación de la legislación, en grave perjuicio de la calidad de vida de los trabajadores, y con efectos incuantificables en la calidad del servicio prestado a los pacientes. Desafortunadamente, la Circular no recoge datos del sector privado de salud, del cual hay muy poca información, lo que no permite profundizar en las condiciones de trabajo en el segmento donde laboral de la mayoría de los trabajadores de la salud.

A pesar de esta ausencia de información, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Observatorio de Talento Humano en Salud, y haciendo uso de la información disponible a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y el Registro del Talento Humano en Salud (ReTHUS), ha logrado recabar datos sustanciales en cuanto a la situación actual y dinámica de estos trabajadores.

De acuerdo con los informes del Ministerio, la situación de contratación laboral de los trabajadores de la salud apenas si ha mejorado en los últimos lustros. En efecto, si para 2011 el 42,7% de los trabajadores de la salud tenían una vinculación laboral formal, en calidad de trabajadores dependientes, para 2022 esta cifra apenas se elevó en 3,1 puntos porcentuales, hasta llegar al 45,8%. Por el contrario, el número de trabajadores "independientes" creció de 33,8% a 35,9% y los trabajadores bajo formas de intermediación laboral tales como Cooperativa de Trabajo Asociado - CTA u otras apenas decreció en 5,2 puntos porcentuales, pasando de 23,5% en 2011 a 18,3% en 2022.

Teniendo en cuanta que una proporción, incuantificable, de trabajadores denominados como "independientes" son en realidad empleados precarizados bajo figuras tales como Contratos de Prestación de Servicios, se hace meridianamente claro que la situación laboral de los empleados de la salud, en al menos la última década, apenas si ha mejorado marginalmente, y que lo que predomina es la precariedad e inestabilidad en las relaciones laborales.

Figura 20. Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA. (Talento Humano en Salud de nivel universitario)



Fuente: *Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en los cubos de SISPRO*

La precariedad laboral, bajo los múltiples rostros de la intermediación laboral y de la contratación civil, abarca a todas las profesiones, pero es especialmente grave en profesiones como la fonoaudiología, la fisioterapia, la medicina y la odontología; labores todas que son misionales y permanentes en los servicios de salud.

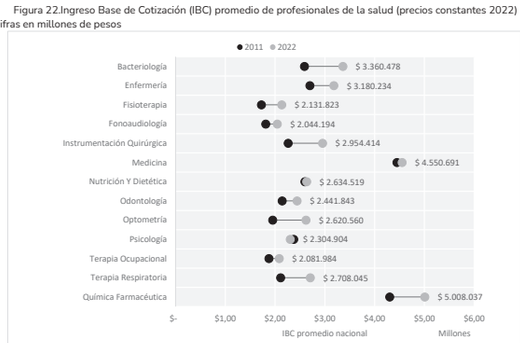
Figura 21. Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA

Fuente: *Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en los cubos de SISPRO*

Estas condiciones atípicas, por no decir ilegales, de contratación laboral del personal de la salud, se reflejan en la evolución salarial de los profesionales del sector, que cuando mínimo debe calificarse de insatisfactoria. En efecto, el incremento salarial real, ajustado por inflación, de los trabajadores de la salud entre 2011 y 2022 apenas ha sido de $35.915 anuales, algo bastante cuestionable, teniendo en cuenta el consenso general de la opinión pública, al menos desde 2020 cuando estalló la pandemia de la Covid-19, acerca de la labor heroica de los trabajadores de la salud, cuyo sentido laboral de su vida consiste, básicamente, en cuidar y proteger la vida de toda la ciudadanía.

Entre todas las profesiones de la salud, llama fuertemente la atención, el escaso incremento salarial de los profesionales de medicina y, nutrición y dietética, profesiones fuertemente relacionadas tanto con las labores de promoción y prevención como de atención a la enfermedad, e incluso es de destacar el caso de los profesionales de psicología, cuyo ingreso real ha disminuido entre 2011 y 2022.

Figura 22.Ingreso Base de Cotización (IBC) promedio de profesionales de la salud (precios constantes 2022)
Cifras en millones de pesos



Fuente: *Cálculos propios con base en Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos de SISPRO (2023) y calculadora de inflación MinTrabajo (2023)*

Figura 23.Variación del Ingreso Base de Cotización (IBC) promedio de profesionales de la salud, ajustados por inflación

			Ajuste IPC		Ajuste Interés compuesto		
Perfil	**IBC 2011 (promedio)**	**IBC 2022 (promedio)**	**Dif Abs**	**Dif Rel**	**Dif Abs**	**Dif Rel**	**Incremento anual medio (real)**
Bacteriología	$ 1.625.081	$ 3.360.478	$ 771.250	**29,8%**	$ 771.087	**29,8%**	$ 70.099
Enfermería	$ 1.694.139	$ 3.180.234	$ 480.976	**17,8%**	$ 480.805	**17,8%**	$ 43.710
Fisioterapia	$ 1.081.511	$ 2.131.823	$ 408.661	**23,7%**	$ 408.552	**23,7%**	$ 37.141
Fonoaudiología	$ 1.136.288	$ 2.044.194	$ 233.756	**12,9%**	$ 233.642	**12,9%**	$ 21.240
Instrumentación Quirúrgica	$ 1.420.122	$ 2.954.414	$ 691.746	**30,6%**	$ 691.603	**30,6%**	$ 62.873
Medicina	$ 2.791.316	$ 4.550.691	$ 103.311	**2,3%**	$ 103.030	**2,3%**	$ 9.366
Nutrición Y Dietética	$ 1.630.362	$ 2.634.519	$ 36.876	**1,4%**	$ 36.712	**1,4%**	$ 3.337
Odontología	$ 1.344.241	$ 2.441.843	$ 300.075	**14,0%**	$ 299.940	**14,0%**	$ 27.267
Optometría	$ 1.224.725	$ 2.620.560	$ 669.215	**34,3%**	$ 669.092	**34,3%**	$ 60.827
Psicología	$ 1.490.547	$ 2.304.904	-$ 69.971	**-2,9%**	-$ 70.121	**-3,0%**	-$ 6.375
Terapia Ocupacional	$ 1.176.437	$ 2.081.984	$ 207.577	**11,1%**	$ 207.459	**11,1%**	$ 18.860
Terapia Respiratoria	$ 1.324.376	$ 2.708.045	$ 597.927	**28,3%**	$ 597.794	**28,3%**	$ 54.345
Química Farmacéutica	$ 2.699.684	$ 5.008.037	$ 706.653	**16,4%**	$ 706.382	**16,4%**	$ 64.217

Fuente: *Cálculos propios con base en Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos de SISPRO (2023) y calculadora de inflación MinTrabajo (2023)*

Los datos expuestos son suficientemente indicativos de una situación de profunda precariedad laboral de los trabajadores de la salud, que se salda en fenómenos como el multiempleo y, en general, las magras condiciones de vida de los trabajadores del sector.

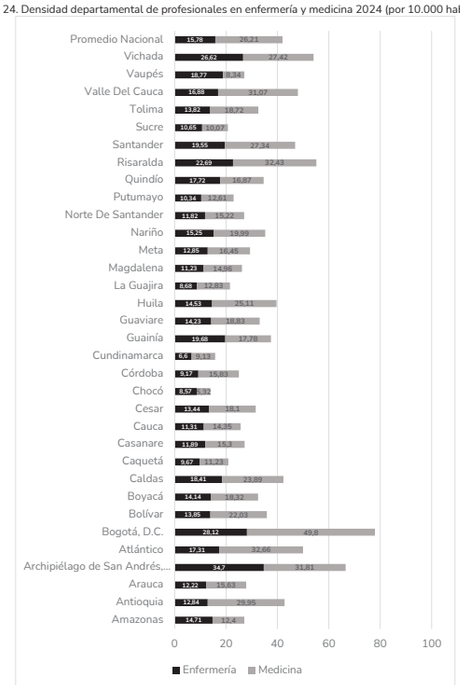
A este respecto basta con un dato adicional: la Encuesta Nacional de Situación Laboral en Salud del Colegio Médico Colombiano en 2019 (61), evidencia que el 32% de los médicos generales trabaja entre 48 y 66 horas por semana, y el 14% labora más de 66 horas semanales. En el caso de los médicos rurales, el 40% trabaja entre 48 y 66 horas semanales, mientras que el 20% trabaja más de 66 horas. Para los especialistas, el 33% trabaja entre 48 y 66 horas semanales, y el 14% trabaja más de 66 horas por semana (62).

Esta situación estructural de precariedad laboral en el sector de la salud comporta algunas consecuencias adicionales potencial o actualmente peligrosas para el desenvolvimiento del sector: en primer lugar, el costo de oportunidad asociado a estudiar una carrera del área de la salud se ha incrementado, por lo que se presenta un incremento en el tiempo necesario para que los profesionales de la salud recuperen la inversión realizada en su formación, lo que desestimula el estudio de estas carreras y pueden afectar a corto y mediano plazo la disponibilidad de trabajadores especializados en el sector. En segundo lugar, las malas condiciones laborales en el sector llevan a los profesionales a concentrar sus actividades y vida laboral en las grandes ciudades, donde las ofertas de empleo y sus condiciones son relativamente mejores, lo cual se salda con escasez y desmejora en la atención de la población en ciudades de menor tamaño y en poblaciones rurales y dispersas.

La conclusión es, por lo tanto, inequívoca: el sistema de salud debe transformarse estructuralmente en lo relacionado con mejorar las condiciones laborales y de ingresos de los trabajadores de la salud; lo que, además, se debe combinar con una mejora de las condiciones de ingresos de las IPS, que deben ser las contratantes directas y últimas de estos trabajadores, lo cual apunta en la dirección del giro directo universal y temprano. Sin estas dos condiciones, la mejora de las condiciones de trabajo de los empleados de la salud será prácticamente imposible, y de rebote el peligro en la calidad de la atención de la población solo podrá ir *in crescendo*.

En relación con la densidad y distribución del Talento Humano en Salud, el país enfrenta grandes retos. Tan solo ocho departamentos tienen una densidad de profesionales en medicina por encima del promedio nacional; y solamente Bogotá tiene una densidad por encima del promedio de la OCDE. En cuanto a los profesionales en enfermería, la situación es más crítica, el país tiene una de las densidades más bajas de todos los países de la OCDE en la materia, y solo 11 departamentos superan la media nacional(23,63).

Figura 24. Densidad departamental de profesionales en enfermería y medicina 2024 (por 10.000 habitantes)

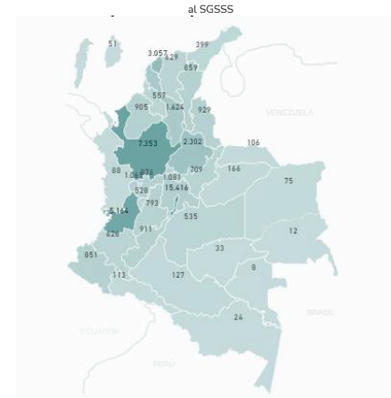


***Fuente**: Elaboración propia con datos del Observatorio de Talento Humano en Salud*

Respecto a la distribución de especialistas y subespecialistas en medicina[17] solamente tres departamentos (Bogotá, Atlántico y Valle) registran una densidad por encima de 100 especialistas por cada 100.000 habitantes; y solo Bogotá se acerca a la cifra de países como Chile, México y Francia. El 50% de los departamentos del país tienen densidades inferiores a 50 especialistas por cada 100.000 habitantes.

[17] Los datos corresponden a personas que durante el 2023 realizaron aportes al SGSSS a través de PILA, detallando el departamento de ubicación laboral señalado al momento de diligenciar la PILA.

Figura 25. Ubicación laboral estimada de médicos especialistas y subespecialistas por departamento, según aportes al SGSSS



***Fuente:** Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, utilizando el cubo de información de ReTHUS-PILA del Observatorio de Talento Humano en Salud. Fecha de corte: 07 de mayo de 2024.*

***Nota 1:** Es importante resaltar que el mapa muestra cotizaciones al SGSSS y no el número exacto de especialistas únicos por departamento. Un mismo especialista puede cotizar en varios departamentos, lo que puede duplicar el conteo y resultar en un número total de cotizaciones superior al número real de especialistas. Además, la información puede reflejar múltiples ubicaciones laborales, complicando la determinación exacta de la distribución geográfica.*
***Nota 2:** En los resultados aquí presentados pueden existir inexactitudes generadas por el multiempleo y la movilidad laboral, así como problemas de la calidad del dato al momento de diligenciar PILA por parte de empleadores y trabajadores independientes.*

La densidad por 100.000 habitantes para el país es tres veces inferior a la observada en Estados Unidos y el Reino Unido.

Tabla 28. Disponibilidad y densidad de especialistas en países seleccionados

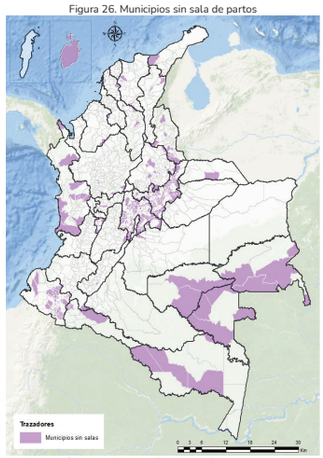
País (año)	Población	Número de especialistas	Especialistas x 100.000 habitantes
Estados Unidos (2021)	333.031.554	784.178	236
Reino Unido	67.508.935	159.633	237
Francia (2021)	67.871.925	121.996	180
México (2021)	126.705.138	209.288	165
Chile (2022)	19.603.733	32.558	166
Colombia (2023)	52.215.503	42.115	81

***Fuente:** Fuente: OCDE. El "Total de especialistas" incluye Pediatras, Obstetras/Ginecólogos, Psiquiatras, especialistas médicos, especialistas quirúrgicos y otros especialistas no clasificados* (64).
***Nota:** Es importante tener en cuenta que los datos presentados la tabla pueden tener diferencias en la metodología utilizada por cada país. Estas diferencias pueden afectar la comparabilidad directa de los datos entre diferentes países.*

7.4 CONTEXTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

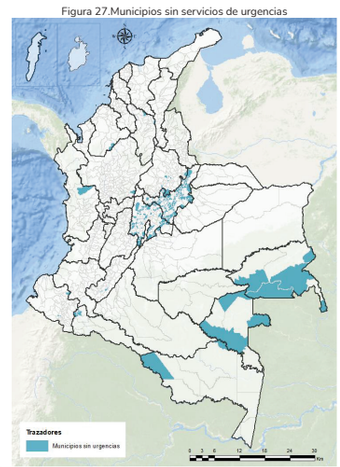
Una de las limitaciones más notorias que tienen los residentes en el país, sobre todo quienes habitan las zonas marginales urbanas, así como las rurales y dispersas es la pobre infraestructura hospitalaria, tanto pública como privada. Por ejemplo, 290 municipios del país (26,3%) no cuenta con servicio de atención de parto, 293 municipios (26,3%) carecen de servicios de hospitalización adultos, 175 municipios (15,9%) no tienen servicios de urgencias, 175 (15,9%) de los municipios del país no cuentan con ninguno de los tres (3) servicios mencionados y 633 municipios (57,4%) no cuentan con ninguna sede rural en su municipio (65).

Figura 26. Municipios sin sala de partos



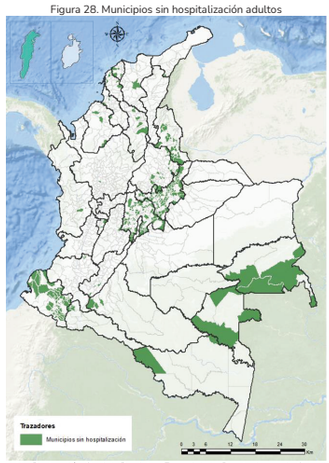
***Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS. Corte Marzo 2025*

Figura 27.Municipios sin servicios de urgencias



***Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS. Corte Marzo 2025*

Figura 28. Municipios sin hospitalización adultos



Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS. Corte Marzo de 2025*

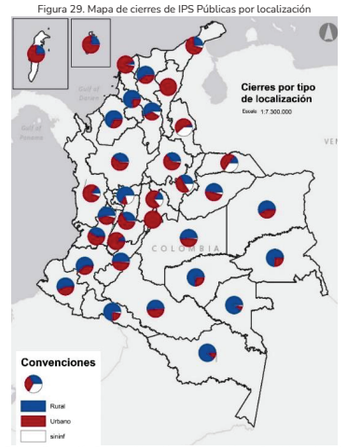
De acuerdo con la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, 3.821 sedes de servicios de salud públicas han sido cerradas en todo en territorio nacional durante los últimos 18 años, los cierres se han dado en todos los departamentos, pero con mayor concentración en: Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Bolívar.

Tabla 29.Cierres de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas

Departamento	Rural	Urbana	Total general
Amazonas	10	5	**15**
Antioquia	60	99	**160**
Arauca	14	24	**38**
Atlántico	4	137	**141**
Bogotá D.C.	2	153	**155**
Bolívar	136	91	**227**
Boyacá	30	54	**84**
Caldas	147	59	**206**
Caquetá	110	33	**143**
Casanare	11	25	**36**
Cauca	197	138	**336**
Cesar	73	42	**117**
Choco	1	98	**99**
Córdoba	13	64	**77**
Cundinamarca	70	153	**224**
Guainía	33	5	**38**
Guaviare	15	5	**20**
Huila	48	33	**81**
La Guajira	18	96	**114**
Magdalena	40	34	**75**
Meta	63	50	**113**
N. de Santander	11	53	**65**
Nariño	179	104	**283**
Putumayo	59	13	**72**
Quindío	3	32	**35**
Risaralda	16	11	**27**
San Andrés	2	10	**12**
Santander	66	71	**137**
Sucre	91	43	**134**
Tolima	63	52	**115**
Valle del Cauca	219	121	**341**
Vaupés	47	3	**50**
Vichada	32	19	**51**
TOTAL GENERAL	**1883**	**1930**	**3821**

Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud – Aplicativo SIHO*

Figura 29. Mapa de cierres de IPS Públicas por localización

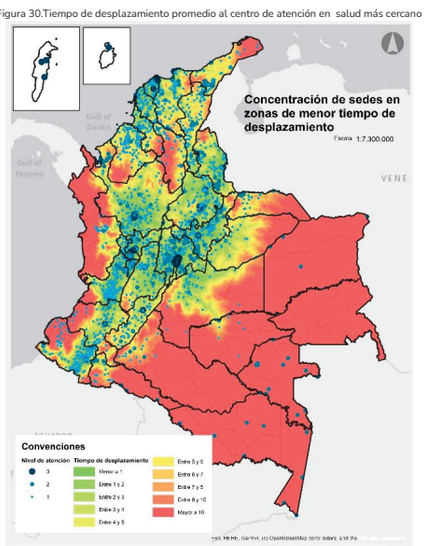


Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud – Aplicativo SIHO*

Las limitaciones físicas en las sedes hospitalarias reducen la garantía en el acceso a los servicios en condiciones de habilitación y la capacidad para resolver las demandas de la población, generando ineficiencia en la asignación y utilización de recursos, además de incrementar la insatisfacción de los usuarios, y la percepción negativa, sobre dichas instituciones y el Sistema de Salud. Estas limitaciones son mayores en cuanto a la oferta pública de los servicios de salud y con mayor dimensión en las zonas rurales.

En el siguiente mapa de calor se muestra el tiempo necesario para llegar al servicio de salud más cercano, se evidencia que en el extremo norte de La Guajira, en el litoral pacífico, en gran parte de los departamentos de Putumayo, Caquetá, Mete y Guaviare y en la totalidad de los departamentos de Vichada, Guainía Vaupés y Amazonas el tiempo promedio para llegar al servicio de salud más cercano en superior a 10 horas; al respecto, la Corte Constitucional ha dicho reiteradamente que: "un tiempo superior a dos horas a pie para obtener atención resulta una barrera irrazonable", e igualmente ha instado a construir un indicadores que midan la accesibilidad física a los servicios de salud (66,67).

Figura 30.Tiempo de desplazamiento promedio al centro de atención en salud más cercano

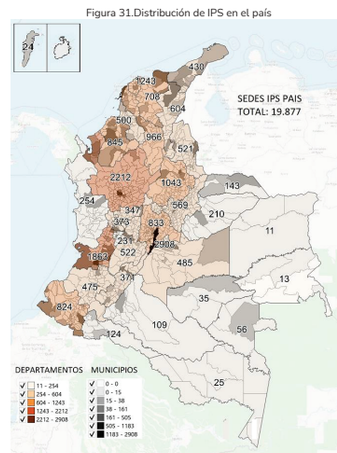


Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud – Aplicativo SIHO*

Además de deterioro, falta o gran distancia de la infraestructura hospitalaria, varios diagnósticos coinciden en que en el país no se han desarrollado Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (8,68,69), lo que ha llevado a que la prestación de servicios de salud sea fragmentada y orientada a la atención de la enfermedad, y sin garantía de la continuidad de la atención.

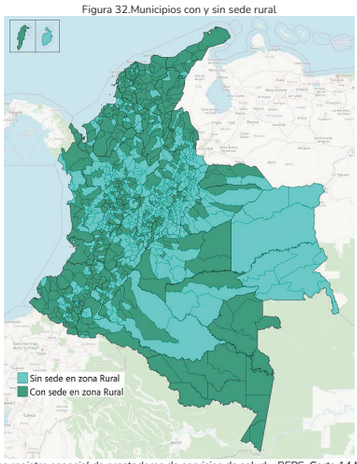
La infraestructura sanitaria disponible en el país tiene diferentes inequidades, como puede observarse en las siguientes figuras; por ejemplo, solamente el 9,7% de las Instituciones Prestadoras de Salud existentes en el país se encuentran en áreas rural, y el 90,3% en las zonas urbanas, lo que no corresponde a las condiciones sociales, demográficas y culturales de la población. Existen 642 municipios del país sin ninguna institución prestadora en la ruralidad.

Figura 31.Distribución de IPS en el país



Fuente: *Base de datos registro especial de prestadores de servicios de salud – REPS. Corte 14 Nov 2023*

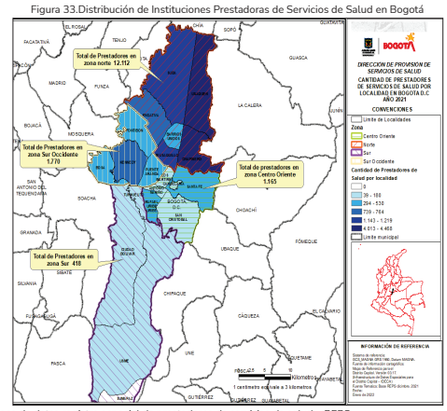
Figura 32.Municipios con y sin sede rural



Fuente: *Base de datos registro especial de prestadores de servicios de salud – REPS. Corte 14 Nov 2023*

Al interior de las ciudades también existen inequidad en los servicios de salud, por ejemplo, en Bogotá en la zona norte existen 29 veces más prestadores que en a zona sur, como se muestra en la siguiente figura.

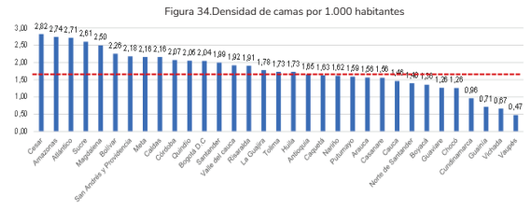
Figura 33.Distribución de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Bogotá



Fuente: *Base de datos registro especial de prestadores de servicios de salud – REPS*

En relación con las camas hospitalaria, el país cuenta tan solo en promedio con dos (2) camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, lo que significa menos de la mitad del estándar de los países de la OCDE, que es 4,4 camas por 1.000 habitantes. Existe también importantes diferencias entre departamentos, solamente la mitad supera el promedio nacional, e inclusive se tienen cifras tan críticas como 0,47 camas por 1.000 habitantes, en el Vaupés.

Figura 34.Densidad de camas por 1.000 habitantes



Fuente: *MSPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS. Corte: 06/09/2022. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá*

La OPS (2011) plantea que el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS ha establecido tres barreras estructurales para el desarrollo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud:

a. La competencia versus la complementariedad de los prestadores. Al impulsar la administración gerenciada de las instituciones de salud en un mercado abierto con insuficiente regulación, se estimuló la competencia entre los prestadores a quienes se les impuso el principio de "quien no es autosuficiente y eficiente desaparece", con lo cual se generó un espíritu de competencia por facturar, lograr eficiencia y posesionarse con mayor fuerza en el mercado. Esa condición hizo ver a los otros hospitales como competidores frente al mercado de la salud y no necesariamente como *partners* en el proceso de conservación del mismo y continuidad de la asistencia sanitaria (68).

b. La no existencia de un sistema de tarifas y formas de pago definidos claramente para todos los prestadores ha generado serias dificultades en el flujo de dinero y la acumulación de cartera entre los diferentes actores (68).

c. La débil rectoría y gobernanza para conformar, organizar y operar la prestación de servicios de salud con base a las necesidades de la población-territorio y con la participación social requerida (68).

7.4.1 SITUACIÓN FINANCIERA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS

La categorización de las Empresas Sociales del Estado -ESE según riesgo fiscal y financiero bajo criterios netamente presupuestales muestra que no existe una variación real del número de ESE en riesgo entre 2012 (fecha en qué se dio inicio a esta categorización) y 2024 (Tabla 30), dado que aquellas ESE clasificadas como no categorizadas presentaron riesgo en este periodo y se encuentran ejecutando programas de saneamiento fiscal y financiero o a la espera de la aprobación del programa de saneamiento fiscal y financiero por parte del Ministerio de Hacienda, entidad que utiliza como pilar de aprobación el equilibrio operacional y el pago del pasivo, situación que es insostenible por parte de las ESE en el modelo actual.

Frente a la ejecución de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero - PSFF a diciembre de 2024 existen 62 programas en ejecución, 195 Empresas Sociales del Estado se encuentran en el proceso de elaboración de los respectivos PSFF, de estos 105 corresponde a la Resolución 1342 de 2019, 45 de la resolución 851 de 2023 y 45 de la resolución 980 de 2024.

Tabla 30. Categorización de ESE según riesgo fiscal y financiero. Vigencias 2012 - 2024

Categorización	Res. 2509 de 2012	Res. 1877 y 2467 de 2013	Res. 2090 de 2014	Res. 1893 de 2015	Res. 2184 y 3916 de 2016	Res. 1755 de 2017	Res. 2249 de 2018	Res. 1342 de 2019	Res. 851 de 2023	Res. 980 de 2024
Riesgo Alto	312	410	430	184	194	130	149	137	68	23
Riesgo Medio	91	128	138	61	78	51	51	41	43	22
Riesgo Bajo	227	116	59	169	182	94	87	108	123	107
Sin Riesgo	338	313	328	539	493	461	441	533	462	450
No categorizadas	0	0	0	0	0	185[1]	196[2]	107[3]	228[4]	324[5]
% en Riesgo medio, alto y no categorizadas	**42%**	**56%**	**59%**	**26%**	**29%**	**40%**	**43%**	**31%**	**37%**	**40%**
Total Nacional	**968**	**967**	**955**	**953**	**947**	**921**	**924**	**926**	**924**	**926**

Fuente: Resoluciones de categorización del riesgo de las ESE de carácter territorial -Ministerio de Salud y Protección Social
Nota: Por la emergencia sanitaria, mediante artículo 6 de la Resolución 856 de 2020 se suspendió la categorización del riesgo para los años 2020, 2021 y 2022
[1]**Año 2017**: 185 ESE con ejecución o trámite de viabilidad del Programa de Gestión Integral del Riesgo -PGIR en la SNS
[2]**Año 2018**: 185 ESE con ejecución o trámite de viabilidad del PGIR en la SNS, 9 cumplieron el PSFF y 2 no habilitadas en REPS
[3]**Año 2019**: 107 en trámite o con PSFF viabilizado.
[4]**Año 2023**: 14 en PSFF cumplido y finalizado, 65 en PSFF Viabilizado, 111 en PSFF en trámite de viabilidad, 6 en Ley 550 de 1999 en la SNS, 8 intervenido por la SNS, 1 Intervenido por la SNS, 13 en la SNS con PMI en trámite de viabilidad, 1 en la SNS con PMI no aprobado, 9 en la SNS con PMI viabilizado.
[5]**Año 2024**: 71 en PSFF Viabilizado, 210 en PSFF en trámite de viabilidad, 6 en Ley 550 de 1999 en la SNS, 1 en medida de vigilancia especial en la SNS, 11 intervenidos por la SNS, 20 en la SNS con PMI Viabilizado, 1 en la SNS con PMI viabilizado y ejecutado con cumplimiento, 3 no aplican por fusión o liquidación de acuerdo con Documento de Red, 1 ESE inició operación el 1 de junio de 2023

Según el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el nivel Nacional se observó que: "al cierre de la vigencia 2023 las 889 ESE, reportaron déficit consolidado de $1,1 billones, producto del recaudo de ingresos por $20,8 billones y compromisos por $22 billones, incrementándose nuevamente el déficit" (9). Esta situación es perpetuada por la financiación y permanencia de las ESE condicionada a criterios presupuestales y financieros, que priorizan la rentabilidad económica sobre la rentabilidad social.

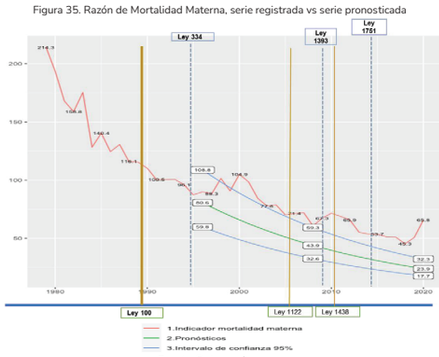
7.5 ORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD HACIA LA ENFERMEDAD Y RESULTADOS EN SALUD INEQUITATIVOS

Como una aproximación a la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de salud de la población, desarrollado en el país a partir de la Ley 100 de 1993, se realizó un análisis de series temporales durante el periodo entre 1979 a 2020, para los dos indicadores de mortalidad trazadores (mortalidad materna y mortalidad en menores de un (1) año), utilizando las series de 1979 a 1995, se generó el pronóstico de cada indicador de mortalidad entre 1996 y 2020, con la finalidad de hacer la comparación contra la tendencia real.

El modelo de pronóstico se ajustó usando series de tiempo SARIMA (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average) con los datos mensuales. Cuando los datos mensuales del indicador mostraron un comportamiento estacional, se tuvieron en cuenta los parámetros para el pronóstico en la serie de tiempo. El número de muertes maternas y muertes infantiles, se extrajeron de los registros oficiales de las estadísticas vitales. Para el cálculo de nacidos vivos, debido a que se cuenta con este dato solo a partir de 1998, se utilizaron las retroproyecciones de población de 0 años calculadas por el DANE para toda la serie, y a partir de 1999 también se usaron proyecciones de población de 0 años, para mantener la homogeneidad en el dominador para toda la serie. La razón de mortalidad materna fue retro proyectada para el periodo 1979 a 1998 con una regresión lineal, tomando como base el comportamiento de 1998 hasta 2020. Esto, debido a que antes de 1998 la mortalidad en el puerperio se tomaba hasta los 10 primeros días después del parto, y a partir de ese año fue incluido el puerperio tardío hasta los 42 días después del parto en la definición de medición del indicador. Las causas de muerte se extrajeron agrupadas según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad que homologa las revisiones novena y décima de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción novena revisión (CIE-9 y CIE-10).

