



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 - N° 1731

Bogotá, D. C., miércoles, 17 de septiembre de 2025

EDICIÓN DE 29 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.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 NEGATIVA PARA TERCER DEBATE DEL 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 se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C., septiembre 17 de 2025

Senador:

MIGUEL ANGEL PINTO HERNANDEZ

Presidente

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL

SENADO DE LA REPÚBLICA

Ciudad.

Asunto: Informe de Ponencia **Negativa** para tercer Debate del Proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia se dictan otras disposiciones"

Respetado presidente:

En cumplimiento del honoroso encargo que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, y en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 arts. 150, 153 y 156, en mi calidad de Ponente, me permito radicar, **PONENCIA NEGATIVA** para tercer debate (primero en Senado de la República) al proyecto de Ley Proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia se dictan otras disposiciones" en los siguientes términos:

I. Antecedentes de la iniciativa.

- 1.1 Consideraciones Iniciales
- 1.2 Trámite de la iniciativa
- 1.3 Marco Normativo

II. Consideraciones del proyecto de ley.

1. Aspectos de mejora del sistema que no resuelve la reforma a la salud
 - a) Déficit de profesionales en salud.
 - b) Acceso a servicios de salud en territorios apartados, distribución de medicamentos y atención primaria, enfoque preventivo.
 - c) Sostenibilidad financiera, fuentes de financiación.
 - d) Incoherencias fiscales y presupuestales del proyecto de ley
 - e) Insuficiencia de la UPC.

II. Sistema de Salud Actual-Logros y Beneficios.

1. Disminución en las tasas de mortalidad evitable atribuibles al sistema de salud.
2. Bajo gasto privado o "de bolsillo".
3. Aumento en la cobertura del sistema de salud.
4. Aumento de los beneficios en salud.
5. Aumento de la expectativa de vida.

IV. Impacto fiscal

VI. Proposición de Archivo.

Atentamente,

JOSUE ALFARO BARRERA RODRIGUEZ

Ponente

PARTIDO CENTRO DEMOCRATICO

HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO

SENADOR DE LA REPUBLICA

Coadyuvo la Ponencia

INFORME DE PONENCIA <u>NEGATIVA</u> PARA PRIMER DEBATE INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NO 410 DE 2025 SENADO - 312 DE 2024 CÁMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY 135 DE 2024 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" I ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA 1.1 Consideraciones Iniciales. Esta reforma tal y como esta propuesta es abiertamente inconveniente, principalmente por los siguientes motivos que pasaremos a ampliar más adelante: 1. SU INSOSTENIBILIDAD FISCAL. No tiene fuentes de financiación, el Ministerio de Hacienda dice que vale \$109 billones en su primer año (2026) y no se sabe de dónde surgen los recursos, si el Presupuesto General de la Nación está desfinanciado en \$26 billones para 2026. 2. SUPUESTOS INGRESOS DEL SISTEMA SIN RESPALDO-INCOHERENCIA DEL AVAL FISCAL. En los últimos tres conceptos del Ministerio de Hacienda, hay variaciones sobre los ingresos del Sistema en los próximos 10 años, se basan para ello en supuestos que no guardan relación con el déficit fiscal al que ha llevado el país este gobierno. En el informe rendido para septiembre de 2024 se esperaban unos ingresos de \$1.260 billones para el periodo 2025-2034, sin definir las fuentes de los mismos. En el informe rendido en marzo de 2025 ascendían a \$1336 billones, un aumento de \$76 billones sin respaldo sobre esas fuentes de financiación, si las que enlista o propone el proyecto de ley no suman ni los \$3 billones. En el informe de agosto de 2025, los ingresos ascienden a \$1.576 billones, en un periodo de análisis que va de 2026 a 2036 e igualmente se omite las nuevas fuentes de financiación. 3. CAMBIO DEL ASEGURAMIENTO DEL RIESGO EN SALUD A UN ASEGURAMIENTO SOCIAL- que no tiene respaldo técnico ni científico. No está claro los pacientes actuales, quien, y en donde los van a atender, la continuidad en su atención y tratamientos, se desnaturaliza el aseguramiento del riesgo en salud, pretenden pasar a un aseguramiento social, eso solo es REVIVIR EL SEGURO SOCIAL, filas interminables, demoras en la atención, escases de medicamentos, como lo estamos viendo hoy por el desfinanciamiento al que este gobierno ha sometido el Sistema, que hasta finales de 2022 funcionó muy bien como lo ampliaremos mas adelante.	4. SE PROPONE UN MONOPOLIO ESTATAL. Al proponer que el ADRES, sea quien maneje los recursos, contrate y les pague a los prestadores se genera más burocracia y se hace menos transparente el manejo de los recursos. Ya vemos las irregularidades de la NUEVA EPS, administrada por este gobierno desde abril de 2024 y en un año \$10.5 BILLONES en anticipos sin legalizar, \$8,7 BILLONES en facturas sin procesar y \$21.3 BILLONES en cuentas por pagar. 5. DESPROTEGE LOS PACIENTES No está claro cómo será la continuidad en la atención de los pacientes actuales, los que ya están en tratamiento, especialmente con enfermedades crónicas, de alto costo o tratamientos permanentes. En el artículo 69 del texto aprobado en Cámara, menciona que los servicios habilitados por EPS "continuarán" hasta que se creen las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Sin embargo, no define cómo garantizar la continuidad, ni mecanismos de seguimiento personalizado, máxime la situación de desfinanciación de la UPC a la que este gobierno ha sometido al sistema, y no solo al sistema a todos y cada uno de los pacientes, que están en tratamiento. Estos son la ante sala de innumerables factores que nos motivan a presentar esta ponencia negativa contra este adefesio legislativo. Lamentablemente para los colombianos, a pesar del momento político y la oportunidad que tenemos de construir un mejoramiento al sistema, que contribuya a superar retos que persisten en nuestro sistema de salud, tales como: Lograr mayor equidad: instalar capacidades de atención y rápida respuesta en zonas rurales y con mayores retos socioeconómicos, tanto a través de infraestructura como del talento humano en salud y las tecnologías de la salud más adecuadas. Brindar mejores condiciones para el talento humano en salud: formular los mecanismos de financiamiento para mejorar condiciones contractuales, horarios y cargas laborales, capacidades resolutivas, formación continuada. Eliminar barreras de acceso y avanzar hacia una atención más rápida y oportuna: permitiendo que más colombianos puedan acceder a los servicios de salud que requieren de especialistas y tecnologías especializadas con mayor rapidez. Garantizar sostenibilidad financiera: pagos oportunos a prestadores sin comprometer la continuidad en la prestación de servicios de salud.
El proyecto de ley propuesto por el Gobierno Nacional, de acuerdo con los estudios adelantados por los suscritos que incluyen la escucha a altos funcionarios y técnicos al frente de la formulación de la reforma a la salud, así como a expertos salubristas y centros de pensamiento, concluye que definitivamente la reforma no avanza en la consecución de esos objetivos y tampoco cuenta con las claridades que permitan afirmar que los ajustes propuestos en el articulado representen un avance en el goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos, sino que por el contrario, su eventual implementación implicará un retroceso para el sistema de salud, amenazando y poniendo en riesgo la vida de millones de colombianos que hoy reciben cuidado, acompañamiento y atención de un sistema que aún susceptible de mejorar, cuenta con logros muy destacados. Ante tal magnitud de inconveniencia, coincidimos en la responsabilidad de dar archivo a esta iniciativa legislativa. Una reforma al sistema no es necesaria, sino unas propuestas de mejoramiento del sistema y sobre todo de fuentes de financiación reales, suficientes y bien administradas. Las mejoras que necesita el Sistema de Salud de Colombia, s no pueden ser a costo de perder las garantías del derecho individual a la salud que hoy se garantiza a través de la UPC que financia un plan de beneficios y de un asegurador que responde por ellos gestionando de manera destacada la gestión integral del riesgo en salud y el riesgo financiero del sistema Tampoco podemos sacrificar la cobertura universal que hemos logrado y que hoy permite a los colombianos acceder a un plan de beneficios integral y recibir atenciones en todo el territorio nacional. Así mismo, tampoco podemos sacrificar los avances del sistema de salud para garantizar la prestación del servicio de salud de manera integrada en todos los niveles de atención, sin importar el nivel de ingresos de las familias que hoy tiene una protección financiera que supera ampliamente la de muchos países en la región y el mundo. La libertad de elección y el grado de articulación que ha consolidado el sistema para brindar atención integral de los usuarios es un activo nacional y un logro mancomunado de la sociedad colombiana que no se puede poner en riesgo. Si debemos avanzar en el fortalecimiento de la atención primaria, de la infraestructura pública, las mejores condiciones del talento humano en salud y mejores condiciones de salud en zonas rurales, pero esto lo podemos lograr a través de una estrategia de financiamiento y articulación de un sistema de salud especial para la población rural dispersa. Para lograr los recursos es imperativo y urgente acatar las ordenes de la Corte Constitucional respecto a ajustar metodología de cálculo de la UPC y presupuestos máximos, así como su pago oportuno. Debemos concentrar esfuerzos en avanzar en la oportunidad de atención de especialidades y eliminar barreras para el acceso a los servicios, superar el déficit de	especialistas que generan retrasos en la atención para lo cual tenemos en la Ley 1438 la herramienta para que los Hospitales Universitarios sean formadores de nuevos especialistas. La articulación e interoperabilidad de nuestros sistemas de información, la optimización de la red de prestación de servicios en todo el territorio nacional, la depuración y consolidación de los aseguradores que son efectivos y capaces de lograr una adecuada gestión del riesgo es también una tarea en la que debemos enfocarnos. La infraestructura sanitaria, la ampliación de la telemedicina y el fortalecimiento de nuestros equipos médicos en zonas apartadas deben estar entre las prioridades. Para ello necesitamos brindar mayor financiamiento y sostenibilidad al sistema. Fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control del sistema de salud con mayor transparencia. Adicionalmente, como lo han propuesto senadores que acompañan esta ponencia a través de iniciativas legislativas puestas a consideración del Congreso de la República, se deben establecer incentivos por agilidad en la entrega de medicamentos, sanciones para EPS que no cumplan. Asignarle la atención rural a un asegurador con una UPC diferencial y con incentivos por calidad en la atención, establecer tope de contratación con Empresas Sociales del Estado, incluir el transporte y gastos de hospedaje en presupuestos máximos con giro directo. Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, historia clínica interoperable y la creación de un fondo que garantice el pago ante eventuales liquidaciones, entre otros temas que insistimos, no requieren reforma del sistema. Todos estos objetivos mencionados, son plausibles y debemos perseguirlos como sociedad para ampliar los logros de nuestro sistema de salud. Definitivamente, el proyecto de ley plantea una serie de transformaciones innecesarias e inconvenientes y, además, no responde a un ejercicio responsable en el diseño de la política pública, necesaria para el abordaje de algo tan sensible para la población colombiana como lo es LA VIDA Y LA SALUD. Por todo lo anterior como ponentes, reiteramos que este proyecto de ley debe ser ARCHIVADO y expresamos nuestra buena voluntad para concertar con los distintos actores del sistema la ruta para el fortalecimiento del sistema de salud que sea efectiva y responsable con el derecho a la vida y la salud de los colombianos.