Para el caso de la **Razón de Mortalidad Materna**, el análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 2020 mostró cómo dicho indicador para el período 1979-1995, presentó una tendencia marcada a la baja, pasando de 214.3 a 88 muertes por 100.000 menores de un año (RMM), reduciéndose 126 muertes. Sin embargo, dicha velocidad se redujo a mediados de los años noventa con una razón promedio para el periodo 2000-2019 de 65.7 y con una reducción de 39.2 muertes, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 35. Razón de Mortalidad Materna, serie registrada vs serie pronosticada

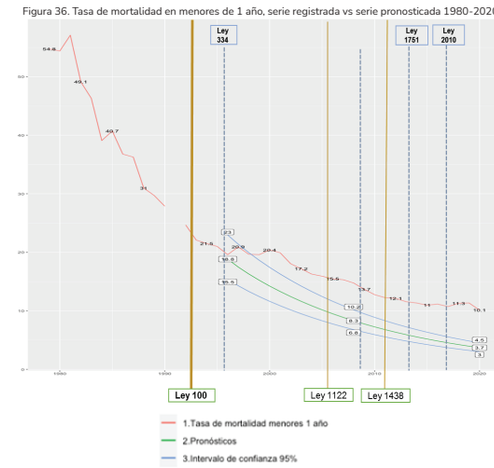


Fuente: *Elaboración propia*

El pronóstico del indicador muestra cómo desde el año 2005 es consistente la desviación aumentada con respecto a la tendencia del canal proyectado. Si la intervención de la Ley 100 de 1993 hubiese sido suficientemente efectiva, la mortalidad materna habría alcanzado una tasa de 44 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2008, cumpliendo así la meta de los entonces Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM (45 muertes), y en 2020 con una de 24 muertes por 100.000 nacidos vivos, cumpliendo la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS (32 muertes).

Por su parte, en análisis de la **tasa de mortalidad en menores de un (1) año** mostró que, en las series de tiempo para el periodo 1979 a 1996, según los registros de Estadísticas Vitales - EEVV presenta una tendencia marcada a la baja pasando de 54,8 en 1979 a 19,6 en 1996 muertes por 1000 menores de 1 año. A partir de 1999, si bien se presenta una reducción, no lo hace a la misma velocidad que presentó hasta 1996 y se sale del intervalo proyectado hasta el final del periodo, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 36. Tasa de mortalidad en menores de 1 año, serie registrada vs serie pronosticada 1980-2020



Fuente: *Elaboración propia*

Como puede evidenciarse, a partir de 1999 la evolución de la serie se ha mantenido fuera del intervalo de confianza, desviándose del límite superior del canal proyectado antes de la Ley 100 de 1993. Aun cuando se cumple la meta ODS (16,68 por 1.000), si el efecto de la intervención hubiese sido suficientemente eficaz, la mortalidad en menores de un año se habría reducido a una tasa de 8,3 por cada 1000 menores de 1 año en 2008 y a 3,7 por 1.000 menores de 1 año en 2020.

Puede concluirse entonces, que el Sistema General de Seguridad Social en Salud del país no ha integrado de manera efectiva un enfoque hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que se evidencia en la persistencia de bajas coberturas de intervenciones relacionadas con protección especifica y detección temprana y en la consecuente materialización de riesgos en salud con ocurrencia de enfermedades y muertes prevenibles e importantes costos sociales y económicos.

Para el periodo 2016 - 2020, en el país no se alcanzaron las coberturas esperadas para ninguno de los veintitrés indicadores evaluados en esta categoría y aquellos relacionados con: asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH en gestantes, captación temprana al control prenatal, tamizaje y tratamiento terminado para sífilis en gestantes, tratamiento de recién nacidos con sífilis congénita, tamizaje para hepatitis B en gestantes, consulta de planificación familiar, suministro de método de planificación familiar, toma de citología cérvico uterina, toma de mamografía, consulta del adulto, consulta de joven, control de placa bacteriana y tamizaje de agudeza registraron coberturas promedio para el periodo inferiores al 50%.

Para los años 2021 y 2022 persisten restricciones para el acceso de las personas, familias y comunidades a intervenciones de promoción y prevención relacionadas con I. valoración integral del estado de salud, II. detección temprana de alteraciones, III. protección específica y IV. educación para la salud, pese a que estas se encuentras financiadas en el marco del plan de beneficios en salud y están reguladas como de obligatorio cumplimiento por parte de los actores del sistema de salud.

Tabla 31.Cobertura en actividades de protección específica y detección temprana (PEDT)

Indicador	2021	2022
Captación Temprana de Gestantes	51,41	41,04
Gestantes Tamizaje Hep B	46,96	41,56
Gestantes Tamizaje Sífilis	57,21	46,08
Gestantes Tamizaje VIH	60,72	49,27
Gestantes Tamizaje VIH, Sífilis, Hep B	40,65	36,79
Valoración Integral Primera Infancia	24,2	33,39
Valoración Integral Infancia	20,51	30,1
Valoración Integral Adolescencia	17,78	28
Valoración Integral Juventud (18-23)	35,03	46,66
Valoración Integral Juventud (18-28)	34,31	46,36
Valoración Integral Juventud (24-28)	33,59	46,06
Valoración Integral Adultez (29-44)	25,67	40,52
Valoración Integral Adultez (45-59)	31,74	45,78
Valoración Integral Adultez (29-59)	28,85	43,27
Valoración Integral Vejez	27,49	47,05
Valoración Salud bucal Primera Infancia	12,53	25,86
Valoración Salud bucal Infancia	8,06	17,51
Valoración Salud bucal Adolescencia	6,69	15,23
Valoración Salud bucal Juventud	7,33	15,09
Valoración Salud bucal Adultez	7,42	14,33
Valoración Salud bucal Vejez	6,92	12,89
Profilaxis Placa Bacteriana Primera Infancia	0,8	1,36
Profilaxis Placa Bacteriana Infancia	0,47	0,82
Profilaxis Placa Bacteriana Adolescencia	0,44	0,84
Profilaxis Placa Bacteriana Juventud	7,72	9,5
Profilaxis Placa Bacteriana Adultez	14,72	12,75
Profilaxis Placa Bacteriana Vejez	11,38	9,66
Tamizaje Agudeza Visual Primera Infancia	11,69	18,53
Tamizaje Agudeza Visual Infancia	5,74	9,88
Tamizaje Agudeza Visual Adolescencia	5,56	9,78
Tamizaje Agudeza Visual Juventud	12,17	15,51
Tamizaje Agudeza Visual Adultez	14,37	17,1
Tamizaje Agudeza Visual Vejez	18,7	21,77
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino	52,67	49,56
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino - Citología	52,1	48,1
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino ADN-VPH	1,79	3,91
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino VIA - VILI	0,25	0,12
Tamizaje Cáncer de Mama	29,00	33,64
Tamizaje Cáncer de Colon y Recto	3,19	8,93
Tamizaje Cáncer de Próstata	0,63	2,58

Fuente numerador: *Cálculos realizados a partir de la información reportada en RIPS y Resolución 202/21*
Fuente denominador: *BDUA - Datos calculados a la fecha de corte.*
Fecha: 17 de julio de 2024

7.5.1 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El Observatorio Nacional de Salud – ONS (2019) utilizando el "Modelo comportamental de uso de los servicios de salud" de Andersen, Aday y cols, calculó para el periodo 2013 - 2017 el índice de acceso potencial a los servicios de salud (IAPSS) para cada municipio de Colombia (Tabla 32 y Tabla 33) (Figura 37. Mapa de distribución geográfica de los niveles de acceso potencial a los servicios de salud en Colombia. 2013 – 2017). Encontrando que el 80% de los municipios de Colombia presentan un nivel Muy bajo (51,9%) y bajo (31,4%) de acceso potencial; los únicos dos municipios con un nivel muy alto de acceso potencial fueron Bogotá y Medellín; y cuatro (4) departamentos: Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tienen la totalidad de sus municipios con muy bajo acceso (Figura 1).

Tabla 32.Aspectos analizados por dimensión y subdimensión para el índice de acceso potencial

Dimensión	Subdimensión	Aspectos analizados
Características del Sistema	Recursos Volumen y distribución	Volumen - Densidad de distintos profesionales - Densidad de camas hospitalarias - Densidad de servicios especializados Distribución - Accesibilidad geográfica de los servicios
	Organización de los servicios Entrada y estructura	Entrada: - Tiempo de viaje - Tiempo de espera para una cita - Horarios de atención - Distancia de la residencia al lugar de atención Estructura: - Fuente de atención regular - Tipo y especialidad del proveedor - Tiempo con el médico o personal
Características de los individuos	Factores predisponentes	Edad Sexo Educación Etnia Estado civil Ocupación Creencias Enfermedades previas
	Factores capacitantes	Individuo - Aseguramiento en salud - Ingresos - Cercanía con servicios de salud Del contexto del área - Medios de transporte área de residencia – rural – urbana - Porcentaje de pobreza - Nivel de violencia del área a capital social
	Necesidad percibida y evaluada	Percibida: - Nivel de salud percibida - Preocupación por la salud - Grado de incapacidad

Dimensión	Subdimensión	Aspectos analizados
		Evaluada

Fuente: *ONS* (70)

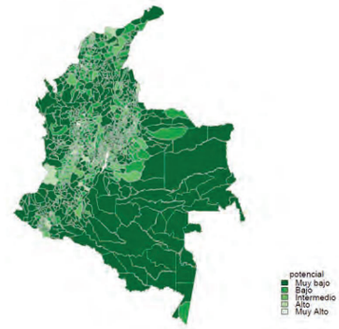
Tabla 33.Cantidad de municipios de acuerdo con el nivel de acceso potencial a los servicios de salud por departamento

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy alto		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Municipios*
Amazonas	10	**90,9**	1	9,1	-	-	-	-	-	-	11
Antioquia	65	**52,0**	43	34,4	14	11,2	2	1,6	1	1	125
Arauca	6	**85,7**	1	14,3	-	-	-	-	-	-	7
Atlántico	1	4,3	6	26,1	14	60,9	2	8,7	-	-	23
Bogotá	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1
Bolívar	31	**67,4**	11	23,9	3	6,5	1	2,2	-	-	46
Boyacá	43	35,0	54	43,9	25	20,3	1	0,8	-	-	123
Caldas	7	25,9	13	48,1	6	22,2	1	3,7	-	-	27
Caquetá	14	**87,5**	1	6,3	1	6,3	-	-	-	-	16
Casanare	12	**63,2**	6	31,6	1	5,3	-	-	-	-	19
Cauca	35	**83,3**	6	14,3	1	2,4	-	-	-	-	42
César	14	**56,0**	9	36,0	2	8,0	-	-	-	-	25
Chocó	27	**90,0**	2	6,7	1	3,3	-	-	-	-	30
Córdoba	18	**60,0**	11	36,7	1	3,3	-	-	-	-	30
Cundinamarca	47	40,5	39	33,6	27	23,3	3	2,6	-	-	116
Guainía	9	**100**	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Guaviare	4	**100**	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Huila	28	**75,7**	6	16,2	2	5,4	1	2,7	-	-	37
La Guajira	11	**73,3**	4	26,7	-	-	-	-	-	-	15
Magdalena	22	**73,3**	5	16,7	2	6,7	1	3,3	-	-	30
Meta	20	**69,0**	6	20,7	3	10,3	-	-	-	-	29
Nariño	31	48,4	28	43,8	4	6,3	1	1,6	-	-	64
Norte de Santander	28	**70,0**	6	15,0	5	12,5	1	2,5	-	-	40
Putumayo	9	**69,2**	4	30,8	-	-	-	-	-	-	13
Quindío	-	-	7	58,3	4	33,3	1	8,3	-	-	12
Risaralda	2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	-	-	14
San Andrés	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2
Santander	42	48,3	31	35,6	11	12,6	3	3,4	-	-	87
Sucre	13	**50,0**	10	38,5	2	7,7	1	3,8	-	-	26
Tolima	20	42,6	15	31,9	10	21,3	2	4,3	-	-	47
Valle del Cauca	3	7,1	22	52,4	15	35,7	2	4,8	-	-	42
Vaupés	6	100	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Vichada	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	4

**Incluye áreas municipalizadas*

Fuente: *ONS* (70)

Figura 37. Mapa de distribución geográfica de los niveles de acceso potencial a los servicios de salud en Colombia. 2013 – 2017



Fuente: *Tomado de ONS*

Los investigadores concluyen que, el acceso a los servicios de salud se configura como un determinante de los resultados en salud y sus desigualdades, generando brechas y gradientes a favor de municipios con mejor acceso para varios eventos de mortalidad evitable, morbilidad y salud sexual y reproductiva.

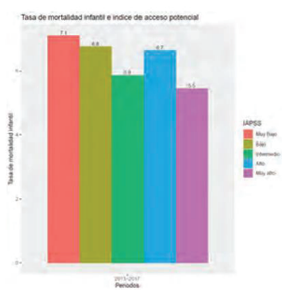
Corroboraron que la configuración del sistema de salud colombiano en donde las dinámicas de la oferta de servicios estén centradas más en la atención de la enfermedad que en su prevención, afectan de forma directa la disponibilidad de servicios y programas de promoción y prevención.

Evidenciaron que las características económicas y del contexto comunitario en los territorios, determinan la capacidad de las personas para acceder a los servicios de salud. La ruralidad es una característica capacitante que media el acceso a los servicios de salud de la población, aumentando el gasto de bolsillo, limitando el desplazamiento a las instituciones de salud por barreras geográficas y disminuyendo el uso de algunos servicios preventivos como los controles prenatales.

Factores predisponentes como la etnia, el género, la edad, entre otros, no explican por si solos el uso de los servicios de salud, sino que este está determinado por la interacción de estas características de la población con los factores capacitantes descritos. Por ejemplo, los gastos de bolsillo en salud aumentan cuando en el hogar, alguno de sus integrantes es mayor de 60 años, hay niños o personas en condición de discapacidad, o el jefe de hogar es mujer, tiene empleo informal y es de baja escolaridad.

Específicamente en cuanto a la mortalidad neonatal e infantil y su relación con el índice de acceso a los servicios de salud; encontraron que para los años 2013 a 2017 se evidencia que los municipios con mayor acceso potencial tienen las tasas de mortalidad infantil más bajas. Al comparar con el quintil de mayor acceso, la desigualdad relativa es de un 30% de más riesgo entre los municipios con de menos acceso potencial (RR = 1,3).

Figura 38.Tasas de mortalidad infantil según quintil de acceso potencial a servicios de salud. Colombia 2013-2017



Fuente: *Tomado de ONS*

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud – OPS (8), utilizando el modelo de cobertura efectiva de Tanahasi (71) encontró que para los colombianos la principal razón de insatisfacción y barrera de acceso al sistema de salud está relacionada con las largas esperas y el exceso de trámites para la asignación de citas médicas, en particular, de citas especializadas; igualmente la falta de comunicación entre los aseguradores y los prestadores genera retrasos en la gestión de los trámites y en la asignación de citas.

De acuerdo con sus análisis, los largos tiempos de espera y el exceso de trámites se explican en parte, por los incentivos a la contención de costos de parte de las EPS, lo que da lugar a peligrosas limitaciones de oferta de servicios. Igualmente consideran que las tarifas de negociación de los servicios de salud entre las EPS y las IPS, de no ser adecuada, ponen en aprietos financieros a las IPS y generan un detrimento de la oferta de servicios de salud, lo que, sumado a la restricción de la oferta de recursos humanos, prolonga los tiempos de espera.

Adicionalmente, identifican que al entregarle a las EPS la función de organizar Redes de Prestadores de Servicios, se ha permitido que, aunque existan prestadores más cercanos a la residencia, los usuarios deben desplazarse grandes distancias para poder recibir atención en salud, en ocasiones a otros municipios, si las EPS no tienen contratos con los IPS del territorio de residencia, fenómeno que ocurre inclusive en las zonas urbanas.

Finalmente, reconocen que, si bien el país ha hecho un esfuerzo por descentralizar su sistema de salud, la eficacia y eficiencia de las autoridades locales se ven muchas veces limitadas por la heterogeneidad de las estructuras de gobernanza y capacidades de salud pública existentes, incluso en temas como el acceso a servicios de internet. Tales dificultades se acompañan, además, de la gran heterogeneidad política y socioeconómica de las comunidades atendidas por estas instituciones, que requieren enfoques diferenciales y adaptados a sus necesidades.

Ante ese panorama, la Organización Panamericana de la Salud ofrece cuatro recomendaciones para superar las barreras de acceso y fortalecer la atención primaria en salud:

1. Fortalecer la rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud y Protección Social en los diferentes niveles de gestión, prestando especial atención a las capacidades para liderar un enfoque integral de la Atención Primaria en Salud.

2. Fortalecer los sistemas de información a fin de contar con mejores herramientas para la adopción de decisiones.

3. Formular y aplicar estrategias de fortalecimiento de los recursos humanos y la infraestructura.

4. Fortalecer los incentivos a la calidad, tanto financieros como no financieros, en todo el sistema de salud.

5. Fortalecer la visión a largo plazo en las estrategias del sistema de salud, incluidas aquellas que buscan fomentar la sostenibilidad financiera

7.5.2 ESTADO DE LA GARANTÍA DEL DERECHO DE LA POBLACIÓN A LA DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL CÁNCER

En el marco de la gestión integral del riesgo en salud en el componente individual, en donde las Empresas Promotoras de Salud tienen como función primordial la gestión del riesgo individual de la población a cargo, que implica: "*la identificación, análisis y comunicación del riesgo en salud a los afiliados, la organización de la prestación de servicios de salud según los riesgos identificados y la implementación y el monitoreo de acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado*" (72); se observa el no cumplimiento de las metas establecidas para diferentes condiciones como leucemia aguda pediátrica, cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, entre otros.

En cuanto a la garantía del derecho de los niños y niñas a una detección y tratamiento oportuno de la **Leucemia Linfoide Aguda Pediátrica** para el año 2022 de acuerdo con lo reportado en el informe de indicadores de cálculo y resultado de distribución de recursos para ajustes ex POST (Tabla 34), se evidencia que del total de EPS:

- 12 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **5 días** para el diagnóstico e incluso algunas **tardaron hasta 25 días** para su realización.

- 13 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **inicio del tratamiento dentro de los 5 días posteriores al diagnóstico** con demoras de hasta **60 días** en algunos casos, poniendo en **grave riesgo la salud y la vida** de los niños y niñas con este diagnóstico.

- 10 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **continuidad del tratamiento (Meta: 60%),** expresión de las barreras de acceso administrativas y la ausencia de gestión del riesgo en salud.

Tabla 34. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Leucemia Linfoide Aguda 2022

EPS	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 10 días	Oportunidad de inicio de tratamiento (días) Meta: 6 días	Continuidad de tratamiento (% de cumplimiento) Meta: 60%
1	SD	SD	SD
2	SD	4	SD
3	25,29	10,71	62,50%
4	SD	10,00	SD
5	SD	SD	SD
6	SD	SD	SD
7	4,00	4	0%
8	8,00	33,13	23,09%
9	6,31	14,33	55,81%
10	4,33	1	100%
11	5,76	3,67	70,37%
12	11,40	5,50	40%
13	5,16	1,8	73,68%
14	2,29	3	87,5%
15	SD	SD	SD
16	15,4	23,92	42,31
17	SD	SD	SD
18	SD	SD	SD
19	SD	SD	SD
20	2,0	10	0%
21	4,75	10	75%
22	SD	SD	SD
23	13,0	SD	100%
24	SD	SD	SD
25	SD	SD	SD
26	3,8	15,2	80%
27	17,08	57,5	41,67%
28	11,25	13,78	45,45%
29	8,24	13	21,43
30	3,62	3,67	84,21%
31	14,83	5,42	37,5%

Fuente: *Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.*

En cuanto a la garantía del derecho a las mujeres a una detección y tratamiento oportuno por **cáncer de mama** (Tabla 35) en el año 2022 del total de EPS:

- 23 de 31 EPS **no garantizaron el tamizaje con mamografía** (meta:40%) a las mujeres entre 50 y 69 años a pesar de ser su derecho.

- 25 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad del diagnóstico** (meta 30 días) e incluso algunas tardaron hasta 65 días.

- 21 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 60%).

- 25 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 45 días) **e incluso 10 EPS tardaron más de 80 días en el inicio de ese tratamiento,** lo que en consecuencia genera mayores costos familiares, sociales y para el sistema de salud.

Lo anterior se refleja en las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores las cuales fueron de 28,9% (Meta de 40%) para el tamizaje con mamografía, 44 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 45% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 60%) y 69,9 días para la oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 45 días) y se relaciona con graves restricciones para el acceso a los servicios de salud, falta de oportunidad de la atención, fragmentación y segmentación con redes de atención que no se organizan en función de las necesidades de la población.

Un estudio realizado en Colombia identificó que "una mayor **fragmentación de la atención** en salud, definida como el número de prestadores de servicios de salud que tratan a una paciente durante el primer año después del diagnóstico, se asocia con una **disminución de la supervivencia a 4 años** y un **aumento del costo de atención** de las mujeres con cáncer de mama en Colombia" (73) e incluso el mismo estudio encontró que dentro de la cohorte de mujeres que participaron, algunas fueron atendidas hasta en 16 instituciones prestadoras de servicios de salud diferentes. Esta información puede explicar porque se reporta en investigaciones (74) realizadas para algunas poblaciones del país una supervivencia entre el 77% y el 80%, la cual es considerablemente inferior a la reportada a nivel global por la OMS (75) y que es superior al 90%.

Tabla 35. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de mama 2022

EPS	Cobertura del tamizaje con mamografía (% de cumplimiento) Meta: 40%	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 60%	Oportunidad de inicio de tratamiento (días) Meta: 45 días
1	17,4%	SD	SD	SD
2	10,31%	63,67	50%	30,0
3	20,41%	62,44	27,18%	78,58
4	9,8%	37,20	0%	92,6
5	60,7%	32,0	88,89	52,11
6	31,97%	65,27	60%	83,83
7	55,87%	23,83	67%	43,1
8	45,34%	36,56	52,69%	59,77
9	40,89%	30,78	58,91%	50,85
10	47,59%	30,59	53,12%	71,83
11	19,07%	21,65	62,17%	45,6
12	50,85%	30,95	63,92%	43,91
13	51,66%	36,12	61,41%	80,42
14	34,37%	51,18	45,05%	76,42
15	26,38%	63,50	16,67%	91,8
16	36,03%	42,22	46,92%	77,21
17	18,82%	SD	SD	SD
18	38,25%	41,42	14,29%	88,88
19	35,14%	38,88	40%	50,73
20	12,13%	16,0	100%	60
21	5,84%	SD	100%	91,0
22	16,39%	34,89	30%	63,78
23	20,6%	48,42	18,75%	58,38
24	17,72%	50,0	0%	SD
25	34,44%	49,8	27,94%	76,24
26	18,58%	41,32	49,86%	59,42
27	20,11%	43,40	24%	94,07
28	14,18%	36,06	34,09%	83,61
29	26,83%	42,74	40,54%	91,84
30	41,29%	42,80	38,38%	81,28
31	18,675	41,16	45,25%	71,82

Fuente: *Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.*

En cuanto a la garantía del derecho a las mujeres a una detección y tratamiento oportuno por **cáncer de cuello uterino** (Tabla 36), para el año 2022:

- 25 EPS no cumplieron con el estándar establecido en relación con la realización de la citología cervicouterina (meta 60%) a las mujeres pertenecientes a la población sujeto de este derecho.

- 25 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad del diagnóstico** (meta 30 días).

- 23 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 80%).

- 28 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 45 días).

Las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores registran incumplimiento de los estándares establecidos con cifras de 48,2% (Meta de 60%) para el tamizaje con citología cervicouterina, 42,7 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 43% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 80%) y 67,8 días para oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 45 días). La supervivencia reportada por GLOBOCAN para el nivel mundial es del 92%, sin embargo estudios desarrollados en el país muestran como esta cifra no supera el 63% en algunas poblaciones (75).

Tabla 36. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de cuello uterino 2022

EPS	Cobertura de tamizaje con citología cervicouterina (% de cumplimiento) Meta: 60%	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 80%	Oportunidad de inicio de tratamiento (días) Meta: 45 días
1	47,75%	SD	SD	SD
2	37,62%	56,5	20,0%	87,0
3	39,32%	58,37	28,33%	77,39
4	23,44%	8,6	28,57%	55,2
5	38,67%	SD	SD	SD
6	31,5%	5,0	0%	33,0
7	45,6%	53,33	63,64%	57,88
8	45,14%	40,95	59,21%	57,88
9	51,75%	42,22	79,26%	51,68
10	59,46%	13,0	SD	SD
11	49,61%	41,46	57,50%	65,79
12	70,65%	40,11	64,71%	64,24
13	63,59%	51,36	55,04%	74,15
14	60,59%	27,09	56,86%	93,25
15	57,02%	SD	0%	SD
16	53,29%	35,57	34,06%	83,59
17	36,65%	SD	SD	SD
18	60,08%	144,5	100%	50,0
19	53,71%	105,0	SD	SD
20	37,45%	11,67	0%	39,67
21	24,59%	SD	SD	SD
22	50,37%	37,64	25%	58,40
23	58,22%	24,0	21,43%	77,6
24	38,60%	SD	100%	SD
25	63,265	36,96	44,12%	76,67
26	45,62%	48,57	33,33%	60,1
27	51,45%	33,12	25%	87,9
28	40,21%	31,96	44,96%	91,52
29	46,97%	46,91	50,18%	75,17
30	61,07%	34,94	63,87%	93,59
31	57,70%	39,23	29,66	72,0

Fuente: *Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.*

En cuanto a la garantía del derecho a los hombres a una detección y tratamiento oportuno del **cáncer de próstata** (Tabla 37), en el año 2022:

- **28** EPS no cumplieron con el estándar establecido en relación con **oportunidad del diagnóstico** (meta: días).

- 30 EPS no cumplieron con el estándar de estadificación temprana al momento de diagnóstico (meta 70%).

- 18 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 60 días).

Las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores registran cifras muy por debajo de los esperado: 52,7 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 39% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 70%) y 78,7 días para oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 60 días).

Tabla 37. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de próstata. 2022

EPS	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 70%	Oportunidad del inicio del tratamiento (días) Meta: 60 días
1	SD	SD	SD
2	SD	SD	SD
3	70,62	20,51%	80,49
4	53,0	0%	112,0
5	52,50	50%	51,0
6	66,29	25%	82,36
7	46,33	57,97%	64,47
8	55,71	51,3%	70,26
9	59,14	56,07%	92,05
10	51,52	59,57%	94,77
11	47,63	51,76%	84,72
12	52,77	47,27%	57,44
13	50,84	64,91%	93,95
14	55,40	31,43%	80,77
15	48,0	50%	95,0
16	45,08	43,40	85,83
17	SD	SD	SD
18	23,8	20%	93,2

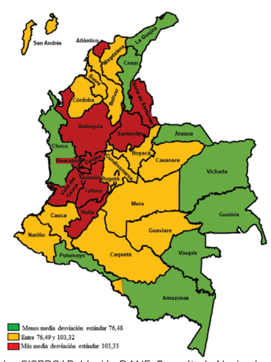
EPS	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 70%	Oportunidad del inicio del tratamiento (días) Meta: 60 días
19	70	50%	52,27
20	33,33	33,33%	74,67
21	25	50%	84,5
22	56,83	88,89%	25,33
23	19,33	20%	26,33
24	98	33,33%	SD
25	69,82	35,71%	102,80
26	74,52	23,91%	91,17
27	41,06	28,07%	105,75
28	35,20	29,37%	78,39
29	58,06	17,33%	96,36
30	46,2	37,76%	94,02
31	70,88	41,07%	55,92

Fuente: *Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Cuenta de Alto Costo – MSPS. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.*

Según datos preliminares, para el año 2022 el cáncer fue la segunda causa de mortalidad general (95,8 x 100.000 hab) en el país y la primera causa de mortalidad prematura (102,8 x 100.000 hab). Las tasas más altas de mortalidad prematura por esta causa se registraron en departamentos que tuvieron un mayor ingreso per cápita por UPC para el mismo periodo (Figura 26).

Los tipos de cáncer con mayor mortalidad fueron: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de estómago, cáncer de pulmón y cáncer de colon y recto.

Figura 39. Tasa de Mortalidad Prematura por 100.000 habitantes por Cáncer. Colombia 2022



Fuente: *Cubo estadísticas vitales SISPRO/ Población DANE. Consultado Noviembre 2023. Datos preliminares 2022.*

Finalmente se estima que en el país durante el año 2019 se perdieron por esta causa un total de 767,6 años de vida ajustados por discapacidad por cada 100.000 habitantes.

7.5.3 ESTADO DE LA GARANTÍA DEL DERECHO DE LA POBLACIÓN A LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES – ECNT

En los últimos 18 años han fallecido en el país 841.736 personas por enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, es decir que cada año mueren en promedio 46.763 personas por esta causa. El 26% de esta mortalidad ocurrió en los últimos 4 años, donde el país alcanzó una tasa de 243,84 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2021.

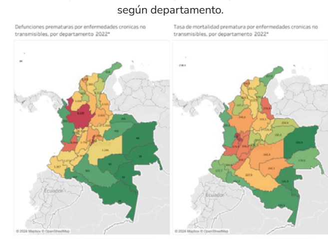
Figura 40. Tasa de Mortalidad Prematura por enfermedades crónicas no transmisibles.

Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares.*

Durante los años 2012 y 2021 la mortalidad por esta causa creció 1,15% cada año. Cuatro (4) diagnósticos de ECNT hicieron parte de las 10 primeras causas de mortalidad en Colombia en 2022: Tumor maligno de estómago, Hipertensión esencial, Tumor maligno de los bronquios o del pulmón y EPOC(76).

Del total de departamentos del país el 39,4% (n=13) registraron tasas de mortalidad por ECNT superiores a la media nacional en 2022 (pr). Antioquia (n=8.239), Bogotá (n=7.746) y Valle del Cauca (n=6.093), aportaron el 40% de la mortalidad (Figura 28). En contraste, las tasas más bajas de mortalidad por ECNT se registraron en los departamentos de Vichada (n=121,49), Vaupés (n=131,33) y Amazonas (n=141,08).

Figura 41. Número de defunciones y tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles según departamento.



Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares. ** tasa por 100.000 habitantes de 30 a 70 años.*

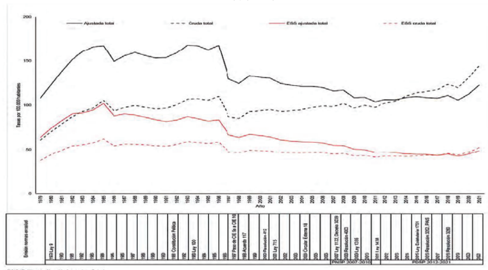
Del total de ECNT, las enfermedades cardiovasculares – ECV representaron la primera causa de mortalidad general (175,5 muertes x 100.000 hab) y la segunda causa de mortalidad prematura (100,58 x 100.000 hab) en el país.

Según el Informe 15 del Observatorio Nacional de Salud (14), "la ECV es la principal causa de muerte en Colombia y anualmente representa cerca del 31% de todas las muertes". Se manifiestan como enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad cardíaca reumática, enfermedad arterial periférica y otros problemas vasculares y cardíacos, con efectos negativos a nivel familiar, pérdida de productividad y mayor demanda de servicios asistenciales de alta complejidad con efectos en los costos para el sistema de salud.

Son factores de riesgo para la presencia de ECV condiciones como la hipertensión, dislipidemia, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cardiopatía coronaria, tabaquismo, actividad física insuficiente y el consumo nocivo de alcohol que pueden contrarrestarse al mejorar "*los estilos de vida, el tratamiento de los factores de riesgo y abordando los determinantes sociales de la salud*", es decir que pueden evitarse, prevenirse o tratarse con atención oportuna y de buena calidad dados los conocimientos médicos, las tecnologías disponibles y la adherencia a los tratamientos.

En la Figura 42. Mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud y principales normas en salud. Colombia 1979 – 2021 se observa una reducción de la mortalidad por ECV desde el año 1996 cuando ya estaba expedida la ley 100, pero a partir del año 2008 y hasta el año 2018 esa tendencia se detiene y a partir del 2019 se evidencia un aumento, coincidente con la pandemia cuyos efectos se verán a los 5 años de ocurrida, que nos retrocedió a tasas de mortalidad por ECV similares a las de 1993 o menos.

Figura 42. Mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud y principales normas en salud. Colombia 1979 – 2021



Fuente: *Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.168). Bogotá, D.C.,2023.*

Aunque la Enfermedad Renal Crónica contribuye a la mortalidad prematura su registro puede estar subestimado dada la alta prevalencia de comorbilidades y el alto riesgo de eventos cardiovasculares. Esta enfermedad se cataloga como de alto costo dada su prevalencia e incidencia y el riesgo elevado de complicaciones, muerte y consumo de recursos superior a la población general(77).

Al igual que en cáncer, se evidencian de acuerdo con lo reportado por la cuenta de alto costo para el año 2022 (octubre), importantes restricciones para el acceso de la población a intervenciones relacionadas con la gestión del riesgo individual que permitan mitigar la evolución y/o complicación de patologías como la diabetes e hipertensión, las cuales se constituyen en factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular aumentando de 2 a 8 veces la morbilidad y más del doble de mortalidad por esta causa y en precursoras para enfermedad renal crónica (Tabla 23). Es importante tener en cuenta que más del 99% de las personas con estas enfermedades se encontraba afiliadas a una EPS.

Tabla 38. Indicadores de gestión del riesgo individual personas con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial, Colombia 2022*

Condición	Indicador	Resultado
Diabetes	Medición HbA1c	54,9%
	Control HbA1c	56,2%
	Control IMC	24,4%
	Control LDL	53,3%
	Medición creatinina en el último año	70,9%
Hipertensión arterial	Control HTA	70,5%
	Medición LDL	53,2%
	Control LDL	51,6%
	Control IMC	25,3%
	Medición creatinina último año	54,2%

Fuente: *Cuenta de Alto Costo. 2022.*
**Información con corte a octubre.*

7.5.4 ESTADO DE LA GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LAS PERSONAS GESTANTES

Para el año 2022 se registraron en el país según datos preliminares del DANE un total de 569.311 nacimientos, sin embargo, y a pesar de la meta trazadora fijada para Colombia en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 relacionada con que en el 93% de los nacimientos, las madres asistieran a 4 o más controles prenatales durante su gestación, respecto al total de nacidos vivos, este porcentaje fue del **84%**.

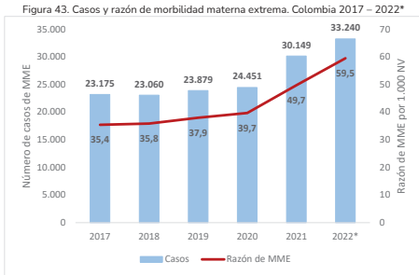
Aunque la Organización Mundial de la Salud establece que "*un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud*", en el año 2022, 22.772 personas gestantes no accedieron a ningún control prenatal y 66.609 tuvieron menos de 4 consultas prenatales(78) a pesar de que las intervenciones que hacen parte de la atención para el cuidado prenatal se encuentran financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y están reguladas como de obligatorio cumplimiento.

A partir de esta información se estima que se dejaron de invertir un total de $80.425.119.162 millones de pesos por la no realización o realización inadecuada del control prenatal a 89.381 personas gestantes, lo que puede estar relacionado con las cifras registradas para morbilidad materna extrema y mortalidad materna en el entendido de que el acceso efectivo a esta atención

en salud contribuye en el mejoramiento de la salud materna, la promoción del desarrollo fetal, la identificación e intervención temprana de los riesgos relacionados con la gestación y la generación de condiciones óptimas que permitan un parto seguro(79).

La morbilidad materna extrema entendida como "un evento de interés en salud pública que tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal"(80); registró para el país durante el periodo 2017 – 2022 un aumento del 44% (n=10.364 casos), pasando de 23.175 casos y una razón de 35,4 por cada 1.000 nacidos vivos en el 2017 a un acumulado de 33.539 casos con una razón de 59,5 por 1.000 nacidos vivos en el año 2022.

Figura 43. Casos y razón de morbilidad materna extrema. Colombia 2017 – 2022*



***Fuente**: Base depurada SIVIGILA con corte a SE 52 de 2022. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024, y EEVV – Nacimientos 2017-2022*.*

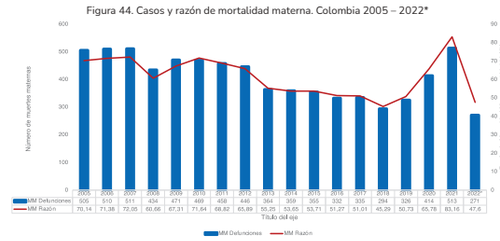
** Datos preliminares sujetos a cambios. Nota: La razón de morbilidad materna extrema está calculada por 1.000 nacidos vivos.*

Para el año 2022 según la causa principal agrupada el 72,6% (n=24.134) de los casos tuvo como diagnóstico trastornos hipertensivos del embarazo, seguido de las complicaciones hemorrágicas con el 14,3% (4.746) y la sepsis de origen obstétrico con el 5,0% (1.677) de los casos. La atención de esta condición y sus complicaciones requiere manejo hospitalario y se puede requerir dentro de la instauración de este el ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI), transfusión sanguínea o cirugías adicionales diferentes al parto o la cesárea(81).

La mortalidad materna es un problema de salud pública inaceptablemente alto en países de ingresos bajos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

Colombia históricamente ha registrado razones de mortalidad materna (RMM) superiores a 50 muertes por 100.000 nacidos vivos e incluso en el último quinquenio registró una tendencia hacia el aumento alcanzando en el 2021 una RMM de 83,1 muertes por 100.000 nacidos vivos. A partir del año 2022 se observa una disminución tanto en muertes como en RMM, pasando de 335 muertes maternas en el año 2017, llegando a 513 muertes maternas para el 2021 y descendiendo a 271 muertes en el 2022* para una razón de mortalidad materna de 47,6 por cada 100.000 nacidos vivos. Del total de mujeres que murieron por esta causa en el año 2022 el 90% (n=244) se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

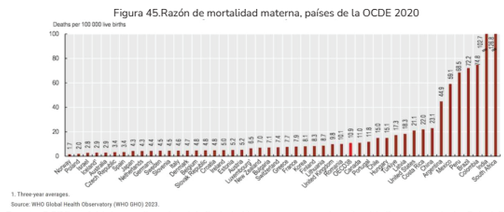
Figura 44. Casos y razón de mortalidad materna. Colombia 2005 – 2022*



Fuente: Estadísticas vitales – DANE Para la serie 2005-2022
Los datos de 2022* provienen de Estadísticas Vitales son preliminares

Colombia se ubica dentro de los *estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE* con las razones más altas de mortalidad materna, siendo solamente superado por India y Sur África (Figura 32).

Figura 45.Razón de mortalidad materna, países de la OCDE 2020



Fuente OCDE: //efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf

7.5.5 ESTADO DE LA GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

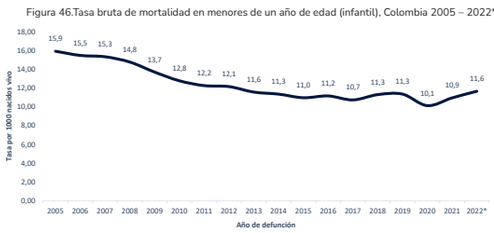
Por mandato constitucional la infancia debe tener especial protección por el Estado colombiano y el sistema de salud, en especial, está obligado a brindar las garantías de acceso, integralidad y continuidad de la atención en los servicios de salud, así como la activación de la respuesta de otros sectores para su protección integral.

En este sentido, la **Unidad de Pago por Capitación** – UPC para niños y niñas menores de un año es muy superior a las de los demás grupos etarios a fin de que se lleven a cabo las acciones necesarias para la promoción de la salud y la prevención de riesgos y complicaciones, lo que se debe reflejar necesariamente en la reducción de la mortalidad infantil y en menores de cinco años y especialmente de aquellas relacionadas con desnutrición, infecciones respiratorias y enfermedad diarreica aguda.

Aun así, **6.632** niños y niñas murieron en Colombia antes de cumplir un año de edad durante el año 2022, alcanzando una **tasa de mortalidad infantil** de 11,6 niños por cada 1.000 nacidos vivos.

Aunque en los últimos dieciocho años se ha observado una reducción de 4,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos en este indicador, en promedio siguen falleciendo 8.295 niños y niñas cada año antes de cumplir su primer año de vida. Incluso en los últimos diez años (haciendo excepción de los años de pandemia 2020 y 2021) se observa un estancamiento de este indicador (Figura 46), a pesar de los recursos asignados dentro del sistema de salud para proteger a este grupo poblacional.

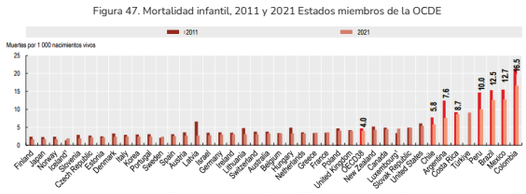
Figura 46.Tasa bruta de mortalidad en menores de un año de edad (infantil), Colombia 2005 – 2022*



***Fuente**: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares*

*Al comparar este indicador con el de los estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE, la tasa de mortalidad infantil de Colombia registra la cifra más alta de todos los estados miembros 16,5 por 1.000 nacidos vivos para el año 2021, es decir 4 veces superior a la tasa promedio de los 38 países observados, cifra menor a la reportada una década antes, momento en el cual también ocupo el deshonroso primer lugar (*Figura 47*).*

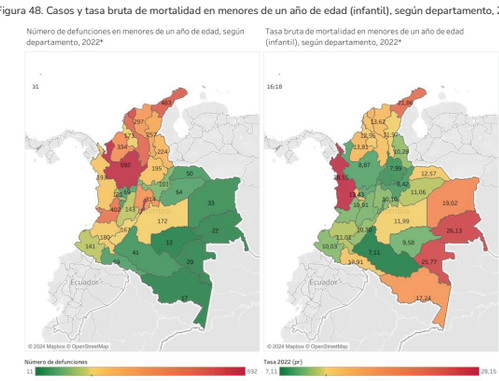
Figura 47. Mortalidad infantil, 2011 y 2021 Estados miembros de la OCDE



Fuente: OCDE. Panorama de la Salud 2023 – Indicadores OCDE

Existen claras **diferencias regionales** en el comportamiento de esta mortalidad. En términos relativos los departamentos donde se concentró la tasa de mortalidad infantil fueron Chocó (28,1), Guainía (26,1) y Vaupés (25,7), con valores que ascendieron a más del doble de la tasa nacional (11,6), mientras que Caquetá (7,1), Santander (7,9) y Boyacá (8,4) presentaron tasas de mortalidad infantil más bajas (63,8%, 45,8% y 38,3% respectivamente); sin embargo el escenario es diferente cuando se revisa el **número de casos** de muerte infantil evidenciándose una mayor concentración en Antioquia (592 muertes) y Bogotá (589 muertes), los cuales son territorios que se caracterizan por tener una mayor oferta de servicios.

Figura 48. Casos y tasa bruta de mortalidad en menores de un año de edad (infantil), según departamento, 2022*

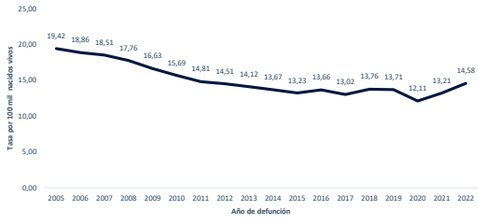


Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares ** tasa por 1.000 nacidos vivos.

Con relación a mortalidad en menores de cinco años, durante el año 2022, **8.228 niños y niñas murieron en Colombia antes de cumplir cinco años de edad**, alcanzando una tasa de mortalidad de 14,5 por cada 100.000 nacidos vivos*. En promedio fallecen 10.071 niños y niñas cada año antes de cumplir los cinco primeros años de vida.

Similar a la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en la infancia en los últimos diez años (haciendo excepción de los años de pandemia 2020 y 2021) muestra un estancamiento del indicador (Figura 49), a pesar de los recursos asignados dentro del sistema de salud para proteger a este grupo poblacional ($ 1,027.342 en el régimen subsidiado y $ 1,716.184 en el régimen contributivo para el año 2022) las coberturas de intervenciones como la valoración integral del desarrollo no son las esperadas.

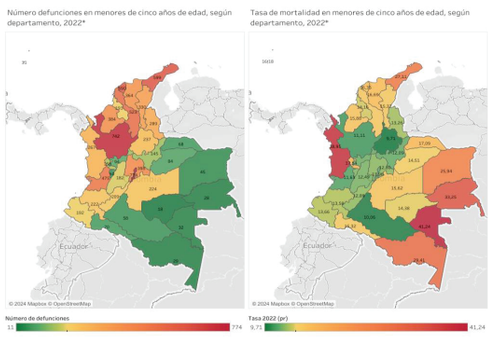
Figura 49. Tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad (en la niñez), Colombia 2005 – 2022*



Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares*

Regionalmente el escenario es similar al expuesto en la mortalidad infantil cuando se revisa el **número de casos**, Antioquia (742) y Bogotá (774), acumulan el 18,2% (1.516) de toda la mortalidad en este grupo etario y para la tasa de mortalidad Vaupés y Chocó se ubican en los primeros lugares.

Figura 50. Casos y tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad (en la niñez), según departamento, Colombia, 2005 – 2022

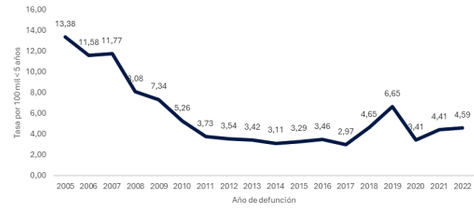


Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares ** tasa por 100.000 nacidos vivos.*

a. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda - EDA

Haciendo foco sobre las enfermedades prevalentes de la infancia, se observa que la **Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años** se redujo durante los últimos dieciocho años a una velocidad de decrecimiento de 6,2% anual. No obstante, se evidencia que en los últimos 10 años no hubo mayor variación del indicador, e incluso se registra una tendencia al aumento en los últimos 4 años (Figura 51).

Figura 51. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2005 – 2022*



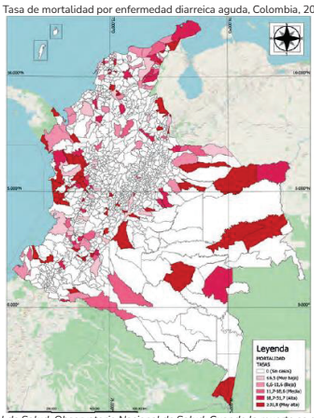
Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares*

Según el último informe del Observatorio Nacional de Salud(14) *"El análisis multivariado de datos de panel muestra que a medida que aumenta el índice municipal de acceso real a servicios de salud (IASS real) se reduce significativamente la probabilidad de presentar casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años".*

Es así como este estudio identificó que municipios con muy bajos índices de acceso a servicios de salud- IASS para el periodo 2018-2022 como Bagadó – Chocó (Posición 1.112 en el IASS), Uribia - La Guajira (Posición 1.017 en el IASS) y Pueblo Rico – Risaralda (Posición 1.101 en el IASS) registran sistemáticamente tasas altas y muy altas de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años, con más de nueve casos durante el periodo 2005 - 2021.

La mortalidad por EDA es totalmente prevenible por lo que su reducción debe ser una prioridad en políticas públicas modificando determinantes sociales y para el sistema de salud que debe adecuar la respuesta en prevención y diagnóstico oportunos, así como en seguimiento y continuidad de la atención en territorios claramente identificados.

Figura 52. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2020 – 2021

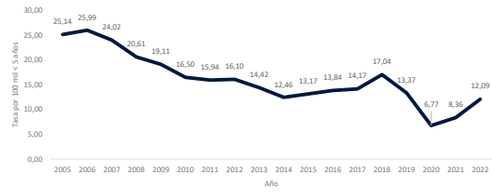


Fuente: *Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C.,2023.*

b. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda

Entre 2005 y 2022 han muerto 12.203 menores de 5 años por infección respiratoria aguda - IRA, en promedio 678 defunciones al año. Si bien es cierto se observa una reducción progresiva entre 2005 (25,24) y 2014 (12,46), los siguientes años presentaron un incremento de 7,8% anual hasta 2018 (17,4). Durante los años de pandemia (2019-2020) la mortalidad descendió a un digito con la mejor tasa de los últimos 18 años (6,77), sin embargo, los últimos dos años la tasa creció 29%, siendo 2 veces mayor el riesgo de muerte por IRA en menores de 5 años en 2022. La baja cobertura de indicadores relacionados con la promoción y el mantenimiento de la salud en la primar infancia se incluye dentro de los factores asociados a la mortalidad por IRA en menor de 5 años (83).

Figura 53. Tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años de edad, Colombia, 2005 – 2022*



Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares*

En 2022 se registraron 742 defunciones por infecciones respiratoria aguda en menores de 5 años, donde la mayoría de niños y niños se encontraban afiliados al sistema de salud, siendo inaceptable que no se haya garantizado la gestión del riesgo por parte de las entidades a las que se les ha asignado el cuidado de esta población.

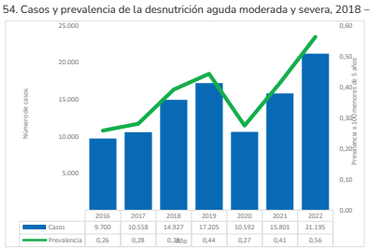
c. Desnutrición en menores de 5 años

La denutrición es el resultado de **condicionantes sociales, económicos, culturales, asistenciales y de protección integral**, que incluyen políticas y estrategias para la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Teniendo en cuenta que la respuesta desde el sistema de salud es un determinante intermedio del abordaje de esta problemática, se debe reflexionar acerca de la respuesta específica del sistema, cuando un niño o niña es detectado con algún tipo de desnutrición.

Durante el período de 2016 a 2022, la **prevalencia de desnutrición aguda moderada y severa en Colombia** mostró una tendencia general al alza. Se inició en 0,26 en 2016 y alcanzó su punto más alto en el año 2022 con una prevalencia de 0,56 x 100 menores de 5 años. Se observan aumentos en 2018, 2019, 2021 y 2022.

Es fundamental tener en cuenta que la notificación de los eventos de interés en salud pública experimentó una notable disminución durante los años 2020 y 2021 debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, se ha observado una tendencia constante de aumento en las notificaciones.

Figura 54. Casos y prevalencia de la desnutrición aguda moderada y severa, 2018 – 2022*



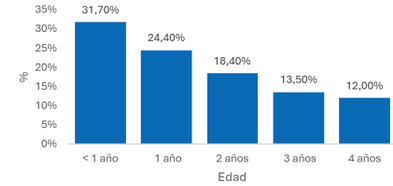
Fuente: *Para la serie 2016-2021 Bodega de datos del SISPRO – SIVIGLIA, por geografía de residencia. Para 2022 base depurada tomada del portal SIVIGILA. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024. Proyecciones poblacionales del DANE.*

Existe una débil gestión del riesgo individual de los niños y niñas menores de cinco años con este diagnóstico, por parte de las EPS, a tal punto que el 74% (n=15.663) de los casos presentaba al menos un signo clínico como edema, desnutrición, emaciación o delgadez visible, piel reseca o áspera, hipo o hiperpigmentación de la piel, lesiones del cabello y/o anemia detectada por palidez palmar o de mucosas, al momento de tener contacto con el servicio de salud para la atención.

En cuanto a la asistencia de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición a programas de crecimiento y desarrollo, que sirve para la detección de alteraciones en la infancia, se observan bajas coberturas de esta intervención con cifras que son del 31,1% en el grupo de menores de 1 año, 26% en población de 1 año, 18% en niños y niñas de 2 años, 13% en niños y niñas de 3 años y 15% en el grupo de 4 años.

Similar situación se identifica en el cumplimiento del esquema de vacunación de niños y niñas con el mismo diagnóstico. Tan solo el 31,7% de niños y niñas registran esquema completo, y se reduce esta actividad de protección a mayor edad, en 1 año (24,4%), 2 años (18,4%), 3 años (13,5%) y 4 años (12,0%).

Figura 55. Cumplimiento de esquemas de vacunación en niños y niñas con Desnutrición aguda, moderada y severa

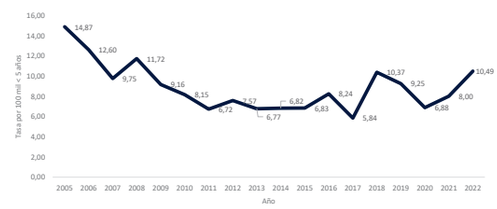


Fuente: *Bodega de datos del SISPRO – SIVIGLIA. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024.*

Se evidencia entonces un débil seguimiento a la atención de niños y niñas que teniendo derecho a tener contacto con el personal de salud por lo menos una vez al año, y que adicionalmente son diagnosticados con algún tipo de desnutrición, no tengan el debido seguimiento con gestión del riesgo por parte de las entidades aseguradoras, quienes reciben la respectiva Unidad de Pago por Capitación.

Con respecto a mortalidad en el periodo 2005-2022 se han registrado en el país 6.676 defunciones en menores de 5 años asociadas a DNT. En promedio mueren anualmente 371 menores de 5 años por este evento. En los últimos 10 años se observa una tendencia al aumento de la mortalidad por desnutrición en este grupo etario, y alarma aún más el hecho que entre 2020 y 2022 ha crecido 9,2%.

Figura 56. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años de edad, Colombia 2005 – 2022*



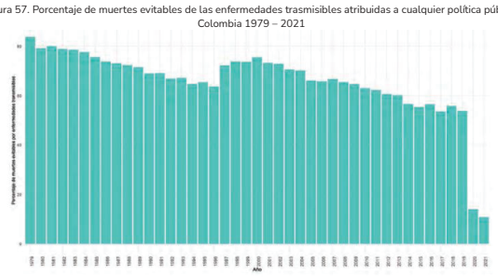
Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares.*

7.5.6 RESPUESTA A MUERTES EVITABLES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Según el Observatorio Nacional de Salud (14) "De acuerdo con la serie analizada de 43 años, la mortalidad por enfermedades transmisibles ha disminuido en Colombia y se identifica que acciones adicionales de políticas pública evitarían cerca de la mitad de esas muertes (51%), mientras que el sistema de salud puede impedir un 9%".

Esto quiere decir que se requiere un sistema de salud en donde se haga efectiva la Atención Primaria en Salud y se fortalezcan las capacidades de gobernanza y gobernabilidad en salud pública con acciones de base territorial que respondan de manera efectiva a las necesidades de las poblaciones y los territorios.

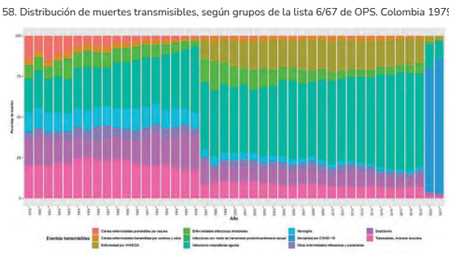
Figura 57. Porcentaje de muertes evitables de las enfermedades trasmisibles atribuidas a cualquier política pública. Colombia 1979 – 2021



Fuente: *Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C.,2023.*

El sistema de salud tiene una deuda histórica al no evitar la mortalidad por enfermedades infecciosas, haciéndose necesario adecuar la respuesta asistencial a condiciones poblacionales, culturales, de acceso y calidad en la atención para tener efectos en la presencia de enfermedades como tuberculosis, infecciones intestinales, VIH, enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, entre otras.

Figura 58. Distribución de muertes transmisibles, según grupos de la lista 6/67 de OPS. Colombia 1979 – 2021



Fuente: *Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C.,2023.*

8. MITOS Y REALIDADES SOBRE LA PROPUESTA DE LA REFORMA

A continuación, se presenta una argumentación en torno a cada uno de los principales cuestionamientos al proyecto de ley; usando para ello una metodología de "Mito versus Realidad"

MITO 1: "LA REFORMA ELIMINA EL ASEGURAMIENTO EN SALUD"

REALIDAD: El Proyecto de Ley no elimina el aseguramiento, sino que redefine su naturaleza.

El modelo actual de aseguramiento está basado en relaciones contractuales individuales entre usuarios y Entidades Promotoras de Salud (EPS), configurando un sistema delegado de garantía del derecho, con participación predominante de operadores privados y escasa capacidad de regulación efectiva por parte del Estado. Este enfoque, vigente desde la Ley 100 de 1993, ha dado lugar a profundas desigualdades territoriales, fragmentación en la atención, debilidad en la gestión del riesgo en salud y barreras persistentes en el acceso, especialmente para la población rural y vulnerable.

La propuesta legislativa no desmantela el principio de aseguramiento como tal. Lo transforma en un modelo de aseguramiento social, entendido como la organización estatal y territorial de los recursos, servicios, redes y capacidades necesarias para garantizar el acceso universal, efectivo y continuo a la salud. Este aseguramiento no depende ya de la permanencia en una entidad administradora, ni de la capacidad de pago de las personas, sino de la adscripción territorial; de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional que establece que el acceso a la salud no puede estar condicionado a mecanismos administrativos o relaciones contractuales particulares.

En este sentido, el aseguramiento continúa siendo un componente esencial del sistema, pero se reorganiza en función de redes integradas e integrales, adscripción territorial, coordinación pública y nuevos esquemas institucionales que no excluyen, sino que reconfiguran, el papel de actores privados bajo reglas comunes. La figura de las Gestoras de Salud y Vida, establecida en el articulado, representa precisamente un instrumento que preserva las funciones de articulación, gestión del riesgo y acompañamiento a los usuarios, bajo lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y con vigilancia pública; pero elimina la posibilidad de que sean instituciones quienes determinen cómo se organizan los servicios, o cómo se paga por ellos; toda vez que esta delegación en las actuales EPS ha demostrado la consolidación de inequidades e ineficiencias.

El proyecto no propone una ruptura abrupta del sistema de aseguramiento, sino su transformación paulatina y regulada, de forma que permita corregir los desequilibrios acumulados en más de dos décadas de operación del modelo vigente. Presentar esta transformación como una "eliminación del aseguramiento" desconoce tanto el contenido jurídico del proyecto como los estándares internacionales sobre sistemas universales con aseguramiento público, basados en principios de equidad, continuidad y suficiencia financiera.

El sistema continuará financiado exclusivamente por recursos públicos, pero se establece mayor transparencia tanto para la participación de los prestadores como en el pago de los servicios en salud.

MITO 2: "LA REFORMA ESTATIZA EL SISTEMA DE SALUD"

REALIDAD: El Proyecto de Ley reordena el sistema del servicio público de salud de naturaleza mixta bajo los principios de interés general, eficiencia técnica y control democrático

La iniciativa legislativa establece un sistema con rectoría pública reforzada, sin excluir la participación de prestadores privados ni impedir la articulación público-privada en la prestación y en la gestión operativa del sistema. La transformación propuesta no es ideológica, sino funcional: busca corregir fallas estructurales asociadas a la delegación excesiva de funciones públicas en entidades privadas, muchas de las cuales han acumulado poder sin mecanismos de control financiero, técnico o social proporcionales.

Lejos de suprimir la participación privada, el proyecto establece nuevos marcos de habilitación para las Gestoras de Salud y Vida, que podrán tener naturaleza pública, privada o mixta, siempre que cumplan con las condiciones de operación técnica, transparencia y capacidad de gestión establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo, la prestación de servicios será realizada por Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud conformadas por hospitales públicos, clínicas privadas y otras formas de organización social, todas bajo principios comunes de calidad, continuidad y territorialización.

En cuanto al rol del Ministerio de Salud, el proyecto no le asigna funciones operativas que impliquen concentración administrativa, sino que refuerza su capacidad de rectoría técnica, en línea con lo previsto por la Ley Estatutaria y con lo que exige cualquier sistema universal que tenga aspiración a equidad. Se preserva, además, el principio de descentralización: los entes territoriales cumplen un papel central en la organización de las redes, la administración de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la gobernanza local, en articulación con las Gestoras.

El diseño del sistema mantiene la naturaleza mixta del servicio público de salud, conforme al artículo 49 de la Constitución, pero redefine la relación entre el Estado y los actores privados para garantizar estándares comunes de operación y fiscalización. La "estatización" no aparece como propósito, ni como efecto, del articulado; lo que se persigue es reordenar el sistema bajo principios de interés general, eficiencia técnica y control democrático. El señalamiento de que el Proyecto de Ley conduciría a una estatización del sistema de salud no se sustenta en el articulado, ni en la arquitectura institucional propuesta.

La participación de las entidades privadas es explicita dentro del nuevo diseño para los Prestadores de Servicios de Salud, proveedores de tecnologías en salud, Gestores de Salud y Vida, entre otros.

MITO 3: "DESAPARECEN LAS EPS Y CON ELLAS EL DERECHO A ESCOGER"

REALIDAD: El proyecto no elimina el principio de elección. Lo reconfigura en un nuevo modelo institucional en el que la adscripción del usuario se realizará territorialmente y bajo criterios de cercanía, capacidad instalada y calidad de la atención.

La libre elección de prestador se conserva tanto para el nivel primario como el complementario, y los mecanismos de coordinación estarán a cargo de las nuevas Gestoras de Salud y Vida, entidades encargadas de la articulación de servicios, el acompañamiento al usuario y la garantía de continuidad en los procesos asistenciales. Estas Gestoras podrán tener origen público o privado, y su habilitación estará sujeta a criterios objetivos de capacidad técnica, solvencia, experiencia en gestión del riesgo en salud y operación en red.

El derecho a escoger en el modelo actual ha estado limitado por la alta concentración del mercado en pocas EPS, la segmentación territorial de la oferta, los mecanismos opacos de portabilidad y los incentivos financieros que restringen la remisión oportuna. La reforma reconoce estas limitaciones y busca superarlas mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud, adscripción transparente, interoperabilidad en los sistemas de información y continuidad en la atención como eje central del modelo.