2.. TRAMITE DE LA INICIATIVA El 1 de agosto de 2024 fue radicado el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara <i>“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”</i>, como autores de la iniciativa figuran Julia Miranda Londoño, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, Catherine Juvinao Clavijo, Carolina Giraldo Botero, Daniel Carvalho Mejia, 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 fue radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 7 de octubre de 2024. Por su parte el proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara <i>“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”</i>, fue radicado el día 13 de septiembre de 2024 por el Gobierno Nacional en cabeza y autoría del Ministro de Salud y Protección Social, Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez. El proyecto fue publicado en la Gaceta 1456 del 17 de septiembre de 2024, junto a los 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 los comentarios de PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA al PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024, CÁMARA firmado por la Dra. PAULA ROBLEDO SILVA (Secretaría 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. En esa ultima corporación el 25 de septiembre de 2024 fueron designados como ponentes del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara <i>“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”</i>, los Representantes MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE- Coordinador Ponente, ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN- Coordinador Ponente, CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES- Coordinador Ponente, JORGE ALEXANDER QUEVEDO HERRERA- Coordinador Ponente, ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA- Ponente, JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA- Ponente, JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA- Ponente, KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR - Ponente, GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ- Ponente. Luego, 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 <i>“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</i>	<i>garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”</i>, al Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara <i>“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”</i>. Designados los ponentes para primer debate, el día 29 de octubre de 2024 presentan 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, 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, debate y deliberación durante el trámite, los 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 <i>“por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones”</i> desarrollaron 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 controvertir la propuesta de transformación del sistema de salud. La segunda fase consistió en espacios de deliberación de los ponentes y coordinadores ponentes, en donde supuestamente, 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 de 2024. 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, se continuó 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 el 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. 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). Designaron 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 <i>“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”</i>. Que es firmada por los 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 de Representantes, lastimosamente, 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. Posteriormente es repartido a la Comisión Séptima de Senado de la República, en donde se nombran como ponentes, el 2 de abril del 2025, MARTHA PERALTA EPIEYU (COORDINADORA), NORMA HURTADO SANCHEZ (COORDINADORA), ESPERANZA ANDRADE SERRANO (COORDINADORA), OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA, FERNEY SILVA IDROBO, WILSON ARIAS CASTILLO, FABIAN DÍAZ PLATA, BERENICE BEDOYA PEREZ, MIGUEL ANGEL PINTO HERNANDEZ, LORENA RIOS CUELLAR, ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA y el suscrito ALIRIO BARRERA RODRIGUEZ En la Comisión Séptima del Senado de la Republica se radicó una proposición 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, dividida en las siguientes temáticas: 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. Así entonces se realizaron 7 audiencias públicas, 3 mesas técnicas temáticas y 2 sesiones de Control Político al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud el cual fue votado por la mayoría de integrantes, Senadores de la Comisión VII del Senado como NO SATISFACTORIO y se procedió a radicar nuevo cuestionario ante las incoherencias, cambios de aval del Ministerio de Hacienda sobre la sostenibilidad fiscal del citado proyecto de ley, sobre esto volveremos adelante, para detallar la incoherencia, impertinencia e inviabilidad desde el punto de vista fiscal de la propuesta legislativa que proponemos sea archivada. Del total de las audiencias aprobadas, quedaron por realizar las audiencias en las ciudades de Cúcuta, Bogotá y Leticia, lo que genera una diferenciación injustificada de la población, ciudadanía y gremios en estas ciudades, siendo un factor más de contraposición respecto del proyecto de ley en estudio, y sobre el cual nos manifestamos de manera opuesta, máxime que una de las ciudades en las que no se realizó la audiencia pública es Bogotá, capital de nuestro país en donde se concentra la mayor población, los gremios y universidades que podrían haber aportado al tema desde la objetividad, construcción y enriquecimiento del debate, así mismo generando un eventual descontento por parte de los habitantes, gremios, universidades y demás interesados en participar en la construcción de este importante proyecto de ley en su curso en la Comisión VII del Senado, sin dejar de lado que fue desconocida la decisión de la mayoría de los integrantes de la Comisión quienes votaron a favor de 14 audiencias públicas y no de 11 por lo que, en nuestro sentir no se debió haber radicado ponencia ni positiva ni negativa, hasta tanto no se evacuaron las 14 audiencias propuestas y aprobadas. De igual manera y dado lo técnico del tema al que se refiere el proyecto de ley la mesa directiva de la Comisión VII inicialmente programó 8 mesas técnicas que fueron concertadas con diferentes actores, a las cuales la secretaría de la Comisión VII convocó y notificó a los senadores, UTL de los integrantes de la Comisión y opinión pública.	Posteriormente, y a pesar de la trascendencia del tema, la importancia de la iniciativa y sobre todo del impacto que la misma tiene en los colombianos, las fechas de las mesas técnicas fueron modificadas, y la agenda de mesas técnicas de la Comisión VII de Senado, quedó de la siguiente manera:  Como puede observarse, de 8 mesas técnicas, inicialmente programadas, se redujo a 7 mesas técnicas, siendo todas de suma importancia y trascendencia por cuanto lo que se intentaba construir no es otra cosa que la mejor manera de garantizar un derecho fundamental y ampliamente reconocido en los instrumentos de derecho internacional como lo es LA SALUD DE LOS COLOMBIANOS, del cual indivisiblemente depende LA VIDA DE LAS PERSONAS, que recordemos es el bien, más sagrado y de consagración política e internacional, de ahí que no se deben escatimar, esfuerzos, tiempo, conocimiento y aportes de expertos para lograr el mejoramiento del Sistema que propenda a la salvaguarda de la integridad física y mental de las personas. A pesar de estas disposiciones y sin haberse agotado la totalidad de las mesas técnicas estipuladas y las audiencias públicas aprobadas y anunciadas a la opinión pública, el pasado martes 5 de marzo de 2024, sin consenso previo entre ponentes, ni invitación al estudio de la ponencia por parte de los ponentes no suscriptores de esta, fue radicada ponencia positiva del proyecto de ley en estudio, suscrita por los Senadores: 1. WILSON ARIAS CASTILLO Coordinador Ponente 2. MARTHA PERALTA EPIEYU ponente
3. OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA ponente 4. FERNÉY SILVA ponente Como se lee claramente, a la fecha del 5 de marzo de 2024, fecha de la radicación de ponencia positiva mencionada, aún faltaban 2 mesas técnicas por realizarse, en nuestro concepto de suma importancia, respecto de la temática a tratar, por ejemplo: todo lo que tiene que ver con la gobernanza del nuevo modelo público propuesto por el gobierno actual que se centra en la atención primaria en salud, mesa técnica programada inicialmente para el viernes 8 de marzo de 2024, y cuya temática no fue evacuada en las 4 mesas técnicas desarrolladas antes de dicha ponencia y como si fuera poco, todo lo que tiene que ver son el aspecto financiero del sistema propuesto que es en nuestro concepto y en esta época de crisis premeditada, crisis “explícita” del sector salud, el tema que más relevancia cobra y sobre el cual ahondaremos más adelante. De esta ponencia, como es apenas lógico, dados los antecedentes de la iniciativa ya enunciados, procedemos a disentir y motiva la radicación de esta ponencia negativa con solicitud de archivo, que ha sido fruto del común denominador de los intervinientes en las mesas técnicas y en las audiencias públicas, ESTA REFORMA SE DEBE ARCHIVAR. 3. MARCO NORMATIVO MARCO JURÍDICO En su orden jerárquico el proyecto de ley impacta directamente sobre la vida y la salud de las personas, un derecho ampliamente reconocido por el Sistema Internacional de Derechos Humanos a través de instrumentos como: Declaración Universal de los Derechos del Hombre Artículo 11. <i>Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.</i>¹ Artículo 25. <i>1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.</i>² Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) ¹ https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf ² https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf	Pacto de San José de Costa Rica, del 22 de noviembre del 1969, en la cual se resalta que dentro de un estado de derecho en el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación (alimentación, salud, libertad de organización, de participación política, entre otros) Artículo 4. Derecho a la Vida <i>1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.</i> <i>2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.</i> <i>3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.</i> <i>4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.</i> <i>5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieran menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se les aplicará a las mujeres en estado de gravidez.</i> <i>6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.</i>³ Constitución Política de Colombia ARTÍCULO 11. <i>El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.</i> Artículo 49. <i>La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad</i> ³ https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

Ley 1751 de 2015 ley Estatutaria de Salud

Artículo 10. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 20 • Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado⁴

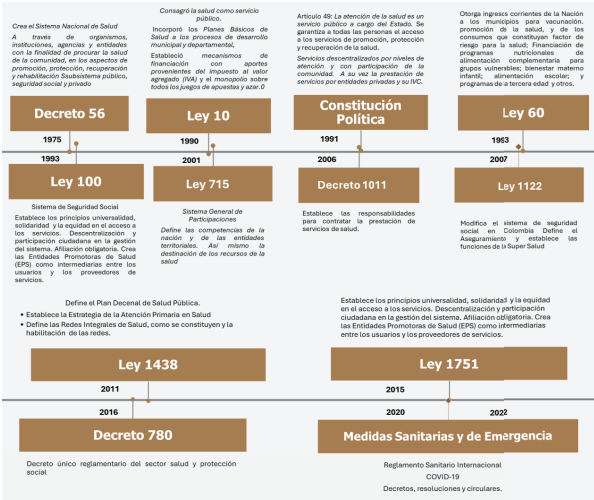
El marco jurídico del sistema general de seguridad social en salud de Colombia se ha caracterizado por su progresividad en la búsqueda de la universalidad, la equidad y la calidad en la atención médica. Se considera uno de las más avanzadas de la región de América Latina por su impacto positivo en la salud y en el bienestar de los colombianos.

Desde la implementación de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud ha buscado garantizar la cobertura universal, estableciendo mecanismos para asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a la atención médica, independientemente de su condición socioeconómica. A su vez un sistema de aseguramiento mixto, universal e integral con la participación del sector público y privado. Esto ha permitido que el sector privado amplie su participación en la prestación de servicios de salud, pero que exista un control estatal para supervisar la calidad y la equidad en la atención.

El sistema se ha caracterizado por la promoción de la descentralización de la gestión de la salud, otorgando mayor autonomía territorial y fomentando la participación ciudadana en la toma de decisiones. Esto ha generado la adaptación de los servicios de salud a las necesidades específicas de cada comunidad y la mejora de la eficiencia en la prestación de servicios. Se destaca del actual sistema un enfoque en la prevención y promoción de la salud como parte integral y se cuenta con amplia evidencia de la implementación de programas de salud pública dirigidos a la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, lo que contribuye a reducir la carga de enfermedad en la población.

⁴ http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Ilustración 1 Evolución del marco jurídico y normativo del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud

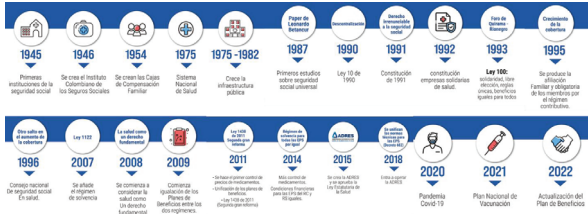


Fuente: elaboración propia

Según el Banco de la República⁵ desde la ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia ha experimentado transformaciones significativas que se han reflejado en mejoras en los indicadores de salud, así como en la ampliación de la cobertura y la protección financiera para la población. El sistema ha logrado avances importantes, como la implementación de un plan de salud integral que sólo excluye procedimientos estéticos y experimentales, un gasto de bolsillo bajo en comparación con estándares internacionales y un aumento en la cobertura, que pasó de 29% en 1995 a 99% de la población en 2022. A pesar de estos logros, persisten desigualdades en el acceso y en la calidad de los servicios, lo cual se manifiesta en disparidades territoriales y en la oferta de atención.

⁵ Revista Ensayos Sobre Política Económica (ESPE) - Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. <https://www.banrep.gov.co/es/publicaciones-investigaciones/espe/aspectos-financieros-fiscales-sistema-salud-colombia>

Tabla 1 Evolución institucional del sistema de salud colombiano



Fuente: adaptación ponentes, información proporcionada por GestarSalud en Mesas técnicas

Cualquier esfuerzo reformista del Estado debe implicar una mejora en el sistema actual, el estudio riguroso de la normatividad vigente para garantizar la pertinencia, avance, progresividad y que el nuevo sistema realmente se enfoque en las disparidades territoriales y la oferta de atención y responda a las necesidades de salud y bienestar de todos los colombianos.