La supuesta desaparición del derecho a escoger parte de una concepción contractual del aseguramiento que ha subordinado los intereses del paciente a los del intermediario financiero. La transformación planteada en el proyecto busca garantizar que la elección sea real, es decir, que no dependa del lugar de residencia, del tipo de afiliación o del grado de riesgo financiero del usuario. A través de los CAPS, los equipos territoriales de salud y la estructuración de redes funcionales, se garantiza una atención centrada en el usuario, con múltiples puertas de entrada, redes integradas e integrales de atención y remisiones efectivas.

Por lo tanto, esta afirmación no corresponde ni con el diseño normativo propuesto ni con los estándares internacionales de libertad informada y garantía del derecho a la salud, ya que la transformación de las EPS no significa su anulación arbitraria, sino la redefinición de su rol dentro de un sistema orientado por el interés público y la garantía del derecho, en condiciones de igualdad, suficiencia y transparencia.

MITO 4: "SE ROMPE LA CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN Y SE PERDERÁN TRATAMIENTOS"

REALIDAD: El proyecto contempla expresamente un régimen de transición ordenado, con enfoque en la garantía del derecho adquirido a la continuidad de los tratamientos.

Uno de los cuestionamientos más sensibles, se refiere a que al transformarse las EPS y reemplazarse los actuales esquemas de aseguramiento por Gestoras de Salud y Vida articuladas territorialmente, los pacientes podrían quedar desprotegidos, en especial aquellos con enfermedades crónicas, huérfanas o de alto costo. Sin embargo, esta preocupación no encuentra sustento en el articulado, ni en las disposiciones técnicas que regulan la implementación progresiva del nuevo modelo, puesto que se dice explícitamente que las personas seguirán recibiendo tratamiento en la institución que actualmente se lo provee, hasta que así lo desee.

El artículo 81, numeral 1, establece que toda persona que se encuentre recibiendo atención médica, tratamientos, procedimientos, medicamentos o servicios complementarios mantendrá dicho acceso sin interrupciones durante el tránsito al nuevo esquema de organización. Esta disposición se complementa con los artículos 8, 41 y 44 que imponen obligaciones específicas de trazabilidad, interoperabilidad de la información y protección de las historias clínicas, para evitar la fragmentación en la atención y asegurar que los nuevos operadores y redes integradas tengan acceso a los antecedentes clínicos completos de cada paciente.

En materia operativa, el proyecto también prevé que la articulación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) será progresiva, y estará condicionada a la existencia de condiciones técnicas, logísticas y contractuales adecuadas, lo que incluye la garantía de infraestructura, equipos humanos y mecanismos de referencia. Esta transición no será abrupta ni desordenada, sino coordinada por el Ministerio de Salud y las entidades territoriales y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud. El principio de continuidad es, por tanto, vinculante tanto para el Estado como para los nuevos agentes del sistema.

Adicionalmente, el articulado determina que las condiciones laborales del talento humano en salud, al igual que la infraestructura existente, deben mantenerse o integrarse progresivamente en el nuevo sistema, lo cual incluye la continuidad de rutas clínicas, especialmente en los niveles de alta complejidad. La interrupción de servicios por causa de la transformación institucional está explícitamente prohibida, y cualquier modificación en los canales de atención deberá estar precedida de una evaluación técnica, una autorización reglada y un proceso de información al usuario.

Lejos de poner en riesgo a los pacientes, el proyecto introduce una arquitectura legal e institucional más robusta para garantizar que la atención no dependa del vínculo con una aseguradora, sino de la pertenencia al sistema como sujeto de derechos. Esta redefinición, acompañada de mecanismos explícitos de transición, ofrece una base más sólida para la continuidad y calidad del cuidado clínico a lo largo del tiempo.

MITO 5: "SE AFECTARÁ EL TALENTO HUMANO EN SALUD CON MÁS PRECARIZACIÓN"

REALIDAD: El proyecto plantea como una de sus líneas estructurales la creación de un régimen especial de trabajo digno, progresivo y formalizado.

Uno de los temores expresados con mayor frecuencia frente al Proyecto de Ley es que, al reorganizar el sistema de salud, se profundizará la precarización del talento humano en salud y se eliminarán los vínculos laborales formales que en ciertos contextos se han logrado. Esta afirmación, sin embargo, no solo resulta infundada, sino que omite que uno de los principales objetivos del articulado —en particular del Título V— es precisamente revertir las condiciones de inestabilidad, tercerización y desprotección jurídica que han caracterizado al sector durante más de dos décadas.

Actualmente, una proporción significativa del personal de salud en Colombia labora bajo contratos de prestación de servicios, cooperativas, tercerización por bolsas de empleo o contratos sindicales sin garantías laborales integrales. Esta situación ha sido ampliamente documentada por órganos de control, estudios académicos y organizaciones médicas, que coinciden en que la sostenibilidad del sistema no puede depender de relaciones contractuales precarias que, además de afectar la dignidad del trabajador, comprometen la calidad y continuidad del servicio.

El articulado establece criterios para la estabilidad laboral, la remuneración justa, la priorización de zonas rurales y dispersas, el acceso a formación continua y el fortalecimiento de los mecanismos de planeación del recurso humano. Además, consagra un sistema de becas-crédito para la formación de personal especializado en atención primaria, con retorno al territorio, y dispone que los entes territoriales y prestadores públicos deberán implementar esquemas de contratación directa con prestaciones integrales, en armonía con el nuevo modelo. Lejos de introducir nuevas formas de precarización, el proyecto regula expresamente las condiciones laborales y prevé mecanismos para su implementación gradual en función del fortalecimiento institucional, financiero y territorial.

Desde el punto de vista constitucional, la inclusión de un régimen laboral especial para el talento humano en salud dentro de un proyecto de reforma estructural del sistema no vulnera el principio de unidad de materia. Existe conexidad temática y finalística entre la organización del sistema y las condiciones laborales de quienes lo sostienen. Así lo ha establecido la Corte Constitucional en diversas sentencias que reconocen la necesidad de abordar simultáneamente la estructura del sistema y los factores que determinan su eficacia, entre ellos la estabilidad del recurso humano. Más aún, la formulación de un régimen laboral específico ha sido una deuda histórica del Estado colombiano con un sector que, pese a su papel esencial, ha carecido de reconocimiento jurídico y protección estructural.

En suma, la reforma no representa una amenaza para los trabajadores del sector salud. Por el contrario, sienta las bases para corregir estructuralmente las condiciones de informalidad y desprotección, con una propuesta normativa que apunta a la progresividad, la formalización y el cierre de brechas territoriales. La implementación de este régimen requerirá coordinación interinstitucional, inversión sostenida y una planeación rigurosa; pero su orientación estructural es inequívoca: avanzar hacia un sistema que no solo garantice el derecho a la salud de la población, sino que lo haga con trabajadores dignificados, protegidos y adecuadamente remunerados.

MITO 6: "LA REFORMA ACABARÁ CON LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CIUDADANA"

REALIDAD: El proyecto de Ley reposiciona la participación social y ciudadana como función sustantiva del sistema, la vincula a la rectoría técnica y la reconoce como condición necesaria para la construcción de legitimidad, equidad y control democrático en salud.

Esta afirmación contradice el contenido normativo del articulado, que no solo preserva la participación como principio rector del sistema, sino que la fortalece y la dota de institucionalidad renovada en múltiples niveles del modelo. Desde sus artículos iniciales, el proyecto reconoce la participación social y ciudadana como uno de los ejes estructurantes del sistema de salud, en concordancia con el artículo 2 de la Constitución Política, que consagra la democracia participativa, y con los artículos 5 y 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que imponen al Estado la obligación de crear espacios efectivos de interlocución con la ciudadanía en todos los niveles del sistema.

Lejos de desmantelar estos espacios, el proyecto establece figuras como los Consejos Territoriales de Salud y el Consejo Nacional de Salud, que tendrán funciones consultivas y de seguimiento al cumplimiento de los objetivos del sistema, con composición plural, representación regional y participación de organizaciones sociales, académicas, de pacientes, de usuarios y del talento humano en salud.

Además, el proyecto incorpora mecanismos de rendición de cuentas y control social, como los sistemas públicos de información interoperables, las auditorías ciudadanas, la participación en la planeación territorial en salud y la exigibilidad del derecho mediante acciones individuales y colectivas.

Uno de los puntos más relevantes del modelo propuesto es que traslada la participación de un plano formal y fragmentado, a una lógica de corresponsabilidad territorial, en la que las comunidades, usuarios y organizaciones de base no se limitan a formular quejas o reclamos, sino que inciden en la planeación, seguimiento y evaluación de la gestión en salud. Este rediseño

institucional implica una redistribución del poder en el sistema, que ha estado históricamente concentrado en operadores financieros y no en la ciudadanía organizada.

La crítica sobre una supuesta reducción de la participación se basa, en muchos casos, en una visión limitada de los espacios formales actuales, cuya eficacia ha sido ampliamente cuestionada por organismos de control, que han evidenciado su baja incidencia real en la toma de decisiones. El proyecto, en cambio, propone un nuevo ecosistema institucional, con anclaje territorial, interoperabilidad de datos, rendición de cuentas pública y estándares de transparencia activos.

MITO 7: "SE DESTRUIRÁN LOS AVANCES TECNOLÓGICOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN"

REALIDAD: La iniciativa plantea una reorganización estructural del ecosistema de información en salud, dotándolo de carácter público, interoperable y transparente.

Una de las críticas formuladas al Proyecto es que no incorpora adecuadamente las herramientas tecnológicas disponibles ni reconoce los avances en interoperabilidad, historia clínica electrónica y trazabilidad de servicios. Esta afirmación no corresponde con el contenido normativo del proyecto, que incluye un capítulo específico sobre información y sistemas tecnológicos, y plantea una arquitectura interoperable orientada a la eficiencia, la transparencia y la articulación entre niveles de atención.

El artículo 8 del proyecto establece la creación de un Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), cuya finalidad será consolidar en una sola plataforma el conjunto de datos clínicos, administrativos, financieros y epidemiológicos del sistema, bajo principios de disponibilidad, integridad, seguridad y acceso oportuno. Esta plataforma será de carácter público, obligatorio y en tiempo real, y su diseño técnico y normativo se articulará con los estándares internacionales en salud digital, con la política pública de transformación digital del Estado colombiano y con las exigencias de confidencialidad de datos personales.

En el modelo actual, la fragmentación de los sistemas de información ha sido uno de los principales obstáculos para garantizar la integralidad de la atención, el control del gasto y la coordinación entre prestadores. Las EPS, clínicas y entidades territoriales operan plataformas propias, con escasa interoperabilidad y sin integración estandarizada. Esta situación ha generado duplicidades, retrasos en la atención, opacidad en el uso de recursos y dificultades en la formulación de políticas públicas basadas en evidencia. El proyecto, por tanto, no destruye lo existente: lo reorganiza y fortaleces bajo un nuevo modelo interoperable y lo dota de carácter obligatorio y vinculante para que oriente la toma de decisiones en el sistema.

El SPUIIS propuesto también integra mecanismos de auditoría concurrente y trazabilidad de recursos. El articulado establece la implementación de herramientas de seguimiento digital, con auditorías de primer y segundo piso, además del desarrollo de un modelo de evaluación y seguimiento del gasto, con acceso ciudadano a la información relevante. Esta concepción del sistema como instrumento de garantía del derecho y de vigilancia activa del gasto representa un avance sustantivo frente al modelo vigente, donde los datos clínicos y financieros se encuentran dispersos y sometidos a restricciones privadas.

Además, la interoperabilidad tecnológica prevista en la reforma se alinea con la necesidad de implementar una historia clínica electrónica única, actualizada y accesible para todos los prestadores que integran las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Esta medida, ya reconocida en múltiples diagnósticos sectoriales, es condición necesaria para la continuidad asistencial, la pertinencia terapéutica y la evaluación de calidad clínica, especialmente en territorios con baja densidad de prestadores o alta rotación de personal.

En síntesis, el proyecto no implica un retroceso en materia de salud digital. Por el contrario, plantea una reorganización estructural del ecosistema de información en salud, dotándolo de carácter público, interoperable y transparente. Rechazar la reforma con el argumento de una supuesta destrucción tecnológica equivale a desconocer los artículos específicos que regulan el nuevo sistema, así como las deficiencias estructurales del modelo actual. Lejos de representar una amenaza, la arquitectura digital propuesta constituye uno de los pilares más robustos de la transformación institucional.

MITO 8: "LAS ZONAS RURALES QUEDARÁN DESPROTEGIDAS"

REALIDAD: El proyecto establece un principio de equidad territorial transversal a toda la estructura institucional, que se traduce en medidas específicas para la ruralidad y zonas dispersas en materia de organización del talento humano, infraestructura, asignación presupuestal y redes de servicios.

Una de las preocupaciones más recurrentes frente al Proyecto de Ley es que su implementación podría agravar las condiciones de desigualdad en la provisión de servicios de salud en zonas rurales, dispersas y de difícil acceso. Esta inquietud, si bien legítima desde una perspectiva histórica, no se encuentra respaldada por el articulado del proyecto, el cual incorpora mecanismos concretos de priorización territorial, asignación diferencial de recursos e intervención directa del Estado en áreas históricamente marginadas del sistema.

La reforma reconoce expresamente que el modelo vigente ha reproducido brechas territoriales al depender de la lógica de aseguramiento por captación de afiliados, lo cual ha conducido a una concentración de servicios en zonas urbanas densas y a la desatención sistemática de regiones de baja rentabilidad para los operadores.

El modelo propuesto incorpora a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), como puerta de entrada al sistema, organizados territorialmente y dotados de recursos humanos, técnicos y logísticos adecuados. La priorización de estos centros en zonas rurales responde a los datos oficiales del Ministerio de Salud, que señalan que más de 300 municipios carecen de servicios de hospitalización básica, y más de 180 no cuentan con servicios de urgencias. Esta planificación no se deja al arbitrio del mercado, sino que es una responsabilidad pública, sujeta a planificación y ejecución bajo rectoría estatal y participación local.

Se establece que en la reglamentación del sistema se deberán aplicar criterios diferenciales para territorios PDET, ZOMAC, categorías 4 a 6 y municipios con necesidades básicas insatisfechas superiores al promedio nacional, garantizando inversiones progresivas y mecanismos de seguimiento con enfoque territorial.

El régimen laboral especial previsto en el Título V también prevé incentivos para la permanencia y retención del talento humano en zonas de difícil acceso, incluyendo bonificaciones, becas-crédito condonables, y reconocimientos sociales, cuando se trate de áreas rurales o dispersas. Estas medidas buscan precisamente corregir la concentración urbana del personal sanitario, uno de los factores más críticos de inequidad en la prestación de servicios.

Complementariamente, el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), adoptado mediante el Decreto 351 de 2025, constituye una política pública orientada a garantizar el derecho fundamental a la salud de las poblaciones rurales, en consonancia con el Acuerdo Final de Paz. El PNSR establece un modelo especial de salud pública para la ruralidad, basado en la Atención Primaria en Salud, que contempla la construcción y mejoramiento de infraestructura, fortalecimiento del talento humano, participación comunitaria y adopción de enfoques diferenciales y de género.

El PNSR se articula con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 y establece líneas estratégicas específicas para la gobernanza, financiamiento, seguimiento y evaluación, e inspección, vigilancia y control en salud rural. Su implementación se desarrollará en fases, iniciando con la socialización y adaptación territorial, seguida de la inclusión en la planeación anual y culminando con el seguimiento y evaluación permanentes.

En suma, la reforma no representa una amenaza para las zonas rurales, sino una oportunidad de superar el abandono estructural que han padecido bajo el modelo de aseguramiento financiero atomizado. La inclusión de mecanismos normativos específicos para el cierre de brechas, el enfoque territorial de la atención primaria, el fortalecimiento de redes públicas en zonas periféricas y la incorporación de incentivos diferenciales al talento humano, constituyen un avance frente a la situación actual. Afirmar que la reforma dejará desprotegidas estas regiones es desconocer las disposiciones del proyecto y perpetuar el statu quo que históricamente ha marginado a las poblaciones rurales del derecho efectivo a la salud.

MITO 9: "SE CENTRALIZA TODO EL PODER EN EL MINISTERIO DE SALUD"

REALIDAD: El diseño institucional planteado por el proyecto, refuerza la rectoría técnica del nivel central, sin suprimir ni limitar el papel estratégico de los departamentos y municipios en la ejecución y gestión del sistema.

El proyecto redefine la distribución de competencias en el sistema, ajustándola a principios de coordinación, corresponsabilidad y rectoría técnica. En efecto, el Ministerio de Salud asume funciones estratégicas de dirección del sistema, como la definición de estándares técnicos, regulación del modelo de atención, habilitación de las Gestoras de Salud y Vida, y diseño del sistema de información, pero no centraliza la operación de los servicios ni la gestión financiera descentralizada. Por el contrario, los artículos 5 y 40 prevén la asignación de responsabilidades específicas a las entidades territoriales en la organización de las redes de servicios, la gestión de la atención primaria, la administración de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), la vigilancia epidemiológica y la coordinación local de las políticas de salud pública.

Asimismo, el proyecto crea mecanismos de gobernanza territorial como los Consejos Territoriales de Salud, con representación de autoridades locales, comunidades, usuarios y organizaciones del talento humano, cuyas decisiones se articularán con el Consejo Nacional de Salud. Estos espacios fortalecen la planificación participativa, la corresponsabilidad institucional y la interlocución entre niveles, en concordancia con el principio constitucional de descentralización funcional.

En cuanto a la gestión financiera, la ADRES, que asume el rol de pagador único, no se convierte en un ente centralizador, sino en un mecanismo técnico de eficiencia presupuestal, orientado a garantizar el giro directo, la trazabilidad del gasto y la disminución de intermediación financiera. La función de la ADRES es regulada por criterios técnicos y de equidad territorial, y sus decisiones deben sujetarse a las prioridades definidas en los planes territoriales de salud.

El temor a una recentralización responde, en gran medida, a una interpretación que confunde rectoría técnica con concentración operativa. En cualquier sistema de salud con aspiración universal, el Estado debe cumplir funciones de regulación, planeación y control técnico, lo cual no implica negar la gestión territorial, sino asegurar que esta se ajuste a principios de equidad, coherencia institucional y garantía efectiva del derecho. En el caso colombiano, la experiencia comparada y los diagnósticos del sistema evidencian que una de las principales debilidades ha sido la falta de coordinación entre niveles y la dispersión de funciones, lo que ha dificultado la respuesta estatal frente a emergencias sanitarias, problemas estructurales de cobertura y seguimiento del gasto público.

En suma, el proyecto no recentraliza el poder en el Ministerio, sino que reconfigura su papel para asegurar el cumplimiento del derecho a la salud, al tiempo que mantiene y refuerza la descentralización operativa y la participación de los entes territoriales. Afirmar lo contrario implica descontextualizar el alcance normativo de la reforma y desconocer la necesidad de una conducción técnica más fuerte, sin la cual las brechas estructurales que afectan a los territorios más excluidos seguirán profundizándose.

MITO 10: "LA RECENTRALIZACIÓN AFECTARÁ LA AUTONOMÍA TERRITORIAL"

REALIDAD: La reforma no limita la facultad de los entes territoriales para gobernar sus sistemas locales de salud, sino que busca articular sus competencias con una rectoría técnica nacional más coherente, con el fin de reducir las desigualdades regionales, mejorar la eficiencia en la gestión pública y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en todo el territorio.

Una variante frecuente del discurso crítico al Proyecto sostiene que, al reforzar la rectoría técnica del Ministerio de Salud y centralizar algunas funciones estratégicas en la ADRES, se estaría vulnerando el principio constitucional de autonomía de las entidades territoriales, consagrado en el artículo 287 de la Constitución. Esta afirmación omite el análisis integral del texto normativo y desconoce los elementos técnicos que hacen parte de los estándares de coordinación intergubernamental en sistemas públicos de salud con enfoque universal.

El proyecto de ley no suprime la autonomía territorial, ni sustituye las competencias propias de los departamentos y municipios en la gestión del sistema de salud. Lo que se redefine es la articulación funcional entre los niveles de gobierno, en virtud de los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, consagrados en el artículo 288 de la Constitución y desarrollados por la jurisprudencia constitucional. De hecho, el proyecto fortalece la función de los entes territoriales en la implementación de las políticas de salud, en la administración de los CAPS, en la conformación de redes integradas y en la gestión de los equipos territoriales de atención primaria, reconociendo su capacidad de gobierno local.

En la estructura actual, los gobiernos territoriales han enfrentado serias dificultades para ejercer sus competencias por cuenta de la intermediación de las EPS, que han concentrado funciones de contratación, auditoría, gestión de la información y coordinación de redes, sin sujeción efectiva a planes territoriales de salud ni control suficiente por parte de las autoridades locales. La reforma busca precisamente corregir esta asimetría, al establecer una rectoría técnica central más fuerte, pero al servicio de una descentralización funcional real, donde los municipios y departamentos puedan ejercer de forma efectiva su rol en la planeación, operación y vigilancia del sistema.

Además, la figura de los Consejos Territoriales de Salud, del proyecto, incorpora explícitamente a las autoridades locales como actores clave de la gobernanza del sistema. Estos consejos tendrán capacidad de concertación, seguimiento y evaluación de las políticas locales de salud, así como funciones de articulación con el Consejo Nacional de Salud. De igual manera, la organización de las redes territoriales integradas parte de diagnósticos y necesidades locales, no de imposiciones verticales, y debe ser construida en el marco de los planes territoriales de salud pública.

En lo que respecta a la función de la ADRES, el proyecto no le atribuye competencias de planeación local, ni de decisión sobre el uso de recursos de inversión territorial. Su función como pagador único busca corregir la fragmentación financiera y garantizar la transparencia del flujo de recursos, sin afectar la asignación presupuestal orientada a la equidad territorial ni las facultades de los gobiernos locales sobre sus presupuestos de salud.

Por tanto, el argumento sobre la supuesta afectación a la autonomía territorial carece de sustento jurídico y técnico. Lejos de recentralizar, la propuesta contribuye a superar el modelo ficticio de descentralización sin poder real que ha caracterizado a buena parte del sistema de salud desde la década de los noventa.

MITO 11: "LA REFORMA NO ABORDA LA CRISIS FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD"

REALIDAD: La reforma busca estabilizar un sistema que hoy se encuentra en una situación crítica de liquidez, desconfianza institucional y riesgo reputacional.

Se ha afirmado que el proyecto no resuelve los problemas financieros estructurales del sistema y que omite una propuesta sólida de sostenibilidad fiscal. Esta afirmación no solo es incorrecta desde el punto de vista técnico, sino que desconoce que uno de los principales objetivos de la reforma es precisamente reorganizar el sistema de financiación, corregir las distorsiones actuales y establecer un esquema de flujos más transparente, controlado y equitativo.

La crisis financiera del sistema de salud colombiano es ampliamente reconocida y no es producto del proyecto de reforma. El propio Ministerio de Hacienda, la Contraloría General de la República y múltiples estudios sectoriales han evidenciado que el modelo basado en aseguramiento delegado ha generado una cadena de iliquidez, opacidad en el uso de recursos y déficit acumulados que afectan tanto a prestadores como a usuarios. Entre las causas identificadas se encuentran el pago tardío o incompleto de servicios por parte de las EPS, la concentración del mercado en pocos actores, el uso ineficiente del recurso público y la limitada capacidad de auditoría de los flujos financieros.

El proyecto responde a estos problemas desde varios frentes. En primer lugar, introduce un rediseño completo del flujo financiero del sistema mediante la consolidación de un Fondo Único Público de Salud administrado por la ADRES. Esta entidad, que asume funciones de pagador único, se encargará del giro directo a prestadores, con criterios de trazabilidad, auditoría concurrente y monitoreo en tiempo real, superando el modelo de intermediación financiera que ha generado sobrecostos y vacíos de responsabilidad. El Título II detalla las fuentes, usos y mecanismos de control del nuevo modelo de financiación.

En segundo lugar, la reforma mantiene la Unidad de Pago por Capitación (UPC) como base de asignación per cápita, pero propone ajustes a su cálculo y desagregación por subcuentas, lo que permite una mejor trazabilidad y control del gasto. La metodología será definida con base en estudios actuariales y análisis epidemiológicos, garantizando que el valor de la UPC refleje la realidad del riesgo en salud y no se utilice como mecanismo arbitrario de control presupuestal.

El proyecto también contempla nuevas fuentes de financiación complementaria, como la destinación específica de los impuestos saludables; asi como una sería de medidas coyunturales para mejorar la liquidez del sistema (uso de saldos del FOSFEC, de aportes patronales y de cuentas maestras) éstos últimos para que el nuevo sistema inicie con la mejor cantidad de deudas. Adicionalmente, se ha habilitado la creación de créditos tanto para las IPS, como par que las EPS se transformen en Gestoras.

Finalmente, la reforma no ignora el marco macroeconómico del país. El proyecto fue radicado y debatido con concepto favorable del Ministerio de Hacienda, en cumplimiento del artículo 7 de la Ley 819 de 2003, e incluye una proyección de impacto fiscal basada en escenarios de transición. El rediseño financiero propuesto representa una respuesta integral a los problemas estructurales del sistema actual y sienta las bases para una financiación más transparente, eficiente y orientada al interés general. La sostenibilidad no se garantiza manteniendo un modelo fallido, sino corrigiéndolo con instrumentos de política pública basados en evidencia y con control efectivo del uso de los recursos públicos.

MITO 12: "LA REFORMA ES UNA IMPOSICIÓN SIN PARTICIPACIÓN CIUDADANA"

REALIDAD: El proyecto de Ley ha seguido un amplio proceso democrático tanto con la ciudadanía como con los actores interesados, y de la misma manera, busca democratizar el sistema de salud.

Este argumento, desconoce tanto el proceso político y social que ha acompañado la elaboración del proyecto como las disposiciones expresas en el articulado orientadas a institucionalizar la participación de los usuarios, las organizaciones comunitarias, los profesionales de la salud y los entes territoriales en el funcionamiento futuro del sistema.

Desde la fase prelegislativa, el Ministerio de Salud y Protección Social ha liderado lideró más de 30 mesas técnicas regionales y temáticas con participación de representantes de EPS, hospitales, asociaciones médicas, sindicatos del sector, organizaciones sociales y academia. Asimismo, se recibieron múltiples propuestas de reforma elaboradas por actores diversos del sistema, incluyendo la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y los grupos impulsores de la salud como derecho. En el marco del debate parlamentario, se realizaron audiencias públicas, foros regionales, sesiones de diálogo con actores comunitarios y ejercicios de consulta con comunidades étnicas en cumplimiento del Convenio 169 de la OIT.

En cuanto al contenido del articulado, la reforma consagra la participación social como uno de sus principios rectores. A diferencia del modelo actual, que limita la participación a instancias formales sin capacidad deliberativa, la reforma crea nuevas figuras como los Consejos Territoriales de Salud y el Consejo Nacional de Salud, los cuales tendrán funciones de seguimiento, recomendación e interlocución directa con las autoridades sanitarias en todos los niveles del sistema.

La acusación de que la reforma ha sido impuesta sin participación no resiste una verificación seria del proceso político, técnico y legislativo que ha acompañado el proyecto. Afirmar lo contrario equivale a deslegitimar el ejercicio democrático de quienes han participado activamente en su construcción, tanto dentro como fuera del Congreso, y a ignorar que el proyecto ha sido objeto de deliberación pública amplia, incluso en escenarios de confrontación política intensa.

Más aún, la reforma introduce un diseño institucional en el que la participación ciudadana deja de ser un elemento accesorio o cosmético y se convierte en una función estructural del sistema, tanto en su operación como en su gobernanza. En lugar de ser una imposición, el proyecto busca precisamente democratizar el sistema de salud, redistribuir el poder entre actores y superar el modelo tecnocrático y cerrado que ha caracterizado históricamente a la formulación de políticas en este sector.

MITO 13: "LA REFORMA FRAGMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD"

REALIDAD: La propuesta normativa busca construir un sistema verdaderamente integrado, en el que la atención fluya de manera coherente desde el primer nivel hasta la alta complejidad, con responsabilidad institucional compartida, sin rupturas clínicas ni barreras administrativas.

Se ha sostenido que el Proyecto introduciría una fragmentación aún mayor en la prestación de los servicios de salud, debido a la reorganización de funciones y la redefinición del rol de las EPS. Este argumento parte de una lectura descontextualizada del articulado y omite que uno de los propósitos fundamentales de la reforma es precisamente integrar los servicios, superar la fragmentación operativa y fortalecer la articulación funcional entre niveles de atención, prestadores y territorios.

La fragmentación ha sido una de las principales debilidades del sistema de salud colombiano en las últimas décadas. Las EPS han operado bajo esquemas verticalizados, muchas veces sin redes propias suficientes y con baja integración clínica entre niveles de complejidad. Esto ha generado duplicación de servicios, demoras en remisiones, ruptura en la continuidad asistencial, ineficiencias administrativas y una experiencia fragmentada para el paciente. Estas deficiencias han sido documentadas en múltiples informes de la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y organismos multilaterales, y constituyen una de las razones estructurales del deterioro en la calidad de la atención.

La reforma, lejos de reproducir esa lógica, establece la creación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), articuladas territorialmente, que deberán organizarse con base en los análisis funciones de Redes, en torno a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) como puertas de entrada al sistema. Estas redes deberán contar con rutas de atención claramente definidas, mecanismos de remisión y contrarremisión funcional, sistemas de información interoperables y coordinación clínica entre niveles de complejidad y todos los demás mecanismos de coordinación asistencial. Su diseño deberá obedecer a criterios de necesidad epidemiológica, disponibilidad territorial, capacidad instalada y calidad en la atención, no a conveniencias contractuales o intereses de mercado.

Adicionalmente, la creación de las Gestoras de Salud y Vida no implica una dispersión operativa, sino una reconfiguración de las funciones de articulación, acompañamiento al usuario y gestión del riesgo, con una lógica de coordinación pública bajo estándares comunes. Las Gestoras no contratarán directamente los servicios, como lo hacen hoy las EPS, sino que se encargarán de asegurar el tránsito adecuado del usuario dentro de la red y de garantizar la continuidad del cuidado, en articulación con los prestadores públicos y privados que conformen las RIISS. Esta nueva función es regulada por el Ministerio de Salud y supervisada por la Superintendencia Nacional de Salud, con participación activa de los entes territoriales.

El Capítulo II del Título IV, del proyecto establece de forma expresa la obligatoriedad de conformar redes integradas, y dispone que su operación deberá evitar toda segmentación funcional o duplicidad de esfuerzos. Además, el proyecto introduce medidas de interoperabilidad tecnológica, integración de la historia clínica electrónica, y sistemas de auditoría basados en trazabilidad clínica, todo lo cual fortalece la integración de los servicios desde una perspectiva sistémica.

Por tanto, afirmar que el proyecto fragmenta la atención es no sólo inexacto, sino contradictorio con el contenido explícito del articulado. En contraste con el modelo actual, basado en la competencia entre aseguradores, el nuevo diseño se fundamenta en la cooperación estructural entre actores, la regulación técnica y la garantía pública del derecho a la salud.