II. Consideraciones del proyecto de ley.

1. Aspectos de mejora del sistema que no resuelve la reforma a la salud

Hoy en día, la Ley 100 de 1993 permite que las EPS según los recursos que manejan puedan negociar con las IPS sobre los costos de los tratamientos a los que tendrán acceso los usuarios, sin embargo, esta función no está contemplada en el texto de la reforma, motivo por el que los costos que asumirá el Estado Colombiano tal y como lo propone la reforma, al pagar por los servicios será mucho más alto.

La reforma propuesta acaba totalmente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y no prevé un sistema mixto, esta reforma sugiere un sistema de salud esencialmente público en todas sus funciones y se excluye la figura del aseguramiento. Si bien se plantea el aseguramiento social y la transformación de las EPS en Entidades de Gestión y Vida, dichas entidades no ejercerán ninguna función relevante en el nuevo modelo y tampoco va a asegurar o manejar riesgos, sin dejar de lado que el aseguramiento social no está decantado doctrinal ni jurisprudencialmente y deja indeterminada la responsabilidad del afiliado, paciente o usuario del sistema.

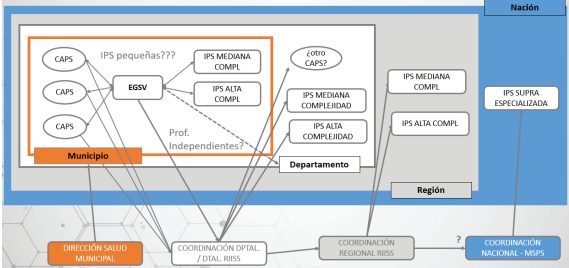
Se intenta confundir, en la reforma propuesta, mencionando el artículo 4 de la Ley estatutaria de salud, 1751 de 2015, sin actualizar de manera concreta, eficiente y directa el servicio público de seguridad social en salud, desde la óptica del aseguramiento y no del asistencialismo, para lograr de esta manera los cometidos de la ley estatutaria, se considera por el contrario, que esta reforma desconoce los avances del sistema general de seguridad social en salud como punto de partida irreductible para lograr la consecución del derecho a la salud

También desconoce la reforma propuesta por este gobierno que la Corte Constitucional mediante sentencia C- 314 de 2014, precisó el texto del artículo 4 de la ley 1751 de 2015, en lo atinente a la expresión el Estado disponga, para aclarar que no se trata del establecimiento de un criterio facultativo para las autoridades públicas, sino de un mandato que encuentra límites en el principio de no regresividad, a partir del cual, la prerrogativa y a su vez el deber que tiene el Estado de disponer de los diversos elementos que conforman el sistema de salud, “tiene como punto de partida los hoy existentes para el logro y la realización del derecho”

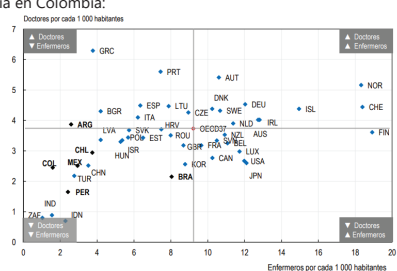
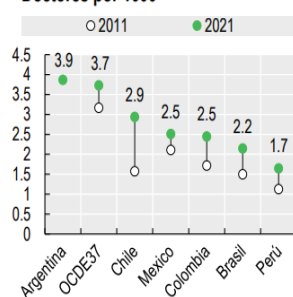
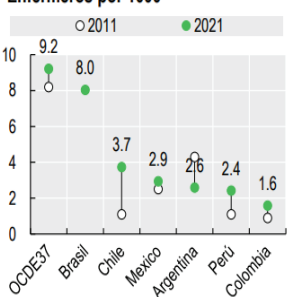
La reforma no cuenta con evidencia de ningún tipo que garantice que lo propuesto nos llevará a una mejor prestación del servicio de salud, y que las falencias del sistema actual queden 100% superadas con el nuevo modelo que se quiere imponer, por el contrario consideramos que eventualmente puede presentarse una regresividad en el derecho a la salud de los colombianos por cuanto Se pierden o desdibujan las responsabilidades, se presenta una omisión de herramientas y mecanismos para la garantía del derecho, depende casi en su totalidad al desarrollo de la redes de servicio y el buen funcionamiento de estas, que no está cuantificado en el tiempo, el éxito del modelo que se propone, implicando la demanda de más talento humano, recursos económicos y tecnológicos, dejando por fuera las herramientas e instrumentos para lograr la garantía de la calidad del servicio de salud.

Recordemos que en el actual sistema de salud, cuando no se cuenta con la prestación de un servicio el usuario puede acceder mediante el derecho de amparo o acción de tutela al restablecimiento del derecho, independientemente de quien le preste el servicio, el responsable es la EPS en su rol de aseguradora; con la modificación que pretende la reforma propuesta y la dispersión de funciones que se plantea, el usuario del sistema ya no tendrá claridad frente a quien debe interponer su acción de tutela. Y afirmamos que hay dispersión de funciones por cuanto el texto no es claro,

La reforma a la salud tal y como está propuesta o concebida, no brindará la seguridad necesaria ni garantía de continuidad en la dispensación de tratamientos médicos toda vez que no se establece una hoja de ruta para el proceso de transición, el modelo de gestión de los medicamentos es confuso, además, no es claro que ocurrirá con los pacientes

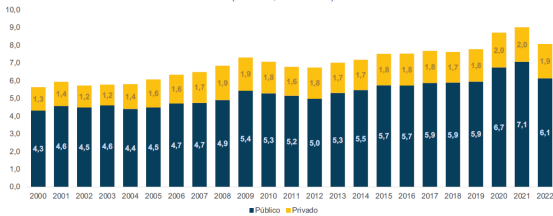
crónicos y de enfermedades raras. La reforma propone un complejo modelo de referencia y contra referencia, duplica funciones en diferentes actores de la cadena, cuando esto se presenta, y se genera una fragmentación en las funciones que hoy de manera clara y directa día ejercen las EPS, se genera un gran riesgo de que los recursos de la salud se pierdan, además de que al no existir un directo responsable y pasar las responsabilidades a diferentes actores sin que exista un mayor control, el más perjudicado es el paciente, usuario o afiliado. En un ejercicio académico y pedagógico se intentó diagramar los procesos de remisión, autorizaciones y demás conforme lo propone el proyecto de ley de la referencia:  En efecto difícil de entender, y si eso lo afirman los estudiosos y expertos en el tema, que podemos esperar o exigirles a los afiliados, pacientes o usuarios que deben agotar todo este proceso para ver garantizado su derecho a la salud, de ahí que consideramos nuevamente un retroceso en materia de derechos adquiridos, por parte de la reforma propuesta, que mantiene la fragmentación entre baja complejidad y los servicios de mediana y alta complejidad y reiteramos que las funciones principales de las EPS que hoy se encargan de asegurar la salud de todos los afiliados, se dispersa en varios actores y con ello también la responsabilidad, menoscabado o poniendo en riesgo la efectividad del derecho a la salud de todos los colombianos, de ahí que podamos afirmar enfáticamente, que la iniciativa no ofrece medidas de solución para agilizar los tiempos de asignación de citas con especialistas. Es clara la ausencia del responsable de la ejecución de procesos clave con la referencia y contrarreferencia y el traslado no asistencial (art. 14). Aunque la gestora de salud y vida y el CAPS “establece y coordina” el sistema de referencia y contrarreferencia, no clarifica el responsable de su operación y financiamiento. En el art. 18 se señala que los mecanismos para resolver las solicitudes serán establecidos por las IPS del nivel primario y	complementario de la red y por otro lado señala que la GSV contará con la plataforma de información que permita resolver en línea las solicitudes El sistema de salud propuesto desconoce el carácter sistémico y no aislado de los elementos de un conjunto, orientados por el fin de lograr la efectividad del derecho a la salud, toda vez que derivado del número de instancias que se crean resulta ser un sistema de salud estatizado, confuso para cualquier ciudadano y seguramente van a aumentar los riesgos derivados de la falta de articulación, coordinación, financiamiento, burocracia, corrupción y mayores trámites, muy similar al que tenía la población pobre y vulnerable en los años setenta. Es inevitable, con la reforma planteada que se generen mayores barreras para el acceso del afiliado y su grupo familiar, ante la multiplicidad de responsables para las mismas funciones y riesgo legal para las diversas entidades que confluyen en el nuevo sistema. Complementario a los temas relacionados con la efectividad y ampliación progresiva del derecho a la salud, la reforma, al tener vacíos regulatorios y superposición de funciones entre los diferentes actores generan un riesgo adicional no sólo de carácter legal para las entidades que participan en la operación sino para el paciente, afiliado al momento de materializar el derecho en su favor. Todos los procesos requeridos para garantizar el acceso y la atención integral en salud dependen o son responsabilidad de múltiples actores, diluyendo la responsabilidad frente a su cumplimiento y la representación del usuario frente a la provisión efectiva de servicios. Por ejemplo, como lo ilustramos con la gráfica anterior la referencia y contrarreferencia de personas que requieren ser remitidas a servicios de mayor complejidad dependerá de la coordinación de diversas entidades. Esto más allá de mejorar la oportunidad que demanda la población en este momento, incrementará los tiempos de espera para el acceso a consultas especializadas y servicios de mayor complejidad. Lo más grave en nuestro concepto, y de los expertos, es que mantiene la multiplicidad de entidades e instancias responsables de los diferentes procesos en salud con funciones traslapadas (una misma función a cargo de varias entidades): conformación de redes, contratación, monitoreo y evaluación, referencia y contrarreferencia, traslado no asistencial de personas, gestión para pago de incapacidades y licencias, etc., lo cual va a impactar al individuo y su familia en temas cruciales como: garantía de acceso de manera integral a los servicios, espacios para la atención del ciudadano, organización de su red de acuerdo con sus necesidades y tránsito tranquilo – red de referencia y contrarreferencia. Por ejemplo, la conformación, coordinación, contratación, monitoreo y evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIIS está a cargo según el texto aprobado en la Cámara de Representantes de: CAPS - Gestoras de Salud y Vida -GSV Secretaría departamental o distrital de salud Coordinación departamental de la red -
Unidades Zonales de planeación y evaluación y del mismo Ministerio de Salud y Protección Social. Conforme al literal b numeral 5 del artículo 14, la pertinencia y eficiencia del gasto debe ser garantizada por las gestoras de salud y vida en conjunto con el CAPS; pero la contratación, supervisión y evaluación de los CAPS estará a cargo de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, esto conlleva un riesgo reputacional y legal para las entidades pues podrían ser sancionadas por el incumplimiento de obligaciones que no son tan claras o que están compartidas con otras entidades. La reforma plantea asignar un mayor número de funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, adicionales a las funciones actuales, como por ejemplo, la habilitación tanto de redes como de CAPS (que podrían llegar a ser más de 16 mil), coordinación sectorial e intersectorial; seguimiento y control a todos los contratos suscritos con CAPS y con IPS de mediana y alta complejidad; asesoría y apoyo a las ISE universitarias en formación y componentes pedagógicos para los profesionales de la ISE universitaria; desarrollo de planes, programas y proyectos para fortalecimiento del nivel primario, entre otros. Esto requiere un fortalecimiento de la institución que ya no solo va a regular sino también operar y supervisar. Este ejercicio de autorización de las redes integrales, por ejemplo, implica no solo la capacidad para evaluar las redes y proceder a su autorización, sino también el ejercicio de vigilancia y control pues será competencia suya la habilitación y consecuente revocatoria de la habilitación con plena observancia del debido proceso. Para lograrlo, el Ministerio de Salud deberá pasar por un proceso de reestructuración, lo cual requiere por supuesto de unos trámites y ajustes presupuestales que así lo permitan. Estos gastos tampoco están soportados en los recursos previstos para soportar la reforma, pues no cuenta con el aval fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público como lo expondremos más adelante. De otro lado, la reforma planteada propone que la ADRES garantice la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de enfermedades graves o huérfanas (Art 17 parágrafo inciso 3. Actualmente la ADRES es la entidad que más incumple en pagos, auditorías y eficiencia y justo a ella le van a asignar lo relacionado con financiación y pago de medicamentos de alto costo, sería bueno preguntarle a las IPS privadas, clínicas y hospitales ¿qué les parece? Y si la ADRES incumple los pagos o los retrasa como ha sucedido este año, el afectado será el paciente. Basta solo con ver la disminución de recursos y las omisiones en los pagos de algunos meses del 2023, en lo corrido del año 2020 entre los meses de enero octubre, el gobierno nacional a través de la ADRES giró \$3,5 billones, en el mismo periodo pero del año 2021, \$4.2 billones, mientras que en los años 2022 y 2023, se giraron 1,7 y 2,3 billones de pesos, sin dejar de lado el vacío u omisión del giro de recursos por concepto de presupuestos máximos en los meses de julio, agosto, noviembre y diciembre de 2023 por concepto de presupuestos máximos.	En el Sistema de la ley 100 de 1993, actualmente, el riesgo lo asumen las EPS, y ellas deben pagar o conciliar las cuentas con los prestadores para los pagos y en todo caso garantizar la prestación de servicios so pena del juicio de responsabilidad por parte del juez de tutela. Al convertirse la ADRES, en pagador único, le corresponde reconocer, auditar y pagar las cuentas de las prestaciones de servicios de salud y demás obligaciones del aseguramiento social en salud y pagar sin previa auditoría el 85% de la factura (Art 60-70) la ADRES como pagador y auditor único respetuosamente consideramos que es un costal sin fondo, sus auditorías han fracasado y desde que se creó ha sido la que genera pagos retardados que son los que generan la crisis en el sistema. Hoy en día las EPS, en el actual sistema, someten a previa auditoría las cuentas y verificar la efectiva prestación del servicio para realizar los pagos a los prestadores. Cambiar la forma de pago sin auditoría previa es poner en riesgo los recursos de la salud de los colombianos. Lo anterior sin dejar por fuera la advertencia de muchos expertos, sobre que los recursos de la salud serán monopolizados por el Estado, a través de la ADRES y una sola persona a nivel regional, sin las auditorías previas, que exigen las cuantías y la dinámica del sector, pone en alto riesgo de seguimiento y estabilidad los dineros. Además de que una sola persona, contrate y pague, abre puertas a la aparición de los carteles de la salud. Con la reforma la ADRES va a tener que reforzar sus capacidades, debiendo fortalecer las normas de gobierno corporativo y transparencia dada la alta concentración de recursos, contratación y asignación de estos. En la reforma están ausentes las obligaciones en relación con el gobierno corporativo de la entidad. A las Secretarías de Salud municipales, distritales y departamentales se le asignan nuevas funciones, en materia de la organización y coordinación de la red de servicios, la suscripción de convenios de desempeño con los CAPS, de seguimiento y evaluación, la remisión de personas a servicios de mayor complejidad, la coordinación del sistema de atención pre hospitalaria, la priorización de inversiones y financiamiento de IPS de mediana y alta complejidad, entre otros y se crean nuevas instancias de coordinación y “unidades funcionales” a cargo de las mismas. Desconociendo, la reforma planteada las capacidades reales de estas entidades, así como los ajustes que requieren las secretarías de salud en materia de estructura, operación y presupuesto que soporten la asignación de nuevas competencias y responsabilidades que se le asignan. Debe tenerse en cuenta que no pueden delegarse competencias en las entidades territoriales sin la correspondiente asignación del recurso necesario para su ejercicio. En esta misma línea, no se define cómo se organizará y financiarán las instancias regionales. Aunado a esto, el ámbito de competencias entre la Nación y las entidades territoriales se encuentra sujeto a reserva de ley orgánica, y la definición de nuevas funciones amerita necesariamente la incorporación de los recursos necesarios para su ejercicio, lo cual no define de manera clara, detallada y precisa el proyecto de ley.