MITO 14: "LA REFORMA NO GARANTIZA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS O DE ALTO COSTO"

REALIDAD: Una crítica relevante que ha circulado en distintos espacios señala que, al modificar las reglas del aseguramiento y la intermediación financiera, la reforma pone en riesgo la continuidad de la atención a pacientes con enfermedades huérfanas, crónicas, catastróficas o de alto costo, quienes tradicionalmente han requerido rutas especiales de atención, medicamentos de alto precio y servicios de alta complejidad. Este planteamiento, aunque toca un punto sensible, parte de una interpretación incompleta del articulado y pasa por alto las disposiciones específicas que la reforma introduce para proteger justamente a estas poblaciones.

La atención a personas con condiciones de salud de alta complejidad ha sido históricamente uno de los puntos más débiles del modelo de aseguramiento financiero con delegación en EPS. Las fallas más comunes incluyen negación de servicios, demoras en autorizaciones, interrupciones por problemas contractuales entre prestadores y aseguradores, y barreras de acceso por criterios administrativos más que clínicos. Estas problemáticas han sido recurrentemente objeto de acciones de tutela, incidentes de desacato y medidas de vigilancia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

La reforma reconoce esta situación y adopta un enfoque explícitamente garantista en materia de continuidad de tratamientos y progresividad en la atención de condiciones especiales. El artículo 45 establece que toda persona que se encuentre en curso de tratamiento, recibiendo medicamentos o con diagnósticos confirmados de enfermedades huérfanas o de alto costo, deberá conservar el acceso sin interrupciones durante el proceso de transición al nuevo modelo. Esta continuidad es obligatoria para todas las instituciones del sistema, incluyendo las Gestoras de Salud y Vida, las redes integradas de servicios y los entes territoriales.

El principio de universalidad y no discriminación está presente en todo el articulado, y la estructura del sistema propuesta parte de un modelo de atención primaria en salud que se integra con redes de mediana y alta complejidad, eliminando la lógica fragmentaria y financiera que hoy interrumpe el tratamiento de los pacientes más vulnerables. La interoperabilidad de los sistemas de información, la historia clínica única y la coordinación institucional entre niveles también actúan como mecanismos de garantía para que la atención a estas personas sea continua, previsible y controlable.

En suma, el proyecto no solo no excluye a los pacientes con condiciones especiales, sino que prevé herramientas normativas e institucionales para priorizar su atención, proteger sus

tratamientos y estabilizar el acceso. Presentar la reforma como una amenaza para estas poblaciones resulta infundado y contrario al propósito estructural del proyecto, que es precisamente corregir los fallos del sistema actual y garantizar que el derecho a la salud se ejerza en condiciones de igualdad material y con soporte institucional suficiente.

9. IMPACTO FISCAL

Según el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en oficio 2-2025-030271 del 13 de mayo de 2025, el impacto fiscal del proyecto de ley es el siguiente:

9.1 PROYECCIONES DE FUENTES DEL SISTEMA

Las fuentes del sistema de salud se agrupan en cuatro rubros:

a. Cotizaciones: Consiste en los aportes al Sistema General de Seguridad Social, para su cálculo se tomó el montó de ingresos por contribuciones de la ejecución presupuestal de la ADRES
b. Aporte Nación. El valor de este rubro corresponde el monto definido en el Marco Fiscal de Mediano Plazo de 2024, expresado en pesos del 2025.
c. Sistema General de Participaciones – SGP Salud: Es el componente de SGP destinado a financiar la prestación de servicios de salud en las entidades territoriales. Tanto este rubro como el de Aporte Nación estarán sujetos a las modificaciones derivadas de la implementación del Acto Legislativo 03 de 2024.
d. Otras fuentes: Agrupa los ingresos corrientes procedentes de rentas cedidas de las entidades territoriales, aportes de las Cajas de Compensación, Coljuegos, Prima FONSAT y Contribución solidaria, impuesto social a las armas y municiones, UPEC, multas y sanciones y aportes dirigidos al Sistema Nacional de Residencias Médicas; y los ingresos de capital provenientes de rendimientos financieros, recuperación de cartera y reintegros.
e. Nuevas fuentes: De acuerdo con el texto aprobado por la plenaria de Cámara de Representantes se contemplan dos nuevas fuentes de financiación: i) el recaudo del 100% de los impuestos saludables y, ii) el 0,5% del IVA social. De acuerdo con, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público estas fuentes no se tratan de ingresos adicionales al sistema puesto que el IVA Social, tiene como destinación específica el sistema de salud y se encuentra contabilizado en el Aporte Nación. En cuanto al recaudo de los impuestos saludables, igualmente, se encuentran incorporado en el Presupuesto General de la Nación, sin embargo, al tratarse de la introducción con destinación específica se contabiliza y proyecto de forma independiente.

Tabla 39. Proyección de ingresos del sistema de salud

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Impo. Saludables		3.093	3.220	3.352	3.490	3.636	3.790	3.952	4.123	4.302
Aporte Nación*	38.173	41.400	44.210	48.922	53.574	58.726	64.247	70.277	76.796	83.874
Cotizaciones	36.053	37.121	38.219	39.355	40.531	41.767	43.062	44.410	45.813	47.266
SGP salud (100%)	19.061	20.116	22.437	23.227	24.472	25.601	26.796	27.952	29.126	30.286
Otras fuentes	7.953	8.226	8.509	8.802	9.108	9.429	9.764	10.113	10.478	10.857
TOTAL INGRESOS	**101.241**	**109.956**	**116.596**	**123.658**	**131.175**	**139.159**	**147.659**	**156.705**	**166.337**	**176.585**

Cifras en pesos constantes de 2025
Cifras en miles de millones
*El Aporte Nación incluye el IVA Social

9.2 PROYECCIÓN DE GASTOS DEL SISTEMA

La proyección de gastos del sistema se realiza con base en la información aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social y se consideran los cambios en el articulado del proyecto de ley así como los tiempos de implementación. Las proyecciones se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 40. Proyección de usos del sistema

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	19.157	21.783	23.462	25.339	27.366	29.555	31.920	34.473	37.231	40.210
Mediana y alta complejidad	74.283	76.570	78.910	82.066	85.349	88.763	92.314	96.007	99.847	103.841
Fortalecimiento de la red pública	516	1.032	1.032	2.064	3.612	4.128	4.334	4.551	4.779	5.018
Prestaciones económicas	2.914	3.031	3.154	3.281	3.413	3.552	3.694	3.844	3.999	4.159
Otros	516	533	550	568	607	606	624	645	666	686
Becas		124	124	155	206	206	206	206	206	206
Prestación de maternidad		773	1.102	1.172	1.240	1.310	1.308	1.306	1.304	1.302
Fortalecimientos institucionales		103	103	103	103	103	103	103	103	103
Fondo de desastres		52	52	52	52	52	52	52	52	52
SGP - E.T. SGP (10%)	1.906	2.012	2.244	2.323	2.447	2.560	2.680	2.795	2.913	3.029
Gastos directos	**99.292**	**106.013**	**110.733**	**117.123**	**124.395**	**130.835**	**137.235**	**143.982**	**151.100**	**158.606**
SOAT - Rangos diferenciales	224	246	271	298	328	361	397	436	480	528
Migrantes irregulares	316	316	316	316	316	316	316	316	316	316
Saneamiento ESE-ISE	650	950	600	500	215	200	200	200	200	185
Gastos indirectos	**1.190**	**1.512**	**1.187**	**1.114**	**859**	**877**	**913**	**952**	**996**	**1.029**
Incentivos de calidad	0	1.531	1.973	2.439	2.513	2.588	2.666	2.746	2.828	2.913
Unidades Zonales de Planeación	467	669	1.024	1.056	1.099	1.142	1.190	1.242	1.299	1.349
Gastos de gestión	**467**	**2.200**	**2.997**	**3.495**	**3.612**	**3.730**	**3.856**	**3.988**	**4.127**	**4.262**
TOTAL GASTOS	**100.949**	**109.725**	**114.917**	**121.732**	**128.866**	**135.442**	**142.004**	**148.922**	**156.223**	**163.897**

Cifras en pesos constantes de 2025
Cifras en miles de millones

9.3 BALANCE

Así las cosas, con la incorporación de nuevas fuentes de financiación y el ajuste en las sendas de gastos, se observa un balance positivo durante los próximos 9 años.

TOTAL INGRESOS	101.241	109.956	116.596	123.658	131.175	139.159	147.659	156.705	166.337	176.585
TOTAL GASTOS	100.949	109.725	114.917	121.732	128.866	135.442	142.004	148.922	156.223	163.897
BALANCE	**292**	**231**	**1.679**	**1.926**	**2.310**	**3.717**	**5.655**	**7.783**	**10.114**	**12.689**

9.4 CONCLUSIÓN DEL CONCEPTO FISCAL

De acuerdo con el concepto fiscal *"El proyecto de ley del asunto **puede incorporarse de forma compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo**, manteniendo la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las finanzas públicas. Es así que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público emite un **concepto favorable** al proyecto de le Ley de la referencia..."*

10. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	**Texto propuesto para tercer debate**	**Justificación**
TITULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	**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 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 sin cambios
Artículo 2°. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta Ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.	**Artículo 2°. Aseguramiento social en salud.** El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, esta Ley desarrolla los medios, fuentes de financiamiento y la mancomunación de los recursos financieros del Sistema de Salud, con criterios de equidad; así mismo, desarrolla un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema y la gestión de riesgos financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.	
Artículo 3°. Atención Primaria en Salud (APS). La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La Atención Primaria en Salud (APS) está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su	**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)** ~~los servicios de salud~~, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana, ~~y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)~~. La Atención Primaria en Salud (APS) está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemático, permanente, predictivo y resolutivo e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su	Se organizan los componentes integrados e interdependientes que componen la Atención Primaria en Salud,

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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	**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,	Artículo sin cambios

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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	**TITULO II GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA**	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	**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	Se elimina parágrafo 4 al tratarse de asunto definido en la Ley Estatutaria. Se ajusta la denominación del Ministerio de Salud y Protección Social en el parágrafo 5.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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 a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el	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 a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción e implementación de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el sector salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), que servirá para impulsar el~~	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país. **Parágrafo 5.** El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.	~~desarrollo técnico, tecnológico y científico en salud del país.~~ **Parágrafo ~~5~~ 4.** El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud **y Protección Social** ~~o quien haga sus veces~~, consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos del ejercicio de gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.	
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.	**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.	Se ajusta la denominación del Consejo Nacional de Salud en el numeral 9 de las funciones. Se reubica función relacionada con la adopción de su propio reglamento.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley. 7. Adoptar su propio reglamento. 8. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención, mitigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud. 9. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social. 10. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los	cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente Ley. ~~7. Adoptar su propio reglamento~~. **7.** ~~8~~. Elaborar estrategias, planes y proyectos para la prevención, mitigación y gestión de los riesgos relacionados con los estados de emergencia, como los sanitarios y/o financieros que puedan afectar e impedir el funcionamiento eficaz y continuo del sistema de salud. **8.** ~~9~~. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del **Consejo Nacional de Salud** por el Ministerio de Salud y Protección Social. **9.** ~~10~~. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
resultados en salud de los diferentes territorios. 11. Impulsar la definición de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a elevar la calidad de vida de la población, encaminadas a favorecer que, en todas las políticas, se tengan en cuenta criterios y conceptos de salud para buscar sinergias económicas y programáticas, y para que consideren las implicaciones nocivas para la salud de las decisiones que se tomen en otros sectores. **Parágrafo 1**. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. **Parágrafo 2.** El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo. **Parágrafo 3.** La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el	resultados en salud de los diferentes territorios. **10.** ~~11~~. Impulsar la definición de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a elevar la calidad de vida de la población, encaminadas a favorecer que, en todas las políticas, se tengan en cuenta criterios y conceptos de salud para buscar sinergias económicas y programáticas, y para que consideren las implicaciones nocivas para la salud de las decisiones que se tomen en otros sectores. **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,	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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°. 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	**Artículo ~~7~~ 8°. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).** Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema 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	Se incorpora el parágrafo 2, donde se hace explícito el acceso a la información del SPUIIS por parte de los investigadores, puesto que ello apunta a la generación del conocimiento y la mejora del sistema. Ajuste de numeración, quedando con el número 8

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional. El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020, o la que la modifique o sustituya. **Parágrafo**. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), deberá cumplir con estándares internacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, garantizando la protección de datos personales, el acceso equitativo y la transparencia en la gestión del sistema.	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**.	
TÍTULO III FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD	**TÍTULO III FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD**	
Artículo 8°. Obligatoriedad de las cotizaciones. Son aportantes al Sistema de Salud las personas	**Artículo ~~8~~ 15°. Obligatoriedad de las cotizaciones**. Son aportantes al Sistema de Salud	Se ajusta numeración, quedando como artículo 15

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Artículo 9°. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones: 1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud. 2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de Salud, de conformidad con lo previsto en la presente Ley. 3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET). 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	**Artículo ~~9~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 16. Se elimina la palabra "aleatorias" de la función del numeral 10, puesto que la ADRES puede realizar auditorias de varios tipos, no solamente aleatorias. Se mejora la redacción del numeral 14. Se incorpora la obligatoriedad de la publicación de los informes de la gestión de la entidad en los canales propios institucionales, y se mantiene que se integre al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. En el numeral 17 se ajusta el sujeto de cobro en caso de la atención de extranjeros no residentes. En el numeral 19 se aclara que para la realización de auditorías la ADRES podrá realizarse como parte de sus funciones misiones o también podrá contratar en caso de requerirlo. En el parágrafo 4 se ajusta la referencial numeral 20 y 21, que aborda el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías aleatorias que correspondan. 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 mecanismos de autorización del pago de	verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías ~~aleatorias~~ que correspondan. 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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
servicios. 15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud, a través del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS. 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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales. 18. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema. 19. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida. 20. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos, los cuales se establecerán de manera participativa y democrática. 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	General de Riesgos Laborales y a los ~~extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales~~ **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 ~~convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de~~ auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida, **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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
trata el numeral 20 del artículo 9, el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas, un (1) representante de los hospitales públicos y un (1) representante de las clínicas privadas.	trata ~~el~~ **los** numerales 20 **y 21** del **presente** artículo ~~9,~~ el Ministerio de Salud, deberá conformar un Comité Técnico en el que participe la (ADRES), un (1) representante de las Comunidades Científicas, un (1) representante de los hospitales públicos y un (1) representante de las clínicas privadas.	
Artículo 10°. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes: 1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones. 2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 3. Los recursos del Sistema	**Artículo ~~10~~ 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	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 17. En el numeral 19 se ajusta la mención al IVA social.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social. 20. El Gobierno Nacional ampliará los cupos de gasto con cargo a recursos de ingresos corrientes y recursos de capital del Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva equivalente a un punto porcentual (1%) del Producto Interno Bruto entre los años 2026 y 2032. **Parágrafo**. Los recursos	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. ~~Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social~~. **Los recursos del 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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
correspondientes a los numerales 18 y 19 de que trata el presente artículo se incorporarán como cupos adicionales del sector salud en el marco de gasto de mediano plazo para 2026 en adelante, sin que representen una sustitución de otras fuentes a las que financian el presupuesto del sector en la vigencia fiscal de 2025, ni disminuyan el esfuerzo de la Nación en su financiamiento.	**Parágrafo**. 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 11°. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así: **Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables.** El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por 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	**Artículo ~~11~~ 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 (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 18.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 12°. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente: 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.	**Artículo ~~12~~ 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.	Se ajusta numeración, quedando como artículo 19.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 13°. Fondo Único Público de Salud. Créese el Fondo Único Público de Salud	**Artículo ~~13~~ 20°. Fondo Único Público de Salud.** Créese el Fondo Único Público de Salud	Se ajusta numeración, quedando como artículo 20.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo 10 de la presente Ley, es decir, los asignados a la Administradora de los Recursos del 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.	cuya fuente serán los recursos a los que hace referencia el artículo ~~10~~ **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	Se ajusta la mención al artículo de menciona las fuentes del sistema de salud, puesto que es el 17.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	promulgación de la presente ley, se implementará un sistema de auditoría en tiempo real basado en tecnologías digitales, incluyendo blockchain, que permita rastrear el uso de los recursos asignados al Fondo Único Público de Salud y garantizar su destinación exclusiva al fortalecimiento del sistema de salud, promoviendo la transparencia y la eficiencia en su administración.	
Artículo 14°. Traslado presupuestal entre las cuentas del Fondo Único 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,	**Artículo ~~14~~ 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,	Se ajusta numeración, quedando como artículo 21

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.	previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.	
Artículo 15°. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra los recursos que se asignen en la definición de la Unidad de Pago por Capacitación con destino a la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variable geográfica, dispersión poblacional patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas, alcances, y disponibilidad de la oferta, y tendrá las siguientes fuentes: 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios. 2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la	**Artículo ~~15~~ 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 Capacitación con destino a la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variable geográfica, dispersión poblacional patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas, alcances, y disponibilidad de la oferta, y tendrá las siguientes fuentes: 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios. 2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 3. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los	Se ajusta numeración, quedando como artículo 22.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	Recursos del Sistema de Salud (ADRES). 4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados. 5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud. Estos recursos se destinarán a financiar: 1. Los servicios y tecnologías prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), públicos, privados y mixtos, así como los medicamentos de uso ambulatorio prescritos en estas unidades. 2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial, 3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos. 4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.	
Artículo 16°. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta	**Artículo ~~16~~ 23°. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.** La Cuenta	Se ajusta numeración, quedando como artículo 23.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud con cargo a esta cuenta. Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: 1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, 2. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos. Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad.	
Artículo 17°. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el Sistema de Salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse para los siguientes usos obligatorios: 1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e	**Artículo ~~17~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 24.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias y el pago de servicios de mediana y alta complejidad.	
Artículo 18°. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral y oportuno, de todo los residentes del país a excepción de los usuarios de los regímenes especiales y exceptuados. 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	**Artículo ~~18~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 25. Se ajusta la mención al artículo que refiere a la creación del Fondo de Catástrofes.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías y otras variables que sean pertinentes, **Parágrafo 1.** En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo 9 de la presente Ley. El Gobierno nacional dispondrá los recursos 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	criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías y otras variables que sean pertinentes, **Parágrafo 1.** En todo caso la UPC será utilizada para el aseguramiento social en salud y el pago de prestación de servicios y tecnologías de salud. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, la atención en salud será financiada con el fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras, establecido en el numeral 27 del artículo ~~9~~ **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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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 19°. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 32 de la presente Ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector	**Artículo ~~19~~ 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 ~~32~~ **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	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 26. Se especifica que se trata de días calendario para el trámite de las cuentas.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley. Una vez prestado el servicio de salud, dentro de los 8 días siguientes, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán concomitantemente las cuentas debidamente respaldadas por los soportes que acreditan la prestación de servicios, los cuales serán de carácter obligatorio a efectos del reconocimiento y pago de las obligaciones a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y a la Gestora de Salud y Vida correspondiente. A partir de la radicación de la cuenta de cobro la ADRES dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su	público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud. Una vez registrado y certificado en las RIITS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y 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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Artículo 20°. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios 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	**Artículo ~~20~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 27

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 21°. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición de discapacidad y/o socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante un estudio técnico y teniendo en consideración las recomendaciones adoptadas por el Consejo Nacional de Salud. El transporte,	**Artículo ~~21~~ 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,	Se ajusta numeración, quedando artículo 28. Se ajusta redacción.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
refiere este parágrafo también deberá pertenecer a los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces.	refiere este parágrafo también deberá**n** pertenecer a los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces.	
Artículo 22°. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad o por incapacidad derivada de una enfermedad de origen común. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley. Las mujeres y personas gestantes no cotizantes, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.	**Artículo ~~22~~ 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.	Se ajusta numeración, quedando artículo 29.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 23°. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean públicas, privadas o mixtas, accedan a créditos blandos con	**Artículo ~~23~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 30.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 24°. Modificación de la destinación de parte de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC). Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar 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	**Artículo ~~24~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 31.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 25°. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así: **Artículo 2°. Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras.** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y 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	**Artículo ~~25~~ 32°.** Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así: **Artículo 2°. Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras.** 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 32

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 26°. 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	**Artículo ~~26~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 33. Se eliminan las comillas al final del artículo

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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."	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 27°. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así: **Artículo 21. Usos de los recursos excedentes del sector salud.** Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos: 1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas	**Artículo ~~27~~ 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	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 34. Se ajusta la numeración de los incisos. Se elimina las comillas del final del artículo.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral. Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado".	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, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado~~"~~.	
TÍTULO IV ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	**TÍTULO IV ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**	
CAPÍTULO I GESTORAS DE SALUD Y VIDA	**CAPÍTULO I GESTORAS DE SALUD Y VIDA**	
Artículo 28°. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro,	**Artículo ~~28~~ 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,	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 35

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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 secretarias departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de	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 secretarias departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud;	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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 resolutividad en el primer nivel.	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	nivel de resolutividad en el primer nivel. **Parágrafo 1.** Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida. **Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de la manera más expedita y con la posibilidad de utilizar medios digitales y tecnológicos, con el fin de mostrar su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.	
Artículo 29°. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los tres (3) meses siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales	**Artículo ~~29~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 36. Se ajusta la mención al artículo que refieren las responsabilidades durante la transición.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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 30 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria	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 ~~30~~ **37** de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 30°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años, siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente Ley. Las EPS podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley. La manifestación de transformación deberá acompañarse de un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del	**Artículo ~~30~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 37. Se ajusta mención al artículo que refiere a las condiciones de transformación de las Entidades Promotoras de Salud.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
artículo 29 de la presente Ley. Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros: 1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden 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	Salud, en los términos del artículo ~~29~~ **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,	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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,	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 31°. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá y pagará a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera mensual, de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto. En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla las funciones establecidas en la presente Ley acorde a la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de calidad, oportunidad e integralidad, esta recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de 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	**Artículo ~~31~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 38. Se ajusta la mención al artículo que refiere sobre las características y condiciones de los incentivos por calidad.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones. Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo ~~34~~ la presente Ley.	Social, también deberá contemplar la definición de indicadores de evaluación del cumplimiento de funciones. Además, podrán participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo ~~34~~ **41** la presente Ley.	
CAPÍTULO II REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS	**CAPÍTULO II REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS**	
Artículo 32°. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, accesibilidad, inclusividad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y 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	**Artículo ~~32~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 39. Se elimina la restricción de que solo se haga atención "inicial" de urgencias en caso de requerirla en lugar distinto al de residencia usual.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 3.** Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención inicial de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera. **Parágrafo 4.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS. **Parágrafo 5.** La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ellos, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información	efectivo a los servicios de salud de las RIITS. Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de salud supervisarán el desempeño de las RIITS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 3.** Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas a las RIITS. En todo caso, los residentes tendrán derecho a recibir atención ~~inicial~~ de urgencias en cualquier IPS dentro del territorio nacional, cuando así se requiera. **Parágrafo 4.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para que los profesionales independientes y las instituciones de atención básica en salud que presten servicios para complementar el cuidado, se integren a las RIITS. **Parágrafo 5.** La vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos públicos recibidos por los integrantes de las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ellos, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 33°. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones departamentales y distritales o municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras 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	**Artículo ~~33~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 40.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
gestión en salud.	gestión en salud.	
Artículo 34°. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). La habilitación de las RIITS deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios, teniendo en cuenta los siguientes ámbitos de abordaje: 1. **Modelo de atención**. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, territoriales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto y puerta de	**Artículo ~~34~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 41. Se ajusta mención al SICA, puesto que se trata de Sistema Integrado de Calidad en Salud.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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,	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
organización de las RIITS, y por la Superintendencia Nacional de Salud en su función de Inspección, Vigilancia y Control.	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 35°. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el	**Artículo ~~35~~ 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	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 42.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 36°. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones: **1. Adscripción poblacional** Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en	**Artículo ~~36~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 43.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán mensualmente al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita. En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de	planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la libre elección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán mensualmente al CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita. En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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,	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	**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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 37°. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud.	**Artículo ~~37~~ 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 ajusta la numeración, quedando como artículo 44.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Se entiende por resolver una referencia: programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional. Las Instituciones Prestadoras de Servicios 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	Se entiende por resolver una referencia: programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de las RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional. Las Instituciones Prestadoras de Servicios 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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de	comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. Y garantizará que, pese a esta escasez de oferta en los territorios, la ciudadanía siga teniendo un acceso continuo y de calidad a servicios de salud. **Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado asistencial, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros. **Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la información de referencia y contrarreferencia fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud.	
Artículo 38°. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección	**Artículo ~~38~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 45.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	**Parágrafo 4.** En circunstancias excepcionales como la falta de disponibilidad de los medicamentos o tecnologías requeridas en el territorio, la complejidad de los tratamientos o la inexistencia de infraestructura adecuada en algunas regiones, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar la prestación de los servicios a través de mecanismos alternativos de atención. En estos casos, se deberá garantizar que los costos sean cubiertos de manera integral y equitativa, sin perjuicio de los derechos del paciente a recibir atención oportuna.	
Artículo 39°. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud crearán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como dependencias técnicas desconcentradas, encargadas de garantizar el manejo eficiente de los recursos asignados y brindar asistencia técnica a los municipios en la planeación en salud. Estas Unidades analizarán periódicamente las actividades realizadas y los recursos ejecutados por los municipios o localidades bajo su supervisión, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de Atención Primaria en Salud (APS) y el logro de metas establecidas. Presentarán informes trimestrales de evaluación a los municipios o	**Artículo ~~39~~ 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	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 47.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	
CAPÍTULO III INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO	**CAPÍTULO III INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO**	
Artículo 40°. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del	**Artículo ~~40~~ 49°. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).** El objeto de las Instituciones de Salud del	Se ajusta numeración, quedando como artículo 49.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
(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	(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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE. **Parágrafo 1.** El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan. **Parágrafo 2**. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 3**. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o	fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces, la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las ISE. **Parágrafo 1.** El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan. **Parágrafo 2**. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 3**. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	Acuerdos. **Parágrafo 4.** Las ISE deberán incorporar, en su estructura de gobernanza, espacios formales de participación comunitaria y mecanismos de rendición de cuentas periódicas antes las organizaciones de la sociedad civil, las veedurías ciudadanas y los consejos territoriales de salud, con el fin de asegurar la transparencia, la vigilancia social y la alineación de las ISE con las necesidades y expectativas de la población.	
Artículo 41°. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta: 1. La tipología y nivel de cada ISE. 2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel. 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. 4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la	**Artículo ~~41~~ 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 50. Se mejora la redacción del inciso 7, para dar claridad en el proceso de solicitud de confinanciación.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
deberá realizar un informe anual por parte del Consejo Directivo detallando el rendimiento financiero, los gastos y demás aspectos que sustenten los requerimientos de presupuesto. Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales. Con cargo al Presupuesto General de la Nación, el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo. **Parágrafo 1**. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales. **Parágrafo 2**. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.	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 43°. Instituciones de Salud del Estado Itinerantes.	**Artículo ~~43~~ 52°. Instituciones de Salud del Estado**	Se ajusta numeración, quedando artículo 52.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Instituciones de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes. Las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC). **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, el transporte multimodal (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en departamentos fronterizos,	**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** ~~de última tecnología~~, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud **idóneo.** ~~con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.~~ Las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, **a**demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC). **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos necesarios para garantizar, en coordinación con las Instituciones de Salud del Estado Itinerantes, el transporte multimodal (aéreo, marítimo, fluvial y terrestre) en	Se mejora la redacción dando claridad sobre las características de la dotación tecnológica que deben tener estas Instituciones y el personal que en ella labora.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
insulares y de difícil acceso, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.	departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso, con el fin de asegurar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en estas regiones.	
Artículo 44°. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y/o en articulación con las entidades territoriales ejecutar la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y 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	**Artículo ~~44~~ 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 ~~y/o~~ 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.	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 53. Se mejora la redacción del primer inciso, eliminando una conjunción innecesaria