El sistema de salud actual permite la libertad de elección de la EPS y, dentro de los convenios de esta, de la IPS, esto garantiza el Artículo 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Derecho que con la reforma planteada se vulnera y coarta, al restringir la libertad de elección de los pacientes y/o usuarios y proponer que todos deben ser atendidos en un Centro de Atención que le asigne el gobierno o LA NUEVA EPS, que es una de las más mal calificadas. Contrario a eso lo que debe seguir garantizando es el derecho a la libre elección de los cotizantes, que cada ciudadano escoja libremente la EPS que lo asegure, el médico que lo atienda y quien le pague de manera oportuna su incapacidad o licencia de maternidad o paternidad. En definitiva, la reforma propuesta: Desmejora la salud de los colombianos. enfocarse y destinar la mayoría de los recursos en prevención, sin tener clara la cobertura de enfermedades de alto costo, va en detrimento de la salud de los ciudadanos. Sin dejar de lado que la reglamentación de la salud pública de los colombianos quedaría en manos de la reglamentación, de ahí que se puede afirmar que es una reforma innecesaria. La transición que proponen en la eliminación o transformación gradual de las EPS no es clara y pone en riesgo la continuidad en la prestación de servicios de salud de los colombianos y como consecuencia de ello, su derecho a la vida. Cambio de un sistema de aseguramiento y gestión del riesgo a un sistema 100% estatal. Donde no está claro quién asume las funciones de aseguramiento, gestión del riesgo y administrativas. Eliminar las EPS, es un grave desacierto, total incertidumbre por el pago de prestaciones económicas, incapacidades y licencias, entrega de medicamentos, medidas asistenciales entre otros. Los dineros de la salud, el presupuesto de la salud, solo los manejará el Estado. Estatzación y burocratzación de la salud, será una sola persona o entidad a nivel regional, con influencia de alcaldes y gobernadores, sin las auditorías previas, que exigen las cuantías y la dinámica del sector, la que maneje los recursos de la salud, esto pone en alto riesgo de seguimiento y estabilidad los recursos destinados para la salud de los colombianos. No se puede perder la experiencia y capacidades adquiridas de las EPS: El sistema de salud tiene unos recursos y unos servicios que deben atender las EPS, entidades que hace 30 años vienen trabajando y que cuentan con una experiencia y capacidades importantes en una gestión profesional de conocimiento de los usuarios, cuidado, seguimiento en programas, guías y acompañamiento por rutas de atención, manejo eficiente de los recursos y negociaciones inteligentes y honestas. Lo descrito anteriormente es la gran labor que hacen estas aseguradoras. Los recursos son limitados: es Importante resaltar que las EPS Reciben aproximadamente 120.000 pesos en promedio por usuario al mes, lo cual es un valor insuficiente comparado con lo que otros países pueden brindar a un sistema de salud. Plan de cobertura ambicioso: es obligatorio como sociedad atender más de 16.000 tipos de servicios distintos. Estos servicios lo gestionan las EPS con unos recursos que son	realmente limitados. Y aunque no se ha hecho la operación a la perfección, existe un avance significativo del país en esta medida. Eliminación de las funciones de las EPS: si las EPS son eliminadas del sistema, se eliminaría el elemento de eficiencia de garantizar con pocos recursos el acceso a un plan de cobertura muy amplio para la población colombiana. En la actualidad, la reforma no tiene contemplado como soportar y reemplazar esta gestión. Varias de las funciones de las EPS se fragmentan en diferentes instancias y se pierde la gestión integral de salud y la representatividad del usuario. Adicional, el proyecto de ley no soluciona el problema de la insuficiencia de los recursos, y se prevé que van a aparecer gastos adicionales que antes las EPS controlaban. Como consecuencia se mantendrá la misma situación donde los costos superan los recursos disponibles. Aumento de la inequidad: si los recursos no son suficientes, se llegará a un punto de inequidad muy crítico donde quien tenga recursos suficientes pagará, pero a su vez quién no cuente con los recursos suficientes no tendrá acceso a los servicios, empeorando la atención y generando daños irreparables. Efecto dominó: la situación de insuficiencia afecta a toda la cadena. En primera instancia al asegurador, pero a continuación afectará a los prestadores, a los proveedores de insumos, dispositivos y medicamentos, a los profesionales de la salud y finalmente a los usuarios. Más elementos que justifican el archivo del proyecto de ley son los siguientes: - La reforma a la salud propuesta genera incertidumbre en cuanto a los procedimientos y responsabilidades de los Centros de Atención Primaria en Salud y las Redes Integrales en la gestión y provisión de medicamentos y, por tanto, pone en riesgo el acceso efectivo y oportuno de los pacientes a estos servicios. - La reforma no proporciona claridad sobre cómo las diferentes entidades interactuarán con la Administradora de Recursos del Sistema de Salud y con los distribuidores de medicamentos. - La reforma exige un fortalecimiento de la capacidad técnica de las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud para asumir nuevas funciones en la gestión y articulación de los servicios farmacéuticos, lo cual podría no ser viable a corto plazo. - Existe un riesgo potencial de desabastecimiento de medicamentos e insumos debido a la incapacidad técnica para coordinar compras conjuntas o centralizadas.
- La calidad del servicio en las Entidades de Salud del Estado Itinerante puede verse comprometida con la reforma propuesta. - La reforma a la salud requiere un fortalecimiento integral del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que no está garantizado en el corto plazo. - Existe incertidumbre sobre la posible precarización de los equipos de salud extramurales y sus condiciones laborales. - Son numerosos los llamados de atención de los actores del sistema sobre el riesgo de que se instrumentalicen los 11000 equipos de atención extramural con fines ideológicos y políticos. - La reforma no aborda suficientemente las causas de las brechas en las condiciones laborales del talento humano en salud, especialmente en zonas rurales y dispersas. - La propuesta de reforma no presenta estrategias concretas y suficiente presupuesto para su implementación efectiva. - El diálogo en el proceso de reforma no ha sido lo suficientemente inclusivo y transparente. - La necesidad de fortalecer un modelo mixto de formación de Talento Humano en Salud no se ve reflejada en la reforma. - La reforma no aborda adecuadamente las condiciones de bienestar para los estudiantes en formación en los centros hospitalarios. - La reforma no resuelve las problemáticas descritas en cuanto a la formación de talento humano en salud en zonas rurales y con población dispersa. - Los tiempos actuales de aprobación de programas en salud son demasiado largos y la reforma no propone soluciones para acortarlos. - Algunos artículos son demasiado generales y carecen de detalles específicos, lo que puede llevar a interpretaciones variadas y confusiones en la implementación. - La propuesta no considera las limitaciones y desafíos de los recursos humanos en salud, especialmente en áreas rurales y remotas.	- No se aborda la cuestión de cómo mejorar la calidad de la atención sanitaria, que es un problema importante en la mayoría de los sistemas de salud. - No se han tenido en cuenta las observaciones y las propuestas de las asociaciones de pacientes, que deberían estar en el centro del análisis y ser prioritarias para la reforma que propone el gobierno. - La participación de los pacientes y sus familiares, en especial de aquellos que conviven con una condición crónica, ha sido relegada a un segundo plano y esto le resta validez al proyecto de reforma. - Se detecta falta de claridad en las responsabilidades y roles de las diferentes unidades de dirección y comités creados en la propuesta, lo cual puede conducir a la ineficiencia. - Los canales de comunicación necesarios para coordinar todas las entidades y comités no están claramente definidos en la propuesta. - En la propuesta, no se detalla cómo se va a garantizar la transparencia en la gestión del sistema de salud a todos los niveles. - No se define un plan claro para evitar la clientelización y la corrupción en el sistema de salud. - Existe el riesgo de un incremento innecesario de la burocracia y los costos operacionales del sistema de salud con la implementación de esta propuesta. - La manera en que los ciudadanos se integrarán a la toma de decisiones en la gobernanza de las Redes no está claramente establecida en la propuesta. - La propuesta no ofrece garantías de protección de los programas de salud frente a cualquier filiación política. - La propuesta parece ignorar la posibilidad de utilizar las capacidades existentes en el sistema de salud actual. - El proceso en si de construcción y debate de esta reforma dejó ver claramente una exclusión de mecanismos verdaderamente participativos en el diagnóstico, diseño de soluciones, escenarios y a la postre el articulado mismo. Las múltiples audiencias

públicas fueron espacios de validación y registro de intervenciones de los múltiples actores que las resumen en general como vacuas y carentes de atención e impacto por parte del gobierno nacional. - El articulado de la reforma es incomprensible para la mayoría de los ciudadanos, lo que plantea problemas de transparencia y accesibilidad. - Existen dudas sobre la viabilidad, financiación e impacto de la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) y las Redes Integradas de servicios de salud. - No está claro cómo se financiarán los equipos básicos en salud, ni qué costos adicionales implicará su operación. - Existe preocupación por la posible politización de los equipos en su interacción con las comunidades. - La articulación entre la APS y los niveles de atención de mediana y alta complejidad no está claramente definida. - No se garantiza la continuidad de tratamientos y accesos a medicamentos de enfermedades de alto costo. - Hay preocupaciones sobre la gestión del riesgo y el posible agotamiento de recursos. - La propuesta es demasiado compleja y en exceso burocrática, lo que dificulta su implementación y comprensión por parte de los actores involucrados. - La propuesta no proporciona suficiente claridad sobre cómo se llevará a cabo la administración de los recursos, lo que podría llevar a la mala gestión y al desperdicio de recursos. - No se especifica claramente cómo se determinarán y distribuirán los aportes a la financiación del Sistema de Salud, lo que podría resultar en desigualdades. - La propuesta no aborda adecuadamente cómo se manejarán y mitigarán los conflictos de intereses, lo que podría llevar a la corrupción y a la mala utilización de los recursos.	- La propuesta no proporciona soluciones claras para garantizar la efectividad, la transparencia y la trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud. - La propuesta puede no ser eficaz para garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. - No se hace un análisis profundo de la sostenibilidad del sistema y, por tanto, no se resuelven las dificultades económicas que afronta, pasando por la suficiencia de la UPC y todos los factores que presionan el aumento del gasto con posibles situaciones de desfinanciación de la atención. a) Déficit de profesionales en salud. Si bien el texto aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes contempla como incentivo la creación de becas para posgrados en materia de salud pública y, se otorgan incentivos para que las personas puedan acceder a las carreras relacionadas con el área de la salud, no se abordan de una forma eficaz y efectiva los aspectos que generan el déficit de especialistas; ni tampoco, la migración de profesionales en enfermería o el personal médico. Tampoco se establece un régimen laboral especial para el personal de la salud ni se establecen condiciones justas de empleo y trabajo. A continuación, se muestran cifras de la OCDE que evidencian la falta de personal médico y de enfermería en Colombia: 																																																
Doctores por 1000 ○ 2011 ● 2021 <table><tr><th>País</th><th>2011</th><th>2021</th></tr><tr><td>Argentina</td><td>3.9</td><td>3.7</td></tr><tr><td>OCDE37</td><td>3.7</td><td>2.9</td></tr><tr><td>Chile</td><td>2.9</td><td>2.5</td></tr><tr><td>México</td><td>2.5</td><td>2.5</td></tr><tr><td>Colombia</td><td>2.5</td><td>1.7</td></tr><tr><td>Brasil</td><td>2.2</td><td>1.7</td></tr><tr><td>Perú</td><td>1.7</td><td>1.7</td></tr></table> Enfermeros por 1000 ○ 2011 ● 2021 <table><tr><th>País</th><th>2011</th><th>2021</th></tr><tr><td>OCDE37</td><td>9.2</td><td>8.0</td></tr><tr><td>Brasil</td><td>8.0</td><td>3.7</td></tr><tr><td>Chile</td><td>3.7</td><td>2.9</td></tr><tr><td>México</td><td>2.9</td><td>2.6</td></tr><tr><td>Argentina</td><td>2.6</td><td>2.4</td></tr><tr><td>Perú</td><td>2.4</td><td>1.6</td></tr><tr><td>Colombia</td><td>2.4</td><td>1.6</td></tr></table> En ninguno de los artículos propuestos ni aprobados se soluciona el tema la falta de personal médico en Colombia, de hecho, el Grupo de Acuerdos Fundamentales, en su comunicado sobre Proyecto de Ley para Reformar el Sistema de Salud radicado en el Congreso de la República por el Gobierno Nacional, en febrero de 2023 afirmaron: “Los médicos y las demás profesiones de la salud en servicio social obligatorio son insuficientes para cubrir las necesidades de los EMIT propuestos. Además, para quienes están en proceso de formación como especialistas, su desplazamiento a zonas periféricas con este fin no consulta los objetivos del sistema nacional de residencias médicas y la autonomía universitaria, dado que las prácticas formativas en lugares sin infraestructura, ni supervisión docente, no son convenientes; tampoco se explican las condiciones académicas, de remuneración, bienestar y de seguridad. Si bien se propone formalizar a los trabajadores de las categorías operativas (42.784) y apoyó (85.859), iniciando por niveles de atención, a un costo estimado de \$9 billones para los primeros 4 años, no se precisan las fuentes para la sostenibilidad de tal incorporación en el largo plazo.” Nadie con más autoridad que nuestros galenos para emitir comentarios, en este caso desfavorables de lo que propone la reforma en términos de talento humano en salud. Compartimos los comentarios que respecto del texto aprobado en la Cámara de Representantes emitió ACEMI, en lo relacionado con el talento humano en salud, tema sobre el cual se afirma que lejos de avanzar, la reforma no supera la visión medicalizada y prestacional y genera fragmentación e incertidumbre en los individuos sobre el ejercicio del derecho. Se reconoce la necesidad de cambios estructurales en los currículos universitarios para volcar la profesión hacia aspectos preventivos y volcar la mirada no solo sobre los profesionales de la medicina sino sobre otros profesionales de la salud, como enfermería, pero este aspecto no es de suyo, competencia exclusiva del sistema de	País	2011	2021	Argentina	3.9	3.7	OCDE37	3.7	2.9	Chile	2.9	2.5	México	2.5	2.5	Colombia	2.5	1.7	Brasil	2.2	1.7	Perú	1.7	1.7	País	2011	2021	OCDE37	9.2	8.0	Brasil	8.0	3.7	Chile	3.7	2.9	México	2.9	2.6	Argentina	2.6	2.4	Perú	2.4	1.6	Colombia	2.4	1.6	salud, de ahí que se note la ausencia de una política de talento humano en salud, que incentive la formación del mismo y su redistribución regional para responder a las necesidades de la población con énfasis en atención primaria en salud. En el texto aprobado en la Cámara, a los CAP se le otorgan funciones de gestión de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en coordinación con las gestoras de salud y vida propuestas, la coordinación intersectorial, la ejecución de intervenciones colectivas, procesos de coordinación y articulación de diferentes atenciones en las redes integrales de salud, lo cual exige un incremento de talento humano al interior de cada CAPS para gestionar su cumplimiento y el proyecto de ley en estudio no indica de manera clara, precisa y concreta de dónde surge ese nuevo personal. Adicionalmente, genera confusión la redacción del texto aprobado en Cámara, toda vez que no deja clara la responsabilidad y alcance de la participación de usuarios, comunidad y talento humano en salud, dentro de los procesos de conformación, operación e integración de los CAPS a las redes integrales de salud, y se genera una situación aún más confusa para el caso de CAPS de naturaleza privada, afectando en nuestro concepto por doble vía los derechos del personal de la salud en Colombia, desde la óptica del derecho al trabajo que recordemos que es un derecho y obligación social por mandato constitucional: <i>Artículo 25 El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.</i> Precepto constitucional que la reforma propuesta no resuelve, en lo que se refiere al talento humano en salud de Colombia, nuestros héroes de la salud. b. Acceso a servicios de salud en territorios apartados, distribución de medicamentos y, atención primaria Hoy en día, gracias a que el 99% de la población colombiana se encuentra asegurada en el sistema de salud, ya sea al régimen contributivo o, al régimen subsidiado, se garantiza que cuando el ciudadano requiera de un servicio de salud cuente con la prestación del mismo. Sin embargo, en los territorios apartados o, en la ruralidad de nuestro país, no se cuenta con la infraestructura adecuada para tratar enfermedades de alta complejidad, motivo por el que, en lugar de acercar la oferta institucional a las poblaciones lo que el actual sistema realiza es acercar la persona al prestador de salud más adecuado según su patología. Los determinantes sociales, que no pueden ser responsabilidad del sistema de salud, juegan un rol importante en el acceso a los servicios de salud en los territorios más apartados, sobre ese tema ya nos referimos, pero es necesario recordar, que ellos no son tema que compete exclusivamente al sistema de salud colombiano.
País	2011	2021																																															
Argentina	3.9	3.7																																															
OCDE37	3.7	2.9																																															
Chile	2.9	2.5																																															
México	2.5	2.5																																															
Colombia	2.5	1.7																																															
Brasil	2.2	1.7																																															
Perú	1.7	1.7																																															
País	2011	2021																																															
OCDE37	9.2	8.0																																															
Brasil	8.0	3.7																																															
Chile	3.7	2.9																																															
México	2.9	2.6																																															
Argentina	2.6	2.4																																															
Perú	2.4	1.6																																															
Colombia	2.4	1.6																																															