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
territoriales. 5. Aportes de otras entidades públicas. 6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público. 7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes. 8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías. 9. Donaciones. 10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo. 11. Los demás recursos que reciba a cualquier título. Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo. El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.	5. Aportes de otras entidades públicas. 6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público. 7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes. 8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías. 9. Donaciones. 10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo. 11. Los demás recursos que reciba a cualquier título. Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo. El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.	
TÍTULO V PERSONAL DE SALUD	**TÍTULO V PERSONAL DE SALUD**	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Artículo 45°. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará: 1. **El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico – quirúrgicas en las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas.** Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Estas Instituciones definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido. 2. **Asignación de becas.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas para cubrir los costos	**Artículo ~~45~~ 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	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 54. Se denomina el numeral 4 de la estrategia como: Mejora de resolutividad de los profesionales en salud.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para garantizar mayor acceso a profesionales de regiones apartadas. **Parágrafo 1.** Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social,	para cubrir los costos académicos y de sostenimiento, que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las Instituciones de Educación Superior Públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado y Personas en Proceso de Reincorporación, garantizando equidad regional para garantizar mayor acceso a profesionales de regiones apartadas. **Parágrafo 1.** Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo. **Parágrafo 2.** Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior. **Parágrafo 3.** Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico-quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud. **Parágrafo 4.** El Gobierno Nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para	Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo. **Parágrafo 2.** Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior. **Parágrafo 3.** Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico-quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud. **Parágrafo 4.** El Gobierno Nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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. 4. **Mejora de la resolutividad**	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
4. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación desarrollarán los lineamientos y contenidos para el fortalecimiento de la resolutividad de los profesionales del área de la salud para identificar de manera temprana las diferentes patologías, incluyendo las relacionadas con la salud mental.	**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 46°. Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS. El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera: a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al	**Artículo ~~46~~ 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 tasará de la siguiente manera: a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 57.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 47°. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales. Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente Ley. Son normas generales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes: 1. El Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes del orden 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,	**Artículo ~~47~~ 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,	Se ajusta numeración, quedando como artículo 58.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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,	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,	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 48°. Régimen especial para trabajadores del Sector Salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados del sector salud, expida el régimen especial de los trabajadores del sector salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos:	**Artículo 48 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:	Se ajusta numeración, quedando como artículo 60.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	calidad, eficiencia y permanencia del talento humano en el sector. La reglamentación del régimen será consultada con las organizaciones representativas de trabajadores del sector y contará con el acompañamiento de organismos de control.	
Artículo 49°. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, del sector salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta las convenciones colectivas de trabajo vigentes y normas concordantes. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y 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	**Artículo 49 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 61.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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, estás podrán seguir desempeñándose en la dirección de una droguería mientras se definen e implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente. **Parágrafo 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	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, estás podrán seguir desempeñándose en la dirección de una droguería mientras se definen e implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente. **Parágrafo 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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	farmacia, especialmente en los establecimientos farmacéuticos y servicios farmacéuticos, donde se realizan actividades de manera empírica, con el fin de fomentar estrategias de seguridad del paciente, uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos y evitar la ocurrencia de errores, especialmente de medicación, para garantizar mayores estándares de calidad en el manejo y administración de los servicios farmacéuticos.	
Artículo 50°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud Especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente. **Parágrafo 1.** En todo caso, si la prestación del servicio se	**Artículo ~~50~~ 62°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud Especialistas**. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente. **Parágrafo 1.** En todo caso, si la prestación del servicio se	Se ajusta la numeración, quedando como artículo 62.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
TÍTULO VI INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	**TÍTULO VI INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL**	
Artículo 51°. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: "3. **Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, continuidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, como también las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud."	**Artículo ~~51~~ 64°.** 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."	Se ajusta numeración, quedando como artículo 64
Artículo 52°. Modifíquese el numeral 2 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo	**Artículo ~~52~~ 65°.** 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 65.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
decente, digno y justo."	decente, digno y justo."	
Artículo 53°. Modifíquese el numeral 2 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado con el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: "**Artículo 131. Tipos de Sanciones Administrativas.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones: (...) 2. Multas entre doscientos (200) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."	**Artículo ~~53~~ 66°.** 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."	Se ajusta numeración, quedando como artículo 66.
Artículo 54°. Modifíquese el parágrafo 6 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: (...) "**Parágrafo 6.** Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta	**Artículo ~~54~~ 67°.** Modifíquese el parágrafo 6 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: (...) "**Parágrafo 6.** Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta	Se ajusta numeración, quedando como artículo 67.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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".	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 55°. De las facultades regulatorias residuales de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias: 1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. 2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019. 3. Los deberes de las entidades territoriales en el	**Artículo ~~55~~ 68°. De las facultades regulatorias residuales de la Superintendencia Nacional de Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias: 1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. 2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019. 3. Los deberes de las	Se ajusta numeración, quedando como artículo 68.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007. 4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas. 5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman. 6. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.	entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007. 4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas. 5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman. 6. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.	
TÍTULO VII DISPOSICIONES GENERALES	**TÍTULO VII DISPOSICIONES GENERALES**	
Artículo 56°. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas	**Artículo ~~56~~ 71°. 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 71.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 57°. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y el Decreto 2957 de 2010. Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para crear el sistema de salud propio e intercultural de las comunidades NARP y expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.	**Artículo ~~57~~ 72°. 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.	Se ajusta numeración, quedando como artículo 72.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Artículo 58°. 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	**Artículo ~~58~~ 73°. 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 73.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	**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 59°. Promoción de Investigación y producción Vacunas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidas localmente por entidades públicas, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, darán prelación a los 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 ~~59~~ 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).	Se ajusta numeración, quedando como artículo 10. Se reubica en el Título II. Gobernanza y y rectoría del sistema
Artículo 60°. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud	**Artículo ~~60~~ 79°. Regímenes Exceptuados y Especiales.** Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud	Se ajusta numeración, quedando como artículo 79.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	
TÍTULO VIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS	**TÍTULO VIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS**	
Artículo 61°. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo	**Artículo ~~61~~ 81°. 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	Se ajusta numeración, quedando como artículo 81.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones: 1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas. Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos. 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	del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones: 1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas. Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos. 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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley. 4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor 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	Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los CAPS en la medida en que entren en operación. Las reglas del SGSSS serán aplicables a las EPS hasta por el periodo de transición de dos (2) años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley. 4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor 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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. 7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.	adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. 7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS. 8. Las EPS durante su permanencia en el periodo	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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 de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual	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 de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. 15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. 16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o	establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. 15. El Gobierno nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. 16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida. Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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.	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
ARTÍCULO NUEVO. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adoptadas a la entidad. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del INVIMA. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. **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	~~**ARTÍCULO NUEVO**~~. **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	Se reubica artículo en Titulo II. Rectoría y Gobernanza del Sistema. Se enumera como artículo 11,

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	ingresan y salen del país, la entidad deberá garantizar la disponibilidad de atención continua durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en los puertos, aeropuertos y puntos fronterizos autorizados para el comercio internacional. Esta medida busca optimizar los tiempos de inspección, garantizar la seguridad sanitaria de los productos y prevenir el ingreso de mercancías que no cumplan con los requisitos legales y técnicos establecidos por la normatividad nacional.	
ARTÍCULO NUEVO. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física. El Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Deporte, en el marco de la comisión intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF), dispondrán de 12 meses para presentar un plan de incentivos dirigidos a entidades territoriales que realicen la gestión territorial del modelo de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles (CERSS), el cual contribuye, entre otros objetivos, a aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la población a programas de deporte, recreación y actividad física, así como promover la educación sobre la importancia de estos en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general. Los recursos del citado plan de incentivos, hará parte de la	~~**ARTÍCULO NUEVO**~~ **Artículo 74°. 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	Se reubica artículo en el Título VII. Disposiciones Generales. Se enumera como artículo 74

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 NUEVO. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades. Los centros de atención primaria en salud se articularan a programas de actividad física dispuesto por el sector de deporte y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud. Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deporte o la entidad territorial,	~~**ARTÍCULO NUEVO**~~ **Artículo 75°. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades.** Los centros de atención primaria en salud se articularan a programas de actividad física dispuesto por el sector de deporte y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud. Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deporte o la entidad territorial,	Se reubica artículo en el Título VII. Disposiciones Generales. Se enumera como artículo 75.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 NUEVO. OBSERVATORIO NACIONAL TERRITORIAL DE SALUD MENTAL. Modifíquese lo dispuesto en el parágrafo del artículo 32 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: Créese el Observatorio Nacional y territorial de salud mental el cual estará liderado y administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo independiente para el monitoreo y seguimiento a la encuesta nacional de salud mental. La encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco y demás encuestas, programas, instituciones o entidades que contengan en su poder datos nominales sobre la salud mental. Lo anterior, como mecanismo que permita la fácil	~~ARTÍCULO NUEVO. OBSERVATORIO NACIONAL TERRITORIAL DE SALUD MENTAL.~~ **Artículo 78°. 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.	Se reubica artículo en Título VII. Disposiciones Generales. Se enumera como artículo 78.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 NUEVO. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas 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:	~~ARTÍCULO NUEVO~~ **Artículo 69°. 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:	Se reubica artículo en Título VI. Inspección, Vigilancia y Control. Se enumera como artículo 69.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales; 2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados. 3. Cuando la lección a los recursos de la salud o la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficios de terceros. 4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud. 5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.	1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales; 2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados. 3. Cuando la lección a los recursos de la salud o la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficios de terceros. 4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud. 5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.	
ARTÍCULO NUEVO. Laboralización y formalización de las ISE. Las ISE vincularán	~~ARTÍCULO NUEVO~~ **Artículo 59°. Laboralización y formalización de las ISE.** Las	Se reubica artículo en el Título V. Personal de Salud. Se enumera como artículo 59.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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 NUEVO. Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA- implementara las medidas y procesos que sean necesarias para garantizar el fortalecimiento y el crecimiento de la fabricación local de medicamentos en Colombia mediante la agilización y validación de un mecanismo para estos trámites por medio del cual previo cumplimiento de los requisitos técnicos y legales contemplados en la normatividad se obtenga las aprobaciones en un tiempo no mayor a 6 meses. A si mismo que para los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamiento y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros.	~~ARTÍCULO NUEVO~~ **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 ~~que~~ para **que a** los medicamentos importados se les impongan los mismos condicionamiento**s** y controles que se exige a los medicamentos nacionales para poder otorgar los registros.	Se reubica dentro del Título II. Rectoría y Gobernanza del Sistema de Salud. Se enumera como artículo 12. Se ajusta la redacción para mejorar la comprensión.
ARTÍCULO NUEVO. Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará los procesos para la actualización continua y permanente de las guías de	~~ARTÍCULO NUEVO~~ **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	Se reubica artículo en el Capítulo II. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS, del Título IV. Organización de Servicios de Salud. Se enumera como artículo 48

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	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	
ARTÍCULO NUEVO. Defensor del usuario en salud. El defensor del usuario en salud, creado a través del artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, será una de la instancia encargadas de recibir y atender quejas y reclamos de los pacientes y usuarios que presenten barreras o conflictos relacionados con la atención primaria en salud (APS) y la atención en los niveles primario y complementario, para garantizar el cumplimiento de los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, participación, humanización, eficiencia y calidad de los servicios de salud en la jurisdicción territorial de cada departamento o distrito. La organización y funcionamiento del defensor del usuario en salud será financiado con los recursos establecidos en el artículo 137 de la Ley 1438 de 2011. La defensoría del usuario en salud hará uso de las tecnologías de la información para brindar una tención ágil y	~~ARTÍCULO NUEVO~~ **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 tención ágil y	Se reubica artículo en Título II. Gobernanza y Rectoría del Sistema. Se enumera como artículo 7.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista. Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, Instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que pueda adelantar ante el defensor del usuario de salud. El defensor del usuario de salud no tendrá la competencia de sancionar a los prestadores de servicios de salud.	eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista. Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, Instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que pueda adelantar ante el defensor del usuario de salud. El defensor del usuario de salud no tendrá la competencia de sancionar a los prestadores de servicios de salud.	
ARTÍCULO NUEVO. El estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas con discapacidad, en ese sentido se garantizará para el solicitante la gratuidad de la certificación de discapacidad y la inclusión de esta población en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad -RLCPD.	~~ARTÍCULO NUEVO~~. **Artículo 77°. Caracterización de las personas en condición de discapacidad.** El estado dispondrá de los recursos necesarios para la caracterización y focalización de las personas ~~con~~ **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	Se reubica el artículo en el Título VII. Disposiciones Generales. Se enumera como artículo 77.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
	caracterización de personas con discapacidad -RLCPD.	
ARTÍCULO NUEVO. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la política de autocuidado reconociendo la importancia de promoción de hábitos saludables y la formación de pacientes informados como uno de los pilares del sistema de salud. La política de autocuidado deberá ser revisada cada 10 años y deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social. La política de autocuidado deberá contar con los siguientes elementos: – Alfabetización en salud – Autoconocimiento y autoconciencia física y mental – Actividad física – Alimentación saludable – Prevención de riesgos – Buena higiene – Uso adecuado de productos y servicios de salud	~~ARTÍCULO NUEVO~~. **Artículo 76°. 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 deberá contar con recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social~~ **y contener como mínimo** ~~La política de autocuidado deberá contar con~~ los siguientes elementos: – ~~A~~**a**lfabetización en salud**,** – ~~A~~**a**utoconocimiento y autoconciencia física y mental**,** – ~~A~~**a**ctividad física**,** – ~~A~~**a**limentación saludable**,** – ~~P~~**p**revención de riesgos**,** – ~~B~~**b**uena higiene**, y el** – ~~U~~**u**so adecuado de productos y servicios de salud	Se reubica el artículo dentro del Título VII. Disposiciones Generales. Se ajusta el nombre, la redacción y se enumera como artículo 76.
ARTÍCULO NUEVO. Modifíquese el parágrafo 1 del artículo 6 de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así: **Parágrafo 1**. Con los recursos establecidos en el presente artículo se financiará el sostenimiento del residente por un monto de tres salarios	~~ARTÍCULO NUEVO~~. **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	Se reubica artículo en Título V. Personal de Salud. Se enumera como artículo 55.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médico- quirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional. Harán parte de los recursos con los que se financia el apoyo de sostenimiento educativo, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias Médicas. El Ministerio de Salud podrá financiar el sostenimiento de estudiantes colombianos que cursen programas de especialización médico-quirúrgica en el exterior, para lo cual reglamentará los requisitos para aplicar y definir los beneficiarios del apoyo del sostenimiento educativo del que trata la presente ley.	
ARTÍCULO NUEVO. TRÁMITE EXPEDITO PARA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS EN SALUD OBTENIDOS EN EL EXTRAJERO. Se modifica el artículo 62 de la ley 1753 de 2015, el cual quedará de la siguiente manera. **ARTÍCULO 62.**	~~**ARTÍCULO NUEVO. TRÁMITE EXPEDITO PARA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS EN SALUD OBTENIDOS EN EL EXTRAJERO**~~. **Artículo 56°. Trámite expedito para convalidación de títulos en salud obtenidos en el extranjero**. Se modifica el artículo 62 de la ley 1753 de	Se reubica artículo en el Título V. Personal de Salud. Se enumera como artículo 56 y se integra el contenido del artículo nuevo: Convalidación de títulos de talento humano en salud

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
CONVALIDACIÓN DE TITULOS EN EDUCACIÓN SUPERIOR. El Ministerio de Educación Nacional establecerá, mediante un reglamento específico, el procedimiento de convalidación de títulos extranjeros de acuerdo con los criterios legalmente establecidos, y según los acuerdos internacionales que existan al respecto. El Ministerio de Educación Nacional contará con dos (2) meses para resolver las solicitudes de convalidación de títulos, cuando la institución que otorga el título que se somete a convalidación o el programa académico que conduce a la expedición del título a convalidar se encuentren acreditados, o cuenten con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de procedencia del título o a nivel internacional. Las solicitudes de convalidación de los títulos universitarios oficiales, no incluidos en los supuestos del inciso anterior, se resolverán en un plazo máximo de cuatro (4) meses. Los títulos propios o no oficiales no serán susceptibles de convalidación. Las Solicitudes de convalidación de títulos	2015, el cual quedará de la siguiente manera. ~~**ARTÍCULO 62. CONVALIDACIÓN DE TITULOS EN EDUCACIÓN SUPERIOR**~~ **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 (4) meses. Los títulos propios o no	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, y que correspondan a las señaladas en el Sistema Nacional de Información de la educación Superior -SNIES, serán tramitadas a través de un procedimiento especial y expedito, para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional reglamentará dicho procedimiento de convalidación, en coordinación con el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de efectuar los ajustes internos necesarios para atender estas solicitudes. El término para que el Ministerio de Educación Nacional convalide los títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, será en un término improrrogable de treinta (30) días calendario sin dejar de observar las condiciones indicadas en este artículo. Los programas de pregrado del área de la salud que no tengan un programa equivalente y activo en Colombia no podrán ser convalidados. El incumplimiento de los términos establecidos en este artículo será causal de mala conducta. **Parágrafo Primero.** Los títulos otorgados por instituciones de educación	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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 Segundo. Las instituciones estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de educación superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios.	del área de la salud que no tengan un programa equivalente y activo en Colombia no podrán ser convalidados. El incumplimiento de los términos establecidos en este artículo será causal de mala conducta. **Parágrafo Primero.** Los títulos otorgados por instituciones de educación superior, pero no validados por las autoridades de educación oficiales del país de origen de la institución y denominados como universitarios no oficiales o propios, otorgados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, no serán objeto de convalidación. **Parágrafo Segundo**. Las instituciones estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de educación superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios	
ARTÍCULO NUEVO. Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud. Autorizase al Gobierno Nacional para incorporar las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud -INS, a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y	~~**ARTÍCULO NUEVO**~~ **Artículo 14°. Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud.** Autorizase al Gobierno Nacional para incorporar las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud -INS, a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y	Se reubica el artículo en el Título II. Gobernanza y Rectoría del Sistema. Se enumera como artículo 14.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
el marco de gasto de mediano plazo.	el marco de gasto de mediano plazo.	
ARTÍCULO NUEVO. Modelo comunitario de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar una red comunitaria de salud mental, entre lazando la participación comunitaria con los CAPS, gestoras de salud y vida, entes territoriales, locales y/o distritales, instituciones educativas, y demás actores relacionados, con el fin de que promuevan la prevención de riesgo en salud mental, la identificación de signos de alarma en niños, jóvenes, adultos y todos los actores de la comunidad, y así brindar la capacitación pertinente e idónea en primeros auxilios psicológicos; desarrollando acciones integradas en el marco de las rutas de atención acordes a las condiciones psicosociales y geográficas de la zona.	~~**ARTÍCULO NUEVO**~~ **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.	Se reubica artículo en el Capítulo II. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS, del Título IV. Organización de Servicios de Salud. Se enumera como artículo 46.
ARTÍCULO NUEVO. ESTÍMULOS ESPECIALES PARA LOS INVESTIGADORES. Establézcase el sistema de estímulos especiales al personal de investigadores y sus equipos de trabajo en ejercicio de las actividades científicas y tecnológicas a cargo del Instituto Nacional de Salud con el fin de impulsar el desarrollo científico, técnico tecnológico, de innovación en salud pública y la soberanía sanitaría del país. Dicho sistema consistirá en bonos adicionales al salario básico del personal dedicado a la investigación por logros en materia de publicaciones en revistas indexadas de alto	~~**ARTÍCULO NUEVO. ESTÍMULOS ESPECIALES PARA LOS INVESTIGADORES.**~~ **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 sanitaría del país. Dicho sistema consistirá en bonos adicionales al salario básico del personal dedicado a	Se reubica artículo en Título V. Personal de Salud. Se enumera como artículo 63.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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	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	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	gobierno e instituciones de salud pública, gestionar recursos para fortalecer la investigación en los temas de interés nacional, así como para su aplicación a los proyectos que se realicen por parte de las redes o de su participación en las mismas	
ARTÍCULO NUEVO. Acceso a la información del sistema público unificado e interoperable de información en salud (SPUIIS) por parte de la Contraloría General de la República. La Contraloría General de la República ejercerá vigilancia y control fiscal sobre la gestión de los recursos del sistema de salud colombiano, con base en la información reportada en el Sistema Público Unificado e Interoperable de información en Salud (SPUIIS) u otro sistema de información o base de datos, conforme a lo dispuesto en el artículo 7 de la presente ley. A ese efecto, la Dirección de Análisis y Reacción inmediata (DIARI) de la Contraloría General de la República tendrá acceso pleno y en tiempo real a la información registrada en el SPUIIS, en el marco de sus competencias definidas por la Ley.	~~**ARTÍCULO NUEVO**~~ **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 ~~7~~ **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.	Se reubica artículo en Título II. Gobernanza y Rectoría del Sistema, se enumera como artículo 9, se ajusta el inciso en el que hace referencia al SPUIS.
ARTÍCULO NUEVO. La Superintendencia Nacional de Salud reglamentará las sanciones que deberán ser impuestas a las ISE o a las gestoras de salud y vida que registren permanentemente fallos de tutela en su contra por los mismos hechos, causas o razones.	~~**ARTÍCULO NUEVO**~~ **Artículo 70°. 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.	Se reubica artículo en el Título VI. Inspección, Vigilancia y Control. Se enumera como artículo 70.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
ARTÍCULO NUEVO. Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado. El Consejo directivo de las ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El Gobernador o el Alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá. 2. El director territorial de salud o el secretario de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad departamental, distrital o municipal o su delegado. 4. Un (1) representante de las comunidades, que tengan relación con las ISE respetiva, bien sea como paciente, proveedores, usuarios y demás, designados por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, que igualmente tengan relación o radio de acción con la ISE mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud. 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.	~~**ARTÍCULO NUEVO**~~ **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 respetiva, bien sea como paciente, proveedores, usuarios y demás, designados por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, que igualmente tengan relación o radio de acción con la ISE mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud. 5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.	Se reubica artículo en Capítulo III. Instituciones de Salud del Estado, del Título IV Organización de servicios de salud. Se enumera como artículo 51.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
6. Un (1) representante de los alcaldes para la (ISE) departamentales. 7. Un (1) representante de las facultades académicas de salud para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad. **Parágrafo 1.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente. **Parágrafo 2.** Cuando la (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de salud de los respectivos municipios. **Parágrafo 3.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del consejo directivo, se resolverá con el voto de quien preside la junta directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere el voto favorable del presidente del consejo directivo. **Parágrafo 4.** Las Empresas Sociales del Estado del orden nacional se en transformarán en ISE de orden nacional, y conservarán la misma conformación de sus juntas directivas, bajo la denominación de Consejos Directivos, y funciones aplicables a las ESE. **Parágrafo 5.** El nombramiento del director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con	6. Un (1) representante de los alcaldes para la (ISE) departamentales. 7. Un (1) representante de las facultades académicas de salud para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad. **Parágrafo 1.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente. **Parágrafo 2.** Cuando la (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de salud de los respectivos municipios. **Parágrafo 3.** Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del consejo directivo, se resolverá con el voto de quien preside la junta directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere el voto favorable del presidente del consejo directivo. **Parágrafo 4.** Las Empresas Sociales del Estado del orden nacional se en transformarán en ISE de orden nacional, y conservarán la misma conformación de sus juntas directivas, bajo la denominación de Consejos Directivos, y funciones aplicables a las ESE. **Parágrafo 5.** El nombramiento del director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con	

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
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.	el cargo se hará de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y aplicable a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, a la vigencia de la presente Ley.	
ARTÍCULO NUEVO. De las entidades adaptadas al sistema. Las entidades que a la entrada en vigencia de la presente Ley se encuentran autorizadas como entidades adaptadas, según lo dispuesto en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993, conservarán tal calidad hasta cuando el número de afiliados sea inferior al treinta por ciento (30%) de los que acredito al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero.	~~ARTÍCULO NUEVO~~ **Artículo 80°. 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 acredit~~o~~é al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero.	Se reubica el artículo en el Título VII. Disposiciones Generales, se enumera como artículo 80 y se ajusta puntuación.
ARTÍCULO NUEVO. Silencio administrativo positivo. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de radicación de cada trámite, para emitir una respuesta. Si al finalizar este término no se ha resuelto la solicitud, se entenderá, para todos los efectos legales, que se aplica el silencio administrativo positivo, lo cual implicará que el trámite se considerará aprobada. **Parágrafo.** Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a trámites relacionados con medicamentos.	~~ARTÍCULO NUEVO~~ **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.	Se reubica artículo en el Título II. Gobernanza y Rectoría del Sistema, se enumera quedando como artículo 13.
ARTÍCULO NUEVO. Convalidación de títulos de talento humano. El Ministerio de Educación Nacional en	~~**ARTÍCULO NUEVO. Convalidación de títulos de talento humano.** El Ministerio de Educación Nacional en~~	El contenido de este artículo se integra al artículo 56. Trámite expedito para convalidación de títulos de talento humano.

Texto definitivo Plenaria Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024, "*por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*".	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social, facilitará y dará prioridad al proceso de convalidación de títulos académicos del talento humano en salud, con el fin de aumentar el personal con posgrado en sector salud. **Parágrafo.** 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.	~~colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social, facilitará y dará prioridad al proceso de convalidación de títulos académicos del talento humano en salud, con el fin de aumentar el personal con posgrado en sector salud.~~ ~~**Parágrafo.** 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.~~	
Artículo 62°. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	**Artículo ~~62~~ 82°. Vigencia**. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias	Se ajusta numeración, quedando como artículo 82.

11. CONFLICTOS DE INTERÉS

El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 establece el régimen de conflicto de interés para 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: (i) Que exista un interés directo, particular y actual: moral o económico, (ii) Que el congresista no manifieste su impedimento a pesar de que exista un interés directo en la decisión que se ha de tomar, (iii) Que el congresista no haya sido separado del asunto mediante recusación, (iv) Que el congresista haya participado en los debates y/o haya votado, (v) 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 virtud de lo estipulado en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5a de 1992, señala:

El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

Por lo cual, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que en el trámite de este Proyecto podrían incurrir en conflicto de interés cuando los congresistas o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil puedan obtener beneficio particular actual y directo, de manera especial, en los eventos relacionados con financiación de campañas políticas por sectores económicos relacionados con la salud, siempre y cuando se genere un beneficio del mismo tipo para el congresista o su financiador.

Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que no existen conflicto de intereses para la discusión y aprobación del presente proyecto de ley por parte de quienes suscribimos esta ponencia.

12. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir **PONENCIA POSITIVA** y, en consecuencia, solicitamos de manera respetuosa a la Honorable Comisión Séptima de Senado de la República dar **TERCER DEBATE** al **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*".

De los Honorables Senadores,

MARTHA PERALTA EPIAYU
Senadora de la República
Pacto Histórico – MAIS

FERNEY SILVA IDROBO
Senador de la República
Pacto Histórico - Colombia Humana

FABIAN DIAZ PLATA
Senador de la República
Partido Alianza Verde

WILSON NEBER ARIAS CASTILLO
Senador de la República
Pacto Histórico

OMAR DE JESÚS RESTREPO CORREA
Senador de la República
Partido Comunes

13. TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE

TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE 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".

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 tención ágil y eficiente; la cual contará con un enfoque diferencial territorial, etario y de género.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores y la elección de estos por los usuarios, para lo cual deberá prever unas garantías electorales democráticas mínimas, en particular, el voto libre y la adjudicación de los escaños en forma proporcional a los votos obtenidos por cada lista.

Los usuarios de los servicios de salud podrán formular sus quejas o reclamaciones, relacionadas con la prestación de los mismos, ante la Superintendencia Nacional de Salud, Instaurar las acciones judiciales correspondientes ante las autoridades competentes, directamente y con independencia de la actuación que adelanten o que pueda adelantar ante el defensor del usuario de salud. El defensor del usuario de salud no tendrá la competencia de sancionar a los prestadores de servicios de salud.

Artículo 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 condicionamiento**s** 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. Autorizase al Gobierno Nacional para incorporar las partidas presupuestales para el fortalecimiento y mejoramiento científico, tecnológico y de innovación del Instituto Nacional de Salud -INS, a través de planes y programas que contribuyan a la salud pública, lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de mediano plazo.

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 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:

c. Atención Primaria en Salud.
d. 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 Capacitación con destino a la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variable geográfica, dispersión poblacional patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas, alcances, y disponibilidad de la oferta, y tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente Ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.
2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
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 auditorias tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y 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 2°. Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras. Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud:

1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante 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, distritos 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 secretarias departamentales y distritales o municipales y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIITS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.
9. Ejecutar articuladamente con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITS.
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 resolutividad en el primer nivel.

Parágrafo 1. Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida, las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de la manera más expedita y con la posibilidad de utilizar medios digitales y tecnológicos, con el fin de mostrar su gestión y los resultados obtenidos de estas en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

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 Integrales Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) corresponde a la Contraloría General de la República. Para ellos, las RIITSS, en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán reportar a la Contraloría General de la República la información detallada sobre la administración de los recursos. El Contralor General de la República reglamentará la forma, el contenido y la periodicidad de dicha información.

En lo correspondiente a las ISE y las IPS privadas y mixtas, la obligación de reporte de información incluye a las entidades públicas, privadas y mixtas que las integren, cuando administren recursos públicos de la salud.

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 resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.

2. **Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública**

a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a 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 contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.

La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del mismo en la institución que lo recibe.

Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de las RIITS, en los servicios e instituciones que les permitan atención integral.

El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de las RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.

El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las RIITS, mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios. Y garantizará que, pese a esta escasez de oferta en los territorios, la ciudadanía siga teniendo un acceso continuo y de calidad a servicios de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado asistencial, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la información de referencia y contrarreferencia fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud.

Artículo 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 Servicios de Salud (RIITS), o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.

Parágrafo 4. Las ISE deberán incorporar, en su estructura de gobernanza, espacios formales de participación comunitaria y mecanismos de rendición de cuentas periódicas antes las organizaciones de la sociedad civil, las veedurías ciudadanas y los consejos territoriales de salud, con el fin de asegurar la transparencia, la vigilancia social y la alineación de las ISE con las necesidades y expectativas de la población.

Artículo 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 respetiva, bien sea como paciente, proveedores, usuarios y demás, designados por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, que igualmente tengan relación o radio de acción con la ISE mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.
5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.
6. Un (1) representante de los alcaldes para la (ISE) departamentales.
7. Un (1) representante de las facultades académicas de salud para el caso de las (ISE) de mediana y alta complejidad.

Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el periodo inmediatamente siguiente.

Parágrafo 2. Cuando la (ISE) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de salud de los respectivos municipios.

Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del consejo directivo, se resolverá con el voto de quien preside la junta directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la ISE se requiere el voto favorable del presidente del consejo directivo.

Parágrafo 4. Las Empresas Sociales del Estado del orden nacional se en transformarán en ISE de orden nacional, y conservarán la misma conformación de sus juntas directivas, bajo la denominación de Consejos Directivos, y funciones aplicables a las ESE.

Parágrafo 5. El nombramiento del director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se hará de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y aplicable a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, a la vigencia de la presente Ley.

Artículo 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. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.
11. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del Fondo.

El FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del Fondo.

TÍTULO V
PERSONAL DE SALUD

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.

   Parágrafo 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo, reglamentarán lo establecido en el presente parágrafo.

   Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destine el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

   Parágrafo 3. Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en este artículo, y realizarán una evaluación respecto de las necesidades de especializaciones y segundas especializaciones médico- quirúrgicas en el país, orientada a la formación y regulación del Talento Humano en Salud.

   Parágrafo 4. El Gobierno Nacional en coordinación con las Entidades Territoriales garantizará que las zonas rurales y rurales dispersas tengan acceso y conocimiento a los Programas de Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y postgradual en salud, para lo cual adoptará las medidas tendientes a suplir aquellos casos en los que la población no cuente con conectividad digital y/o red móvil, mediante la elaboración de folletos, revistas y jornadas medicas presenciales encabezadas por la Direcciones Municipales y/o Distritales de Salud, o quien haga sus veces, con el acompañamiento de las Secretarías u Oficinas Territoriales de Salud.

3. **Ampliación de cupos de docencia-servicio.** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

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 (4) meses.

Los títulos propios o no oficiales no serán susceptibles de convalidación.

Las Solicitudes de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, y que correspondan a las señaladas en el Sistema Nacional de Información de la educación Superior -SNIES, serán tramitadas a través de un procedimiento especial y expedito, para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional reglamentará dicho procedimiento de convalidación, en coordinación con el Departamento Administrativo de la Función Pública, además de efectuar los ajustes internos necesarios para atender estas solicitudes.

El término para que el Ministerio de Educación Nacional convalide los títulos obtenidos en el extranjero que pertenezcan al área de la salud, será en un término improrrogable de treinta (30) días calendario sin dejar de observar las condiciones indicadas en este artículo.

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 Primero. Los títulos otorgados por instituciones de educación superior, pero no validados por las autoridades de educación oficiales del país de origen de la institución y denominados como universitarios no oficiales o propios, otorgados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, no serán objeto de convalidación.

Parágrafo Segundo. Las instituciones estatales no podrán financiar con recursos públicos, aquellos estudios de educación superior que conduzcan a la obtención de títulos universitarios no oficiales o propios.

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 tasará de la siguiente manera:

a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año.
b) El equivalente a siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), el año en que se realice la solicitud.

Para el registro de novedades y expedición de duplicados el costo será del 40% del valor de la inscripción por primera vez.

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, estás podrán seguir desempeñándose en la dirección de una droguería mientras se definen e implementan planes graduales de profesionalización y tecnificación del talento humano del sector farmacéutico mencionados anteriormente.

Parágrafo 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 medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

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 sanitaría del país.

Dicho sistema consistirá en bonos adicionales al salario básico del personal dedicado a la investigación por logros en materia de publicaciones en revistas indexadas de alto impacto, patentes registradas o participación en proyectos colaborativos internacionales.

Igualmente, como parte del reconocimiento profesional al personal dedicado a la investigación y a sus grupos de trabajo, se establecerán premios institucionales anuales para investigadores destacados, se facilitará su participación en congresos internacionales cubriendo los costos respectivos, fondos para cursos, certificaciones, o estancias en centros internacionales, así como intercambios y 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°. 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 65°. 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 66°. 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 67°. Modifíquese el parágrafo 6 del artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

(...)

"**Parágrafo 6.** Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3 de esta Ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".

Artículo 68°. De las facultades regulatorias residuales de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:

1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.
2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.
3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.
4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.
5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.
6. La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 69°. 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 lección a los recursos de la salud o la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficios de terceros.
4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.
5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Artículo 70°. 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 71°. 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 72°. 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 73°. 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 74°. 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 75°. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades. Los centros de atención primaria en salud se articularan a programas de actividad física dispuesto por el sector de deporte y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y comunitarios para realizar consejería actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud.

Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales de la salud, de la educación física, deporte y/o recreación conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deporte o la entidad territorial, conforme competencias.

Parágrafo 1. Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades y características específicas de cada persona, familia o comunidad, considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.

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 76°. 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 77°. 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 78°. 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 79°. 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 80°. 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 acredit~~o~~ó al momento de su autorización o a dos mil (2.000) afiliados, lo que ocurra primero

TÍTULO VIII
DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 81°. 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 coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor 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 Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las EPS que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las EPS que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las RIITS que atenderán a la población adscrita a los CAPS.

8. Las EPS durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el SGSSS, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los CAPS.

9. Las EPS podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los CAPS, los trabajadores que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, trabajen en las EPS, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.
    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la 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, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las ESE que se transformen en ISE, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las EPS a Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    Las EPS que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

    La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las EPS, y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las ESE del orden Nacional se transformarán en ISE. Las Entidades Territoriales transformarán las ESE del orden territorial en ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las ESE de orden nacional y territorial en ISE, para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

    También se podrán transformar en ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como ESE, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. 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 82°. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Senadores,

MARTHA PERALTA EPIAYU
Senadora de la República
Pacto Histórico – MAIS

FERNEY SILVA IDROBO
Senador de la República
Pacto Histórico - Colombia Humana

FABIAN DIAZ PLATA
Senador de la República
Partido Alianza Verde

WILSON NEBER ARIAS CASTILLO
Senador de la República
Pacto Histórico

OMAR DE JESÚS RESTREPO CORREA
Senador de la República
Partido Comunes

14. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud Protección Social. Cifras de afiliación en salud [Internet]. [cited 2024 Apr 29]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. OCDE.Stat. [cited 2024 May 5]. Health expediture and financing. Available from: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA
3. Observatorio Nacional de Salud. Cuando la muerte es evitable. Bogotá; 2023.
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.
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. Universidad y 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 : revista del Instituto Nacional de Salud. 2019;39(4):737–47.
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. International Journal for Equity in Health. 2023;22(28).
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 Pública de México. 2011;53(122).
10. Hernández M. 25 años de la Ley 100 ¿Crisis perpetua? Periódico UNAL. 2019 Feb 12;
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 Medellin , 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.
14. Observatorrio Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud. Informe Nacional Técnico. Bogotá, Colombia; 2015.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Tutelas en Salud 2022. Orden Trigésima (30) de la Sentencia T- 760/08. 2022.
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. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Organización Panamericana de la Salud; 2023. 264 p.
18. Vargas Peña GS, Ruiz Sánchez LE, Martínez Saldarriaga LA. El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. Gerencia y Políticas de Salud. 2021;20:1–26.
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. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. 118 p.
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. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, República de Colombia. Documento de Sistematización. Análisis funcional y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. 2023.
22. Izquierdo A, Pessino C. Un gasto eficiente para vidas más sanas. In: Mejor gasto para mejores vidas Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos. Banco Iinteramericano de Desarrollo; 2018. p. 263–300.
23. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. 2023.
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 [Internet]. 2022;10(5):e715–72. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5
25. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T - 1195/2004. 2004.
26. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C - 824/02. 2004.
27. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C - 262/13. 2013.
28. Magistada Ponente: Clauda Elizabeth Lozzi Moreno. Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Sub - Sección "A." Fallo en primera instancia.
29. Decreto 1485 de 1994. "or el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud." 1994.
30. Decreto 882 de 1998. "Por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones." 1998.
31. Decreto 574 de 2007. "Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Unico de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas." 2007.
32. Decreto 1698 de 2007. "Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Unico de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas." 2007.
33. Decreto 2353 de 2008. "Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Unico de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas." 2007.
34. Decreto 4789 de 2009 "Por medio del cual se modifican los Decretos 574 de 2007, 1698 de 2007 y 2353 de 2008." 2009.
35. Decreto 970 de 2011 "Por medio del cual se modifica el Decreto 574 de 2007, modificado por los Decretos 1698 de 2007, 2353 de 2008 y 4789 de 2009." 2011.
36. Decreto 4185 de 2011 "Por el cual se reasignan unas funciones y se dictan otras disposiciones." 2011.
37. Decreto 1921 de 2013 "Por el cual se modifica el artículo 5° del Decreto 574 de 2007, modificado por los artículos 1° y 3° de los Decretos 1698 de 2007 y 4789 de 2009, respectivamente." 2013.
38. Decreto 2702 de 2014 "Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones." 2014.
39. Decreto 1681 de 2015 "Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)." 2015.
40. Decreto 2117 de 2016 "Por el cual se modifican los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.10 y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Prot. 2016.
41. Decreto 718 de 2017 "Por el cual se adiciona el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social." 2017.
42. Decreto 682 de 2018. "Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcion. 2018.
43. Ley 1929 de 2018. "Por medio de la cual se modifica temporal y parcialmente la destinación de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, definida en el artículo 6° de la Ley 1636 de 2013; y se facu. 2018.
44. Decreto 1424 de 2019. "Por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2, se modifica el artículo 2.1.7.11 y se deroga el parágrafo del artículo 2.5.2.2.1.5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, e. 2019.
45. Decreto 1683 de 2019. "Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10 y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.20 al Decreto número 780 de 2016, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación. 2019.
46. Decreto 600 de 2020. "Por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21 al Decreto 780 de 2016 en relación con el uso transitorio, por parte de las EPS, de los recursos que tengan invertidos en títulos de deuda pública interna, títulos de renta fija y depó. 2020.
47. Decreto 1711 de 2020 "Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el plazo para acreditar las condiciones de habilitación por parte de las entidades que . 2020.
48. Decreto 1811 de 2020. "Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016 en el sentido de ampliar un plazo para la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud." 2020.
49. Decreto 709 de 2021. "Por el cual se modifica el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016 en relación con el mecanismo de asignación de afiliados." 2021.
50. Decreto 995 de 2022 "Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10, 2.5.2.2.1.21. Y 2.5.2.4.2.10 del Decreto 780 de 2016, en relación con el uso de los recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS y se dictan otras disposiciones." 2022.
51. Decreto 1492 de 2022 "Por el cual se modifican los Artículos 2,1.11.11, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016 en relación con el cálculo del Patrimonio Adecuado y se dictan otras disposiciones." 2022.
52. Decreto 1600 de 2022 "Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con los procesos de reorganización institucional de las entidades promotoras de salud (EPS)." 2022.
53. Contraloría General de la República. Función de Advertencia Incumplimiento Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011 y omisión seguimiento a función de advertencia 2012EE53867 de agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS -Vigencia 2011. 2011.
54. Martínez F. La salud en el juego del mercado. In: Poder político y mercado en las reformas de la seguridad social Colección La seguridad social en la encrucijada. Universidad

55. 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.
56. Universidad Nacional de Colombia. Informe de cálculo de la Unidad de Pago por Capitación -UPC. Nota técnica. Bogotá, Colombia; 2011.
57. Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Vol. 2. 2016.
58. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Anteción Primaria de Salud. Desde Alma - Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Obejetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán) 25 y 26 de octubre de 2018. Aztaná (Kasajsttán); 2018.
59. World Health Organization. Building the primary health care workforce of the 21st century. Astana, Kazakhstan; 2018.
60. Procuraduría General de la Nación. Boletín N° 26. 2021 [cited 2024 May 5]. Procurador pidió vincular al personal de la salud con condiciones dignas, decentes y de estabilidad laboral. Available from: https://apps.procuraduria.gov.co/portal/Procurador-pidio-vincular-al-personal-de-la-salud-en-condiciones-dignas_-decentes-y-de-estabilidad-laboral.news#:~:text=A través de la Circular,viables y administrativamente eficientes%2C sin
61. Colegio Médico Colombiano. Epicrisis. Órgano oficial de comunicación del Colegio Médico Colombiano. 2019 [cited 2024 May 5]. Encuesta de Situación lanoral para los profesionales de la salud 2019. Available from: https://epicrisis.org/2019/09/20/encuesta-de-situacion-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud-2019/
62. Torres-Tovar M. ¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud? Fac Nac Salud Pública. 2023;43(1).
63. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio de Talento Humano en Salud. 2022 [cited 2024 May 6]. Indicadores de Talento Humano en Salud. Available from: https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx
64. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. OCDE HEALTH REAC. 2024 [cited 2024 Jul 24]. Healthcare Resources. Available from: https://data-explorer.oecd.org/vis?tenant=archive&df[ds]=DisseminateArchiveDMZ&df[id]=DF_HEALTH_REAC&df[ag]=OECD&dq=..&lom=LASTNPERIODS&lo=5&to[TIME_PERIOD]=false
65. Ministerio de Salud y Protección Social. Prestadores por tipo de servicio y sede. 2024 [cited 2024 Feb 20]. Registro Especial de Prestadores - REPS. Available from: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro Actual&pageHlp=
66. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-302 de 2017. 2017.
67. Corte Constitucional de Colombia. Auto 696 - 2022. 2022.
68. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los hospitales. Documentos OPS/OMS en Chile. Organización Panamericana de l Salud; 2011. 1–300 p.
69. Banco Mundial. Evaluación del perfil de signos vitales en atención primaria en salud para Colombia. Washington; 2020.
70. Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe Técnico 11. Bogotá, Colombia; 2019.
71. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295–303.
73. Gamboa Ó, Buitrago G, Patiño A, Agudelo N, Espinel L, Eslava-Schmalbach, J Guevara Ó, et al. Fragmentation of Care and Its Association With Survival and Costs for Patients With Breast Cancer in Colombia. JCO Glob Oncol. 2023;e2200393(May).
74. Pardo C, Vries E. Supervivencia al cáncer de mama y cervix en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. Colomb Med. 2018;49(1).
75. Globocan. Global Cancer Observatory [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 20]. Available from: https://gco.iarc.fr/en
76. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Boletín técnico EEVV 2019 - 2021*. 2022.
77. Cuenta de Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la hipertension arteriañ a diabetes mellítus en Colombia. Bogotá, Colombia; 2018.
78. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Boletín técnico estadísticas vitales: Nacimientos en Colombia. 2023.
79. Ministerio de Salud y Proteccion Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen o. 2018. 328 p.
80. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. 2023.
81. UNFA. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. 2023.
82. Resolución 2364 de 2023 "Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigenci.
83. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Vigilancia Integrada de muertes en menor de 5 años por IRA, EDA o DNT. Bogotá, Colombia; 2021.
84. 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. The Lancet Global health. 2022;10(5):e715–72.
85. WHO, UNICEF. A vision for Primary health care in the 21st Century. Towars universal health coverage and sustainable development goals. World Health Organizarion. Kazakhstan; 2018.
86. Arenas de Mesa A. Protección Social universal, integral, sostenible y resiliente para erradicar la pobreza, reducir la desigualdad y avanzar hacia un desarrollo social inclusivo. Revista CEPAL Edición especial 75 años. 2023;141(Diciembre):193–216.
87. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet Global Health. 2019;7(11):e1500–10.
88. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage. World Health Organization. 2019.
89. Berry RA. Reflections on injustice, inequality and land conflict in Colombia. Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies. 2017;42(3):277–97.
90. Moran V, Suhrcke M, Nolte E. Exploring the association between primary care efficiency and health system characteristics across European countries: a two-stage data envelopment analysis. BMC Health Services Research. 2023;23(1):1–13.
91. Starfield B, Leiyu S, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly. 2005;83(3):457–502.
92. OECD. Realising the Full Potential of Primary Health Care. Paris: OCDE Publishing; 2020. 1–228 p.
93. World Health Organization. Building the economic case for primary health care: a scoping review. Vol. 48, Technical Series on Primary Health Care. 2018.
94. Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. Building Primary Care in a Changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. 2010.
95. Green L, B; Y, Lanier D, Dovey S. The Ecology of Medical Care. Revisited. N Engl J Med. 2001;344(26).
96. White W. The Ecology of Medical Care. The New England Journal of Medicine. 1961;265(26):885–92.
97. Rodríguez-Páez F, Jiménez-Barbosa W, Palencia-Sánchez. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triaje. Univ Salud. 2018;20(3):215–20.
98. Arango Pinilla, M.M; Arias Ruiz, S; Arrubla, P; Villa, G CJ; GJZFMF; PM. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud ESE en Manizales. Archivos de Medicija. 2009;9(1):25–34.
99. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T - 760/08. 2008.
100. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C 313/14. 2014.
101. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de política y Hoja de Ruta para su implementación. . Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2010.
102. Organización Mundial de la Saud -, OMS. Marco operacional para la atención primaria de salud. Transformar la visión en acción. Ginebra. Suiza: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2021. 140 p.
103. Organización Panamericana de la Salud, OPS -. Fortalecimiento de la capacidad resolutiva del Primer Nivel de Atención. Documento de trabajo. 2023.
104. Terraza-Núñez, Rebeca; Vergas-Lorenzo, Ingrid; Vázquez-Navarrete ML. La coordinación entre los niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria. 2006;20(6):485–95.
105. Gérvas R, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. SEMERGEN. 2005;31(9):418–23.
106. Organización Panamericana de Servicios de Salud y Organización Mundial de la Salud. Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones estratégicas. Washington, D.C.; 2018. 80 p.
107. Galbraith J. Designing complex organizations. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.
108. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1990.
109. PNUD. Colombia rural: Razones para la esperanza. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, editor. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Bogotá, Colombia; 2011. 92 p.
110. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de Servicios. Serie Organización y Gestión de Sistemas de Salud N°3. OPS. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud;(3),mar. 1998. 1998.
111. Cuadrado C, Crispi F, Libuy M, Marchildon G, Cid C. National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies. Health Policy. 2019;123(7):621–9.
112. Cid Pedraza C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2020;44:1.
113. WHO & The World Bank. Direct facility financing: concept and role for UHC. 2022.
114. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Pacto 30 • 30 • 30. APS para la salud universal. Washington, D.C.; 2019.
115. Organización Mundial de la Salud - OMS. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2018.
116. Wagstaff A, Flores G, Hsu J;, Smitz MF;, Chepynoga K;, Buisman LR, et al. Progress on Catastrophic Health Spending in 133 Countries: A Retrospective Observational Study. The Lancet Global Health. 2018;6(2):e169–79.
117. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: A new Global Investment Framework. The Lancet. 2014;383(9925):1333–54.
118. Maiz G. ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud.
119. Lee J C. The ecology of medical care in Korea: the association of a regular doctor and medical care utilization. BMC Health Services Research. 2022;22(1432).
120. Kempski A, Greiner A. Primary care spending: high stakes, low investment. Primary Care Collaborative. 2020.
121. Starfield B, Shi L, Macinko. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly. 2005;83(3):457–502.
122. Mackenbach JP, Stronks K, Kunst AE. The contribution of medical care to inequalities in health: Differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. Social Science & Medicine. 1989;29(3):369–76.
123. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J;, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Global Health. 2020;8(2):e191-e203.
124. Sánchez-Román, FR; Carlos-Rivera FGCJ et al. Costos de atención medica por cáncer cérvicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;50(1):99–106.
125. GLOBOCAN. Incidencia de cáncer de cuello uterino. Colombia. 2022. Cáncer de cuello uterino. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/data-sources-methods#incidence
126. Pei J, Shu T, Wu C, Li M, Xu M, Jiang M, et al. Impact of human papillomavirus vaccine on cervical cancer epidemic: Evidence from the surveillance, epidemiology, and end results program. Front Public Health. 2023;5.
127. Kushner RF;, Ryan DH. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. JAMA. 2014;312(9):943–52.
128. Johns DJ;, Hartmann-Boyce J, Jebb SA;, Aveyard P; Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. Obesity Reviews. 2014;15(10):818–38.
129. Rossen J;, Yngve A;, Hagströmer M, Brismar K;, Ainsworth BE;, Iskull C;, et al. Physical activity promotion in the primary care setting in pre - and type 2 diabetes - the Sophia step study, an RCT. BMC public health. 2015;15(647).
130. Knowler WC, Barrett-Connor E;, Fowler SE;, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. New England Journal of Medicine. New England Journal of Medicine. 2002;346(6):393–403.
131. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. Diabetes Care. 2020;43((Supplement 1), S1-S212.).
132. Faruqi N;, Thomas L;, Parker S;, Harris-Roxas B, Taggart J;, Spooner C, et al. Primary health care provider-focused interventions for improving outcomes for people with type 2 diabetes: a rapid review. Public health research & practice. 2019;29(4).

133. Keng MJ;, Tsiachristas A;, Leal J;, Gray A;, Mihaylova B. Impact of achieving primary care targets in type 2 diabetes on health outcomes and healthcare costs. Diabetes, obesity & metabolism. 2019;21(11):2405–2412.
134. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2010;122(4):406–41.
135. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Dai S;, De Simone G. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2010;121(7):e46-e215.
136. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control. Circulation. 2016;134(6):441–50.
137. Romero M, Vásquez E, Acero G, Huérfano L. Estimación de costos directos de los eventos coronarios en Colombia. Rev Colom Cardiol. 2018;25(6).
138. van der Pol M, Olajide D, Dusheiko M, Elliott R;, Guthrie B;, Jorm L, et al. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: longitudinal analysis. BMC family practice. 2019;20(1).
139. Palacios J;, Khondoker M, Mann A;, Tylee A, Hotopf M. Depression and anxiety symptom trajectories in coronary heart disease: Associations with measures of disability and impact on 3-year health care costs. Journal of psychosomatic research. 2018;104(1–8).
140. Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, De Rosa M, Eschalier B, Vorilhon C, et al. Impact of patient education on chronic heart failure in primary care (ETIC): a cluster randomised trial. BMC family practice. 2016;17(80).
141. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet. 2007;370((9590)):841–50.
142. Pinto-Masís D, Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M, Miranda C, Pérez A, de la Espriella M, et al. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. Rev Colombi Psiquiat. 2010;39(3):465–80.
143. Aldridge LR, Garman EC, Patenaude B, Bass, J. K.; Jordans MJ, Luitel NP. Healthcare use and costs among individuals receiving mental health services for depression within primary care in Nepal. BMC health services research. 2022;22(1):1596.
144. Angstman KB, Rasmussen NH;, Herman DC;, & Sobolik JJ. Depression care management: impact of implementation on health system costs. The health care manager,. 2011;30(2):156–60.
145. Harder VS;, Barry SE;, French S;, Consigli AB, Frankowski BL. Improving Adolescent Depression Screening in Pediatric Primary Care. Academic pediatrics. 2019;19(8):925–33.
146. Han E, Chung W, Trujillo A, Gittelsohn, Shi L. The associations of continuity of care with inpatient, outpatient, and total medical care cost among older adults with urinary incontinence. BMC Health Services Research. 2023;23(344).
147. Bazemore A, Merenstein Z, Handler L, Saultz J. The Impact of Interpersonal Continuity of Primary Care on Health Care Costs and Use: A Critical Review. Ann Fam Med. 2023;21:274–9.
148. Hogne Sandvik;, Hetlevik; Ø, Hunskaar JB. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice. 2022;72(715):e84–90.
149. Hansen A, PA H, Aaraas O, Førde. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2013;63(612):482.
150. World Health Organization. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565707
151. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). 2020.
152. González A M. Los costos directos e indirectos del embarazo en Colombia. 2013. Facultad de Economía Universidad de los Andes. 2013;
153. Herrera J. Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica [Primary care and maternal and infant mortality in Latin American countries]. Aten Primaria. 2021;45(5):244–8.
154. Black RE, Victora CG;, Walker SP, Bhutta ZA;, Christian P;, de Onis, M., ;Uauy R. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet. 2013;382(9890):427–51.
155. Kristjansson E, Francis DK, Liberato S;, Benkhalti Jandu M, Welch, V., Batal M, Greenhalgh T, et al. Food supplementation for im-proving the physical and psychosocial health of socio-economically disadvantaged children aged three months to five years. r. The Cochrane database of systematic reviews. 2015;3(CD009924).
156. Saaka M, Galaa S. Improving the utilization of health and nutrition services: experience from the Catholic Relief Services supported the Development Assistance Programme in Ghana. Primary health care research & development. 2011;12(2):145–56.
157. Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta de redefinición de las características de operación de los hospitales públicos. Colombia 2022. Ministerio de Salud y Protección Social; 2022. 1–500 p.

15. ANEXOS

15.1 ANEXO 1. CONCEPTOS ALLEGADOS A LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA

ENTIDAD	FECHA	RESUMEN	ARTÍCULOS COMENTADOS	POSTURA
Defensoría del Pueblo	25 de marzo de 2025	Reconoce la necesidad de reforma; advierte falta de claridad en la transición, flujo de recursos y gobernanza; hace propuestas de ajuste técnico.	Artículo 1 y varios sobre financiación, gobernanza, talento humano, Gestoras de Salud y Vida	Apoya principios generales pero advierte vacíos y sugiere ajustes
Gestarsalud (Mesa de Gobernanza)	28 de abril de 2025	Apoya la transformación si se garantiza sostenibilidad financiera, flujo de recursos y rol protagónico de EPS como Gestoras. Pide más claridad y estabilidad.	Transformación de EPS, ADRES, financiación, acompañamiento a usuarios	Reconoce avances, pero pide cambios estructurales y garantías
Grupo Acuerdos Fundamentales (AF)	abril de 2025	Coincide con el espíritu reformador y el enfoque en APS, pero cuestiona ausencia de mecanismos para resolver fallas estructurales, desfinanciación y corrupción.	Sistema de financiación, transformación EPS, redes territoriales, condiciones laborales	Avala objetivos, pero con reparos técnicos importantes
Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica	6 de junio de 2025	Solicita ajustes a artículos relacionados con condiciones laborales, igualdad profesional, e inclusión de incentivos y contratación diferenciada para zonas rurales.	Art. 29, 30, 32, 43, 45 y todo el Título V sobre Personal de Salud	Apoya con solicitudes de ajuste para talento humano
S.C.A.R.E. (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación)	5 de mayo de 2025	Defiende la constitucionalidad del régimen laboral especial del Talento Humano en Salud	Régimen laboral especial del talento humano	Favorable
		incluido en la reforma. Argumenta conexidad normativa.		
Abogada Linda Castro (Audiencia Comisión VII)	22 de abril de 2025	Plantea que el PL 312 no resuelve la crisis actual del sistema. Pide archivo y una construcción desde sociedad civil.	Modelo de atención, UPC, financiación, transición, Título V	Desfavorable
Sandra Liliana Rubiano (Mesa Auditoría e Interoperabilidad)	abril de 2025	Resalta la necesidad de auditorías técnicas, interoperabilidad real y control interno para transparencia y mejora del sistema.	Sistema de información en salud, control interno, auditorías, interoperabilidad	Apoya reforma con ajustes técnicos estructurales
Universidad del Valle - Facultad de Salud	20 de abril de 2025	Resalta el enfoque en determinantes sociales y salud pública; valora el modelo preventivo, pero señala necesidad de discusión académica continua. No es un pronunciamiento institucional unificado.	Modelo general de transformación; salud pública; enfoque de APS	Apoyo parcial, enfoque reflexivo no institucional
Ministerio de Salud y Protección Social	12 de mayo de 2025	Aclara proyecciones de recaudo por artículos 24 a 27; reitera que cambios financieros no requieren ley tributaria separada. Apoya financieramente el proyecto con reservas en evolución.	Arts. 24, 25, 26 y 27 sobre fuentes de financiamiento	Favorable con observaciones técnicas
Ministerio de Hacienda y Crédito Público	13 de mayo de 2025	Presenta impacto fiscal de la reforma. Acepta viabilidad si se mantienen ajustes de conectividad y gradualidad; advierte necesidad de armonización con reforma al SGP.	Art. 1, financiamiento, ADRES, sistema interoperable	Favorable

ENTIDAD	FECHA	RESUMEN	ARTÍCULOS COMENTADOS	POSTURA
Ciudadano Germán Fernández Cabrera	13 de mayo de 2025	Insiste en garantizar la existencia y control efectivo de reservas técnicas en EPS, señala riesgos del cambio de figura sin garantías contables.	Transformación EPS, reservas técnicas, solvencia financiera	Aval condicionado a mecanismos contables y de vigilancia
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)	2 de mayo de 2025	Confirma que el régimen laboral del THS respeta el principio de unidad de materia. Aporta análisis jurídico reforzando postura previa.	Régimen laboral del talento humano	Favorable
Relatoría Mesa Técnica Auditoría y Sistemas de Información	2 de mayo de 2025	Apoya controles desde ADRES y Supersalud; recomienda auditoría concurrente y tecnología para trazabilidad en tiempo real.	Arts. 8-12, 19, 32 sobre gasto, auditorías, trazabilidad y sistemas de información	Apoyo con recomendaciones técnicas
Presentación Mesa Técnica General	21 de abril de 2025	Muestra diagnóstico crítico de ineficiencia, desigualdad, deterioro de infraestructura y precarización laboral. Respalda la transformación con enfoque en APS.	Todo el articulado, énfasis en Título I y IV	Favorable
Documento 'Semáforo 2025'	abril de 2025	Análisis crítico de todo el articulado. Cuestiona la concentración estatal de funciones, falta de claridad en recursos y exceso de burocracia.	Arts. 1 a 27 (objetivo, gobernanza, financiamiento, ADRES, sistema)	Desfavorable

15.2 ANEXO 2. AVAL FISCAL DEL PROYECTO DE LEY

2. Despacho del Viceministro General

Honorable Congresista
NADYA GEORGETTE BLEL SCAFF
Presidenta Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la Republica
CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Carrera 7 No. 8-62
Bogotá D.C.

Radicado: 2-2025-030271
Bogotá D.C., 13 de mayo de 2025 12:00

Radicado entrada
No. Expediente 22571/2025/OFI

Asunto: Análisis de impacto fiscal del texto aprobado en segundo debate al proyecto de Ley No 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley No. 135 de 2024 Cámara "*por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*"

Respetada Presidenta de la Comisión Séptima de Senado:

De manera atenta y en cumplimiento de lo ordenado por el artículo 7 de la Ley 819 de 2003[1], a continuación se presenta el análisis de impacto fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al texto aprobado en segundo debate del Proyecto de Ley del asunto, en los siguientes términos:

En primer lugar, debe precisarse que el presente concepto se fundamenta en la estimación de costos[2] aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS y se actualiza e incorporan otros rubros vinculados a las modificaciones introducidas durante el trámite legislativo. Por otra parte, se señala que todos los valores monetarios están expresados en precios constantes de 2025. Se supone, además, un crecimiento del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente -SMLMV del orden del 1% real al año y la tasa de crecimiento del PIB real del Marco Fiscal de Mediano Plazo –MFMP– 2024. Las proyecciones demográficas, especialmente en lo relacionado con número de nacimientos, defunciones y composición etaria de la población es consistente con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y, en particular, con la actualización post COVID-19. Se incluyen rubros de gasto e ingreso considerando la ejecución anual en la vigencia 2025, estos montos podrán ajustarse dependiendo de los tiempos del proceso legislativo y la ejecución presupuestal a la fecha de la aprobación e implementación del proyecto.

Se resalta que el costo fiscal de la propuesta ha sido objeto de cambios y los seguirá presentando de conformidad con las modificaciones a las que sea sometido el proyecto durante el transcurso del trámite legislativo.

1. **Principales aspectos del proyecto de ley**

El Proyecto de Ley de la referencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 1, tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social. Este nuevo modelo se enmarca en un sistema que se fundamenta en la Atención Primaria en Salud, bajo un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, y la atención integral en salud con un enfoque diferencial y territorial.

[1] Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.
[2] oficio con radicado 2025300001005181 del MSPS

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

Así mismo, la propuesta plantea que la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES cumplirá las funciones de recaudador y administrador de los recursos fiscales y parafiscales que deban ingresar al Fondo Único Público de Salud, será el pagador único del sistema, desarrollará un modelo de seguimiento y evaluación del gasto en salud, adelantará las verificaciones para el reconocimiento y pago, podrá contratar auditorías integrales, entre otras. Para estos efectos, se cuenta con la información proveída públicamente por la ADRES sobre la capacidad operativa para abordar las nuevas funciones. Adicionalmente, el nuevo modelo prevé un Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud -SPUIIS con el fin de garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real a las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del sistema.

De acuerdo con el Proyecto de Ley, "el sistema entrará a operar en dos etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, priorizando territorios donde aún no hay conectividad y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles".

Resumidos los principales aspectos de la iniciativa, en cumplimiento del artículo 7 de la Ley 819 de 2003, este documento presenta el análisis fiscal que contempla la senda de ingreso y gastos, el cual fue realizado con respecto al proyecto de ley y su balance, de acuerdo con su contenido, y según la información suministrada por el MSPS.

Para ello, en primer lugar, se reseñan los supuestos de la estimación del gasto precitada, así como la senda de gasto correspondiente. En segundo lugar, se señalarán las fuentes actuales de ingresos del sistema y sus supuestos de estimación. En tercer lugar, con base en lo anterior, se presentan las sendas de gastos y el balance resultante. Finalmente, se realizan algunos comentarios sobre el articulado.

2. **Proyección de fuentes y usos del sistema de salud**

2.1. Proyección de fuentes

Supuestos utilizados para la estimación de fuentes

Para la estimación de las fuentes del Sistema de Salud se agruparon cuatro rubros a saber: i) las cotizaciones; ii) el Sistema General de Participaciones –SGP dirigido al sector salud[3]; iii) el aporte nación; y iv) el rubro de otras fuentes, que agrupa los ingresos procedentes por las rentas cedidas de las entidades territoriales, los aportes de las cajas de compensación, Coljuegos, Prima FONSAT y Contribución SOAT, impuesto social a las armas y municiones, USPEC, multas y sanciones y los aportes dirigidos al Sistema Nacional de Residencias Médicas.

- **Cotizaciones:** Consiste en los aportes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que para su cálculo se tomó el monto de ingresos por contribuciones de la ejecución presupuestal[4] de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, vigencia 2024, el cual ascendió a 33.921 mm, monto base cuyo crecimiento anual se corresponde al crecimiento del PIB real proyectado consistente con el MFMP-2024. En la **tabla 1**, se puede evidenciar la proyección de ingresos por cotizaciones.

[3] Se adara que la proyección a mediano plazo de las fuentes de financiamiento del sistema de salud, especialmente los recursos provenientes de Aportes Nación y el SGP Salud, estará sujeta a modificaciones derivadas de la implementación del Acto Legislativo 03 de 2024. Particularmente, por cuanto a partir de 2027, con el cambio en la fórmula de cálculo de las transferencias del SGP, se prevé una transición hacia mayores transferencias por parte de la Nación y, en ese sentido, cualquier incremento en los recursos asignados a las entidades territoriales estará asociado a un menor aporte de la Nación, por lo que dichos cambios no tendrán efectos significativos sobre la disponibilidad total de recursos sectoriales."

Tabla 1 Ingresos proyectados Cotizaciones

Fuentes	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Cotizaciones	36.053	37.121	38.219	39.355	40.531	41.767	43.062	44.410	45.813	47.266

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Elaboración Subdirección de Salud y Riesgos Profesionales - Ministerio de Hacienda y Crédito Público con base en ejecuciones ADRES y MFMP-2024.

- **Aporte Nación:** El valor de este rubro en el año 2025 corresponde al monto definido en el Marco Fiscal de Mediano Plazo[5] -MFMP- de 2024 expresado en pesos de 2025 que guarda coherencia con el asignado al rubro *"aseguramiento, reclamaciones* y, *servicios integrales en salud, (Ley 100 de 1993 y Decreto 780 de 2016)"* del Decreto con fuerza de Ley 1523 de 2024[6]. Como se evidencia en la **tabla 2**, a partir de 2026 el ajuste corresponde a la actualización de supuestos macroeconómicos, al Decreto de Liquidación del PGN 2025 y a los últimos datos disponibles (cierre fiscal de 2024 de la ADRES). Conviene señalar que se toma el rubro "Con Situación de Fondos – CSF" y se excluye "fondos especiales" (código 6-021 – Fondo de recursos SOAT y FONSAT – antes FOSYGA), los cuales son considerados en "otras fuentes".

Tabla 2 Aporte Nación

Fuentes	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Aporte Nación	38.173	41.400	44.210	48.922	53.574	58.726	64.247	70.277	76.796	83.874

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Elaboración Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El Aporte Nación actualmente incorpora 0,5% de IVA social e impuestos saludables

- **Sistema General de Participaciones Salud – SGP Salud[7]**: Es el componente del SGP, destinado a financiar la prestación de servicios de salud en las entidades territoriales. Como se evidencia en la **tabla 3**, la senda de este rubro presenta la estimación del 100% del SGP-Salud con base en los parámetros definidos por la ley vigente y del MFMP-2024. Nótese que en la desagregación del gasto se incluye el 10% del SGP-Salud asociado al monto destinado a Salud Pública y ejecutado por las Entidades Territoriales -ET.

Tabla 3 Ingresos proyectados de Sistema General de Participaciones -Salud

Fuentes	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
SGP salud (100%)	19.061	20.116	22.437	23.227	24.472	25.601	26.796	27.952	29.126	30.286

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Elaboración Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Dirección General de Presupuesto Público Nacional.

[4] Ejecuciones tomadas de: https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/informacion-financiera/unidad-de-recursos-administrados-ura/ejecucin%20presupuestal/forms/allitems.aspx
[5] Esta proyección de Aporte Nación podrá ser objeto de modificaciones una vez se actualice el Marco Fiscal de Mediano Plazo 2025 (y, en consecuencia, en el Marco de Gasto de Mediano Plazo), en función de la actualización de los supuestos y los datos utilizados en el segundo trimestre de 2025.
[6] Por el cual se decreta el Presupuesto de rentas y recursos de capital y el presupuesto de gastos para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre 2025.
[7] Se reitera que esta senda depende de la reglamentación del Acto legislativo 03 de 2024.

- **Otras fuentes**: Agrupa los ingresos corrientes procedentes de rentas cedidas de las entidades territoriales, aportes de las Cajas de Compensación, Coljuegos, Prima FONSAT y Contribución SOAT, impuesto social a las armas y municiones, USPEC, multas y sanciones y aportes dirigidos al Sistema Nacional de Residencias Médicas; y los ingresos de recursos de capital provenientes de rendimientos financieros, recuperación de cartera y reintegros, los cuales se encuentran agrupados en la **tabla 4**.

Tabla 4 Ingresos proyectados de Otras Fuentes

Fuentes	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Otras fuentes	7.953	8.226	8.509	8.802	9.108	9.429	9.764	10.113	10.478	10.857

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Elaboración Subdirección de Salud y Riesgos Profesionales - Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Para la estimación de los recursos del FONSAT y la contribución del SOAT se toma como base el cierre a 31 de diciembre de 2024 reportado en las ejecuciones de la ADRES, monto que crece al 4,91% anual tasa estimada de crecimiento del parque automotor asegurado.

Para la estimación de los aportes de las Cajas de Compensación Familiar destinadas al financiamiento del régimen subsidiado en salud de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se proyectan sobre el cierre a 31 de diciembre de 2024 reportado en las ejecuciones de la ADRES, base a la cual se aplica un crecimiento del salario mínimo real de 1% y la tasa de crecimiento de la Población en Edad de Trabajar estimada con base en las proyecciones poblacionales del DANE: proyecciones de población a nivel nacional periodo 2020 – 2070 actualización post covid-19.

Para la estimación de otras fuentes, cada una se proyecta hacia adelante con la tasa del crecimiento del PIB real del MFMP 2024. Para los rubros de ingresos corrientes (cuenta 1 – Ejecución ADRES 2024) se toma la base del ingreso acumulado al cierre a diciembre de 2024, mientras que para los rubros de recursos de capital (cuenta 2) se toma el aforo inicial, considerando la naturaleza y variabilidad de estos flujos.

De conformidad con lo anterior, en la **tabla 5** se presenta la consolidación de los valores anteriormente expuestos.

Tabla 5 Ingresos proyectados del Sistema de Salud

Fuentes	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Aporte Nación	38.173	41.400	44.210	48.922	53.574	58.726	64.247	70.277	76.796	83.874
Cotizaciones	36.053	37.121	38.219	39.355	40.531	41.767	43.062	44.410	45.813	47.266
SGP salud (100%)	19.061	20.116	e22.437	23.227	24.472	25.601	26.796	27.952	29.126	30.286
Otras fuentes	7.953	8.226	8.509	8.802	9.108	9.429	9.764	10.113	10.478	10.857
Total ingreso	101.241	106.863	113.376	120.306	127.685	135.523	143.869	152.752	162.214	172.283
Participación en PIB	5,76%	5,91%	6,09%	6,28%	6,47%	6,66%	6,86%	7,06%	7,27%	7,48%

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Elaboración Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El Aporte Nación actualmente incorpora 0,5% de IVA social.

La **Error! Reference source not found.6** presenta los parámetros utilizados en el cálculo de deflactores y en la proyección de valores futuros asociados al PIB.

Tabla 6. Supuestos de inflación y crecimiento real (Porcentajes)

Supuestos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Supuestos de inflación	3,2	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Crecimiento PIB real	2,99	2,96	2,96	2,97	2,99	3,05	3,10	3,13	3,16	3,17

Fuente: Marco Fiscal de Mediano Plazo 2024

2.2. Nuevas fuentes de financiación

El texto aprobado en segundo debate por la plenaria de la Cámara de Representantes contempla **dos nuevas fuentes de financiación,** a saber, i) El recaudo del 100% de impuestos saludables y, ii) el 0.5% del IVA Social.

Se destaca que en el parágrafo 1 del artículo 10 del texto aprobado, se indica que los recursos del recaudo de impuestos saludables y el 0.5% de IVA social, 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.

I. **Impuestos Saludables:** El artículo 11 del texto aprobado en segundo debate por la Plenaria de la Cámara de Representantes, señala que el Gobierno Nacional destinará el 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 General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir del 2026.

II. **IVA Social**: El numeral 19 del artículo 10 señala que le corresponderá a la ADRES administrar la destinación específica del 0.5% del IVA social.

En ese sentido, y teniendo en cuenta que el texto aprobado no cuenta con una temporalidad para la destinación de estos conceptos, estas fuentes se estiman para para un periodo de 9 años, la cual se expresa en la **tabla 7**.

Tabla 7 Recaudo proyectado impuestos saludables e IVA Social

Rubro	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
IVA social 0,5%	2.271	2.146	2.225	2.327	2.411	2.505	2.597	2.705	2.812	2.930
Saludables	2.972	3.093	3.220	3.352	3.490	3.636	3.790	3.952	4.123	4.302
Total	**5.243**	**5.239**	**5.445**	**5.679**	**5.901**	**6.141**	**6.387**	**6.657**	**6.935**	**7.232**

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Elaboración Dirección General de Política Macroeconómica - Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Si bien estas dos fuentes no constituyen ingresos adicionales, es necesario precisar que las mismas se indicaron como tal durante el trámite legislativo, por lo que resulta perentorio establecer su redistribución hacia el sector salud. El recaudo por impuestos saludables ya se encuentra incorporado en el PGN, y por su parte el 0.5 del IVA social, ya cuenta con una destinación específica para el sector salud, de conformidad con el artículo 184 de la Ley 1819 de 2016.

2.3. Proyección de usos del sistema de Salud

Para el análisis de los gastos del proyecto de ley se tomó en consideración la información previamente citada y que fue aportada por el MSPS. Considerando los cambios que ha surtido el proyecto de ley durante el trámite legislativo. Las estimaciones se efectúan a partir del año 2025, año en que se espera inicie la implementación de la reforma de acuerdo con lo señalado en el articulado.

Con respecto al sistema de información y de acuerdo con lo indicado por el MSPS, este gasto estará a cargo del rubro de *inversión* de dicha cartera, por lo tanto, no se incluye en la proyección de gastos.

Los proyectos de inversión[8] se denominan "Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud y Protección Social 2019-2023", código BPIN 2017011000477, y proyecto de inversión "Consolidación del Sistema de Información y Banco de Datos del Sector Salud y Protección Social 2024- 2027", código BPIN 2023000000034, con una inversión de $882,28 mil millones entre 2023 y 2027, y que se encuentran en ejecución en la actualidad.

Los gastos contenidos en la cuantificación de la reforma hacen referencia al presupuesto de *funcionamiento* del Sistema de Salud administrados en la actualidad por Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, razón por la cual los montos sujetos a inversión dependerán de las gestiones que realice el MSPS, como cabeza de Sector, en las discusiones de planeación presupuestal y en el marco de las priorizaciones que realice dicha cartera conforme a su autonomía presupuestal, según el artículo 110 del Estatuto Orgánico del Presupuesto.

Finalmente, se reitera que, tal y como se menciona en la exposición de motivos aportada por el MSPS, los gastos de administración contemplados en el proyecto de Ley alcanzan el 5%, valor que se encuentra por debajo del 8% y del 10% definidos en la ley vigente.

Gastos directos

Atención Primaria en Salud: La senda de Atención Primaria en Salud corresponde al esfuerzo requerido por el MSPS, el cual se encuentra contenido en el oficio 2025300001005181, de donde se resaltan los Centros de Atención Primaria y los Equipos de Salud.

I. **Territorial**. Dentro de los componentes del gasto de los Servicios de Atención Primaria en Salud señalados en el documento remitido por el MSPS, se encuentran:

- **Mano de obra directa:** Gastos relacionados con personal de planta (salarios y prestaciones) y servicios personales indirectos relacionados con las funciones misionales. En este rubro se incluye la conformación y operación de los Equipos de Salud Territoriales.

- **Mano de obra indirecta:** Gastos de personal administrativo con funciones no misionales relacionadas con atención al usuario, gestión de licencias e incapacidades, apoyo en procesos de referencia y contrarreferencia, entre otros.

- **Gastos de operación y prestación de servicios:** Gastos de las instituciones para adquirir bienes y servicios que participan directamente en la prestación del servicio de salud, como medicamentos, material médico quirúrgico y de odontología, servicios de apoyo diagnóstico, entre otros.

- **Gastos generales:** Gastos de celaduría, aseo, transporte y en general todos los bienes y servicios necesarios para que la institución cumpla con las funciones asignadas. Según la información suministrada por el Ministerio de Salud, la proyección de gastos incluye la formalización del talento humano en salud de los prestadores públicos que funcionarán como CAPS, éste último deberá estar sujeto a la disponibilidad presupuestal.

II. **Mediana y alta complejidad**: La senda corresponde a la tasa de crecimiento del gasto de mediana y alta complejidad remitida en el precitado oficio por el MSPS.

III. **Fortalecimiento de la red pública:** La senda corresponde al esfuerzo requerido por el MSPS, de conformidad con la información contenida en el precitado oficio remitido por dicha cartera. Además, incorpora los recursos de que trata el numeral 13 del artículo 61 con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado.

Conviene señalar que, en línea con lo mencionado anteriormente, se incorporó la progresividad del articulado, el cual establece que *"[l]as fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad",* con el propósito de no generar rigideces presupuestales.

IV. **Prestaciones económicas:** Parte de la proyección actual de los rubros de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, contenidos en las ejecuciones de la ADRES y ajustados a los parámetros de crecimiento poblacional y natalidad.

V. **Becas**: Dado que la medida requiere un desarrollo reglamentario, no es posible conocer *ex ante* el gasto de ésta, pues se desconocen las características particulares que se definan. En cualquier caso, existe discrecionalidad de definición del gasto por parte del ejecutivo por lo que dependerá de las disponibilidades presupuestales. Según el MSPS, el gasto anual estima como punto de partida **$124 mm en 2025**.

VI. **Licencias de maternidad (no cotizantes):** La senda corresponde a la propuesta por el MSPS, la cual incorpora criterios de priorización en función del nivel socioeconómico e incluye criterios de progresividad y gradualidad, ajustados a los parámetros de crecimiento poblacional y natalidad. El artículo 22 señala *"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 MSPS reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029."*

VII. **Fortalecimiento institucional:** El Ministerio de Hacienda y Crédito Público no cuenta con la información que le permita estimar *ex ante* el gasto del fortalecimiento institucional en los términos planteados por la iniciativa legislativa, toda vez que depende de las características específicas de la estructuración definida por cada una de las entidades. Sin embargo, de

[8] De conformidad con la información reportada por el MSPS mediante radicado radicados 202430000577001 del 13-03-2024 y 202430000777791 del 08-04-2024.

acuerdo con el MSPS, se requerirían recursos adicionales del orden de **$103 mm** por vigencia para el fortalecimiento exclusivamente de la ADRES.

VIII. **Fondo para la atención de catástrofes y epidemias:** La cuantificación dependerá de la reglamentación que se adelante sobre la materia y de las disponibilidades presupuestales. De acuerdo con el MSPS, mediante el oficio previamente citado, se requerirían alrededor de **$52 mm** por año para ir estableciendo un ahorro que permita afrontar eventos catastróficos o epidemias.

Gastos indirectos

I. **Migrantes:** Este valor corresponde a un gasto promedio de **$366 mm** por vigencia, el cual corresponde al promedio observado durante los últimos años.

II. **SOAT – Rango diferenciales:** Se utilizaron los datos remitidos por la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud -ADRES.

III. **Saneamiento de ESE que se trasformen en ISE:** Hace referencia a los recursos de que trata el numeral 9 del artículo 12 y los definidos en el numeral 13 del artículo 61 donde se señala que 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 han dejado con estas instituciones previa verificación y auditoría de las autoridades competentes. En todo caso, se priorizará el pago que las ESE transformadas en ISE adeuden con los trabajadores de la salud. Según estimaciones del MSPS, de acuerdo con el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO, que a noviembre de 2024 reportaba que el pasivo de las ESE era de **$3,9 billones**. Ese monto se distribuye en el periodo de la proyección como muestra la senda de "Saneamiento ESE-ISE" de la proyección de gastos.

IV. **Rubro de "otros":** Su proyección parte del monto destinado al Sistema Nacional de Residencias Médicas y el rubro "*Atención de Medidas En Política Sectorial*", descontando las pruebas Covid-19 financiadas con recursos de deuda, toda vez que corresponden a recursos extraordinarios y no corrientes.

Gastos de gestión

I. **Incentivos a la calidad:** La senda supone que el incentivo será implementado a partir de 2026, puesto que debe surtirse previamente el proceso de creación de las Gestoras de Salud y Vida y la evaluación de los criterios de que trata el numeral 4 del artículo 34 del proyecto de ley hasta alcanzar el 3% del gasto estimado en mediana y alta complejidad.

II. **Unidades Zonales de Planeación:** De conformidad con el artículo 39 del proyecto, para la financiación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, se destinará hasta el 1% del presupuesto asignado al aseguramiento en el Fondo Único de Salud. La senda propuesta corresponde a la priorización realizada por los equipos técnicos del MSPS.

De conformidad con lo expuesto, en la **tabla 8**, se evidencian los usos proyectados del sistema de salud.

Tabla 8 Usos proyectados del Sistema de Salud

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	19.157	21.783	23.462	25.339	27.366	29.555	31.920	34.473	37.231	40.210
Mediana y alta complejidad	74.283	76.570	78.910	82.066	85.349	88.763	92.314	96.007	99.847	103.841
Fortalecimiento de la red pública	516	1.032	1.032	2.064	3.612	4.128	4.334	4.551	4.779	5.018
Prestaciones económicas	2.914	3.031	3.154	3.281	3.413	3.552	3.694	3.844	3.999	4.159
Otros	516	533	550	568	607	606	624	645	666	686
Becas		124	124	155	206	206	206	206	206	206
Prestación de maternidad		773	1.102	1.172	1.240	1.310	1.308	1.306	1.304	1.302
Fortalecimientos institucionales		103	103	103	103	103	103	103	103	103
Fondo de desastres		52	52	52	52	52	52	52	52	52
SGP - E.T. SGP (10%)	1.906	2.012	2.244	2.323	2.447	2.560	2.680	2.795	2.913	3.029
Gastos directos	**99.292**	**106.013**	**110.733**	**117.123**	**124.395**	**130.835**	**137.235**	**143.982**	**151.100**	**158.606**
SOAT - Rangos diferenciales	224	246	271	298	328	361	397	436	480	528
Migrantes irregulares	316	316	316	316	316	316	316	316	316	316
Saneamiento ESE-ISE (Art.61 #13)	650	950	600	500	215	200	200	200	200	185
Gastos indirectos	**1.190**	**1.512**	**1.187**	**1.114**	**859**	**877**	**913**	**952**	**996**	**1.029**
Incentivos de calidad (Art 34)	0	1.531	1.973	2.439	2.513	2.588	2.666	2.746	2.828	2.913
Unidades Zonales de Planeación	467	669	1.024	1.056	1.099	1.142	1.190	1.242	1.299	1.349
Gastos de gestión	**467**	**2.200**	**2.997**	**3.495**	**3.612**	**3.730**	**3.856**	**3.988**	**4.127**	**4.262**
Total gastos	**100.949**	**109.725**	**114.917**	**121.732**	**128.866**	**135.442**	**142.004**	**148.922**	**156.223**	**163.897**
Participación en el PIB	5,75%	6,07%	6,17%	6,35%	6,53%	6,66%	6,77%	6,88%	7,00%	7,12%

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el MSPS.

De acuerdo con lo señalado por el MSPS la "población beneficiaria" tal y como lo define la Ley 1751 de 2015[9], en atención al principio de universalidad, el sistema de salud debe responder a las necesidades de salud de todos los residentes en el país; adicionalmente, es necesario tener en consideración que la apuesta principal es garantizar el acceso a los servicios de salud, sin discriminación por su capacidad de pago.

3. Balance del sistema

A continuación, se presentan en pesos constantes de 2025 los usos proyectados del sistema, así como los balances proyectados a 2034. La **Tabla 8** muestra las trayectorias de usos presentadas por el MSPS

[9] Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

las cuales incorporan los ajustes emanados de los debates en cámara y los cambios en la temporalidad de la reglamentación e implementación dado los tiempos del trámite legislativo. Las fuentes se actualizan

a los montos contenidos en el Decreto con fuerza de ley 1523 de 2024 y se incluye la actualización de los rubros de cotizaciones y otras fuentes con base en la información a cierre de 2024. Con base en lo expuesto, en la **Tabla 9** se presenta el balance proyectado del Sistema de Salud considerando los cambios presentados en el texto aprobado por la plenaria de la Cámara de Representantes.

Tabla 9 Balance proyectado del Sistema de Salud

Fuentes-Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Impuestos saludables		3.093	3.220	3.352	3.490	3.636	3.790	3.953	4.123	4.302
Aporte Nación	38.173	41.400	44.210	48.922	53.574	58.726	64.247	70.277	76.796	83.874
Cotizaciones	36.053	37.121	38.219	39.355	40.531	41.767	43.062	44.410	45.813	47.266
SGP salud (100%)	19.061	20.116	22.437	23.227	24.472	25.601	26.796	27.952	29.126	30.286
Otras fuentes	7.953	8.226	8.509	8.802	9.108	9.429	9.764	10.113	10.478	10.857
Fuentes	101.241	109.956	116.596	123.658	131.175	139.159	147.659	156.705	166.337	176.585
Usos	100.949	109.725	114.917	121.732	128.866	135.442	142.004	148.922	156.223	163.897
Balance	**292**	**231**	**1.679**	**1.926**	**2.310**	**3.717**	**5.655**	**7.783**	**10.114**	**12.689**

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el MSPS. Fuentes estimadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En particular, con relación a la destinación específica de impuestos saludables, establecida en el articulado del proyecto de ley, supone una recomposición de los gastos en el presupuesto general de la nación, a fin que se garantice el balance de los ingresos de la Nación, que deberá ser determinado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público al momento de presentar la actualización del MFMP-2025 y el proyecto de ley de presupuesto.

4. Comentarios generales al articulado

4.1. Pasivos de EPS con participación accionaria: De conformidad con lo señalado en el parágrafo 4 del artículo 30 del proyecto, las EPS con participación accionaria del Estado podrán certificar el pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o entidad territorial, como respaldo del cumplimiento de las condiciones de permanencia para poder transformarse en gestoras. En este sentido, el Gobierno evaluará los mecanismos conducentes, dentro del marco de la sostenibilidad de las finanzas públicas para la implementación de este objetivo.

En el último reporte de información financiera realizado por parte de Nueva EPS ante la SNS en los FT001, con corte de 31 de diciembre de 2023, el pasivo asciende a **$6.672 miles de millones de pesos**, con unas reservas técnicas de $6.209 miles de millones, sin embargo, hasta la fecha, no se cuenta con información certificada sobre los Estados Financieros definitivos de las vigencias 2023 y 2024.

4.2. Recursos destinados al pago de pasivos del sector salud.
El proyecto incluyó 4 nuevas fuentes destinadas al pago de pasivos del sector las cuales comprenden: i) Recursos del FOSFEC (art 24); ii) Recursos de Saldos de Cuentas Maestras; iii) Excedentes de saneamiento de aportes patronales (art 26); iv) Excedentes del sector salud (art 27); y v) Mecanismo de crédito a través del Grupo Bicentenario.

I. **Recursos del FOSFEC**: El artículo señala que las cajas de Compensación Familiar que administren o hayan administrado programas de salud o que participen en el aseguramiento en salud, podrán usar hasta un 40% de los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante –FOSFEC– para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos, asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliado, así como para el pago de las deudas que las Cajas de Compensación tengan con el SGSSS registradas en los estados financieros de la ADRES. Con base en la certificación expedida por la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar –Asocajas, el MSPS reportó para este rubro **$347.625 millones**.

Los recursos del FOSFEC provienen de las contribuciones que realizan los empleadores y que representan un instrumento para mitigar los efectos del desempleo y para fortalecer la seguridad social de los trabajadores. Es importante señalar que 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 la ley.

II. **Saldos de cuentas maestras**: Es una nueva fuente que se incluyó en el artículo 25 del proyecto y que hace referencia a los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado, los cuales, al tratarse de saldos, solo se podrán usar en el primer año de implementación de la reforma. Estos saldos tendrán los usos señalados en el citado artículo. El MSPS informó que el saldo en cuentas maestras susceptibles de aplicación para la vigencia 2024 alcanzó **$84.348 millones** de pesos, los cuales incluyen los excedentes del sector salud de que trata el artículo 27 del proyecto de ley.

La propuesta introduce cambios significativos en la gestión y uso de los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado, priorizando el pago de pasivos, la atención de urgencias de la población migrante no asegurada y el fortalecimiento del talento humano en salud. Sin embargo, las nuevas condicionalidades y la ampliación de los usos podrían generar desafíos operativos y financieros, especialmente en territorios con limitada capacidad de gestión. Es fundamental que estas modificaciones sean acompañadas de lineamientos claros y apoyo técnico para garantizar su implementación efectiva y sostenible.

III. **Excedentes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones**: Estos recursos correspondientes a las vigencias 1994 a 2016 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 ESE, entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación de acuerdo con lo que defina la entidad territorial. Es importante señalar que estos recursos estarían destinados al pago de deudas y en todo caso, es potestativo de las Entidades Territoriales. El Ministerio de Salud determinó que el monto ascendería **$69.339 millones de pesos** de 2024.

IV. **Excedentes del sector salud**: Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del SGSSS a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, pago de 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 ESE. De acuerdo a la información suministrada por el MSPS, los recursos ascienden a **$14.167 millones**.

Validar documento firmado digitalmente en: https://sedeelectronica.minhacienda.gov.co

Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud se podrán destinar al pago de deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el PBS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Como se señaló, el monto de saldos de cuentas maestras incluye lo correspondiente a excedentes del sector salud. De acuerdo con la información suministrada por el MSPS, los recursos ascienden a **$16.313 millones.**

La inclusión de la población migrante podría implicar una presión adicional sobre los recursos si los excedentes no son suficientes para cubrir esta demanda.

V. **Mecanismo de crédito a través del Grupo Bicentenario**: El artículo 61 autoriza la creación de mecanismos de crédito a través del Grupo Bicentenario para sanear pasivos de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Conviene señalar que si bien para el caso de impago de las IPS públicas, la ADRES puede acudir al pago de las cuotas con cargo a los recursos que destine el Estado a dichas IPS, esto mismo no aplica en el caso de las prestadoras privadas. Por lo cual, aunque las medidas mencionadas podrían aliviar temporalmente las obligaciones financieras del sector, podrían implicar costos fiscales en caso de que dichas garantías o compensaciones no se encuentren sujetas al techo de gasto del Sector Salud. Además, esto no garantiza la efectividad de los planes de saneamiento, que podría repercutir en necesidades adicionales de recursos a futuro.

4.3. Determinantes sociales de la salud.

El proyecto de ley señala que el MSPS, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud. Estos gastos deberán ser acompasados de manera progresiva con el MFMP y en el marco de las competencias asignadas a cada sector que interviene en dichos determinantes.

4.4. Cuentas de destinación específica.

El proyecto mantiene la creación de dos cuentas de destinación específica: Cuenta de Atención Primaria en Salud y Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. Este Ministerio reitera que presupuestalmente no modifica las condiciones actuales de fondo, de modo que no resulta conveniente establecer cuentas de esta naturaleza con ingresos y destinaciones específicas.

Si bien se incluyó en el texto el artículo 14 que señala que la ADRES podrá realizar los traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, aún se presentarían rigideces producto de las disposiciones legales vigentes que rigen la destinación de los ingresos que administra la ADRES para poder realizar los traslados, por lo que, si bien la ADRES cuenta con autonomía presupuestal, no es recomendable mantenerlas.

Así mismo, el artículo 17 del texto sobre la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones **de los demás** recursos del Fondo único Público de Salud señala que todos los recursos que conforman la cuenta harán unidad de caja excepto los presupuestados para el fondo de la atención de catástrofes y epidemias, y el pago de servicios de mediana y alta complejidad.

4.5. Manual tarifario.

La expedición del manual tarifario debe ser consistente en tiempo con el momento en el que se dé la implementación de la reforma, en tanto se trata de uno de los mecanismos de contención del gasto propuestos en el proyecto.

4.6. Servicios Sociales Complementarios en Salud.

El artículo 21 ya no establece una lista taxativa como se había presentado inicialmente en el proyecto, así las cosas, al MSPS le corresponde determinar los servicios que serán incluido y, consecuencialmente, deberá ser consistente con el MFMP, según la priorización y definiciones que al respecto realice el MSPS con cargo a los recursos de ese sector administrativo, en cumplimiento de la autonomía presupuestal prevista en el artículo 110 del Estatuto Orgánico de Presupuesto. Así mismo, el parágrafo 2 adicionó como beneficiarios del transporte de cadáveres a la población campesina y Rrom, por lo que será necesario delimitarla con miras a poder establecer el costo de la medida.

4.7. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y sus condiciones: De acuerdo con el proyecto de ley, las EPS tienen la posibilidad de transformarse en Gestoras de Salud y Vida bajo ciertas condiciones, en cuyo caso, deben sanear sus pasivos reconocidos con los actuales prestadores.

Por lo anterior, dado que la mayoría de las EPS no cumple con las condiciones de habilitación financiera de acuerdo con lo señalado por la Superintendencia Nacional de Salud, y, especialmente, no cuenta con los activos suficientes para solventar sus pasivos, es posible que estas EPS entren en proceso de liquidación por la acumulación de pasivos reconocidos insolutos, los cuales pueden ocasionar presión fiscal sobre la Nación.

4.8. Entidades de Salud del Estado Itinerantes: Se aprobó en la plenaria de la Cámara de Representantes la creación de estas Entidades de Salud del Estado Itinerantes que operarán en las zonas dispersas, rurales o de difícil acceso geográfico. La construcción de las ISE será con cargo a los recursos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Fondo de Dotación e Infraestructura Hospitalaria y su costo de operación dependerá del tipo de ISE, que en todo caso deberá ser consistente con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

4.9. Oferta institucional para la formación gradual y posgradual: Adicionalmente se plantea aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud y propone que se desarrolle un programa de inversión para que todas las ISE sean reconocidas como escenarios de docencia. La implementación del plan de inversión requiere de recursos que no han sido cuantificados ni proyectados por el MSPS.

4.10. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud: Es importante verificar los tiempos señalados en la propuesta con respecto al estudio de implementación que se haya hecho, ya que estos tiempos se acortaron con respecto al anteproyecto de ley para cumplir con toda la transformación del sistema. En dos años se plantea que todo el sistema esté operativo y que las EPS

hayan realizado su transición a Gestoras de Salud y Vida, y en tres años, la ADRES deberá contar con toda la capacidad operativa necesaria para cumplir con sus funciones.

4.11. Formalización laboral y régimen especial para trabajadores del sector salud: La garantía de recursos anuales para formalizar la situación laboral del personal sanitario, así como la creación de un régimen especial para trabajadores del Sector Salud, el cual incluya un sistema especial de estímulos salariales y no salariales, y el reconocimiento de incentivos para el personal que labore en zonas rurales, de difícil acceso o en condiciones de alta complejidad. Este compromiso se adelantará de manera progresiva y dentro de los límites del MFMP. Finalmente, se resalta que todas las disposiciones contenidas en el proyecto y su implementación deberán considerar los principios constitucionales y legales de disciplina fiscal y de planeación presupuestal vigentes, en particular los establecidos en los artículos 2, 12, 13, 20, 21, 39 y 47 del Estatuto Orgánico del Presupuesto.

En este sentido, y conforme a lo expuesto en este documento, el impacto fiscal estimado del proyecto de ley del asunto **puede incorporarse de forma compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo**, manteniendo la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las finanzas públicas. Es así que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público emite **concepto aprobatorio** al Proyecto de Ley de la referencia en la medida en que las obligaciones corrientes del sector salud acumuladas al cierre de 2024 sean cubiertas según la priorización y definiciones que al respecto realice el MSPS con cargo a los recursos de ese sector administrativo, en cumplimiento de la autonomía presupuestal prevista en el artículo 110 del Estatuto Orgánico de Presupuesto.

Cordial saludo,

CARLOS EMILIO BETANCOURT GALEANO
Viceministro Técnico (E)
Ministerio de Hacienda y Crédito Público
DGPE/DGPPN/DGRESS/DGPM/OAJ