Además de lo anterior y respecto a la distribución de medicamentos, es importante señalar que, como se indicó en el punto anterior en lo que atañe a la falta de infraestructura en los municipios para la prestación de los servicios de alta complejidad, es válido señalar que, no se cuenta con la infraestructura suficiente para contar con medicamentos por ejemplo, para tratamientos de enfermedades de alto costo en las regiones apartadas del país, situación que genera demoras en las entregas y posibles afecciones de salud. Finalmente, es de gran importancia fortalecer la atención primaria, misma que busca garantizar la prestación de una atención integral en salud según las necesidades de cada persona; sin embargo, el texto propuesto no contempla evidencia de que al realizar los cambios propuestos el usuario obtenga una atención más eficiente, una reducción de la siniestralidad o ausencia de la enfermedad, además de que, como lo expondremos en el acápite de sostenibilidad financiera, no hay evidencia de que con la reforma propuesta se aborde en términos de solución efectiva la problemática de la atención primaria en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En este tema, la reforma propuesta pasa de un aseguramiento del riesgo, el derecho a la seguridad social en los términos señalados en el artículo 48 de la Constitución Política a un sistema de salud de aseguramiento social, en el cual las responsabilidades de todos y cada uno de los actores tal y como están contempladas en estos momentos sobre todo en lo que, al riesgo en salud, aseguramiento financiero, desaparecen por completo. Las transformaciones del sistema actual, postuladas en la reforma aprobada en segundo debate, desintegran el modelo actual de aseguramiento, de ahí que se debe ser exhaustivamente claro y concreto en la forma en cómo se propone la implementación de la atención primaria propuesto en este modelo, las herramientas, responsables para lograrlo y plazos, que, a lo largo del texto aprobado, están ausentes en este proyecto de ley. El hecho de cambiar el énfasis del modelo actual y pasar de un enfoque poblacional a un enfoque territorial, con Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), encargados de la atención primaria en salud, que harán las veces de puerta de entrada al sistema de salud, implica un cambio de paradigma en el ciudadano, el cual dados los altos niveles siniestralidad en materia de salud, la influencia de los determinantes en la salud y la cultura e idiosincrasia colombiana, necesitan más que reforma del sistema de salud actual pedagogía y sensibilización, que de nuevo no son responsabilidad del sistema actual, influyen sí, pero no es dable endilgarle por ejemplo a un tipo de cultura el no consumo de alimentos sin cocción, como sucede en algunas comunidades indígenas. El sistema de salud actual contempla que las EPS deben realizar prevención respecto de	sus usuarios, no es un aspecto novedoso que incluya el texto propuesto, sin embargo, para fortalecer éste aspecto el Estado colombiano tiene la capacidad de realizar inspección, vigilancia y control y, exigir el cumplimiento de dicho aspecto, partiendo del aumento de los recursos destinados para tal fin y no el recorte de los mismos, dibujados en aparente implementación de infraestructura que debe ser con cargo al Presupuesto General de la Nación. Ello en procura de contar con un sistema que no solo se centre en el tratamiento de la enfermedad sino también, en la prevención de ella, para ello no se requiere un cambio de diseño institucional, de hecho, la ley 1438 de 2011 en los siguientes artículos ya tiene el mandato pertinente para ello: <i>Artículo 1°. Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.</i> <i>Artículo 11. Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención. Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las entidades territoriales a los que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las Cuentas Maestras de que trata el literal B, del artículo 13 de la Ley 1122 del 2007. Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados. Las redes articuladas por los municipios y la Entidades Promotoras de Salud en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán habilitadas por la las entidades departamentales o distritales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social. La contratación incluirá la cobertura por grupo etario, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento que se verificarán con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). El Gobierno reglamentará la inclusión de</i>
<i>programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, que estarán orientados a generar una cultura en salud de autocuidado en toda la población. Parágrafo transitorio. Hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la contratación de las acciones colectivas de salud pública y las de promoción y prevención, continuará ejecutándose de acuerdo con las normas vigentes a la promulgación de la presente ley.</i> <i>Artículo 12. De la atención primaria en salud. Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.</i> <i>Artículo 13. Implementación de la atención primaria en salud. Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos: 13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad. 13.2 Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 13.3 Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud. 13.4 Cultura del autocuidado. 13.5 Orientación individual, familiar y comunitaria. 13.6 Atención integral, integrada y continua. 13.7 Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud. 13.8 Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado. 13.9 Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad. 13.10 Participación activa de la comunidad. 13.11 Enfoque territorial.</i> La reforma busca crear equipos básicos para ubicar a la persona para disminuir el riesgo en salud, pero, estos equipos no van a actuar si se identifica una enfermedad compleja o se requiere una mayor complejidad; además, es pertinente señalar que las enfermedades raras no pueden ser prevenibles ya que son de origen genético y, en más del 50% de los	casos se manifiestan en edades adultas, además de que en la mayoría de los casos son inevitables. Un enfoque preventivo real al interior del sistema de salud no requiere un cambio de modelo, o reforma del sistema, basta con que el Estado exija a las EPS el cumplimiento en razón de su función de inspección, vigilancia y control, posterior al suministro de los recursos económicos necesarios para ello. c) Sostenibilidad financiera El sistema actual se financia con aportes de quienes hacen parte del régimen contributivo, impuestos y, el aporte que realiza el Estado a través de la UPC; sin embargo, en la reforma propuesta, no se abordan mejoras respecto a la forma en la que se calcula la UPC ni tampoco su suficiencia. Tampoco se establecen pautas sobre el pago de presupuestos máximos y como lo expondremos más adelante, la reforma no tiene un aval en términos legislativos ni un concepto por parte de la autoridad encargada, Ministerio de Hacienda, que permita afirmar de manera clara y exegética que la iniciativa se acompasa a los presupuestos del marco de mediano y largo plazo. En la actualidad, el Plan de Beneficios en Salud, que es pagado con la UPC, contiene gran cantidad de servicios y medicamentos, sin embargo, los que no se encuentran allí establecidos son cubiertos por los presupuestos máximos, situación que genera altos costos a las EPS, sin mencionar que dichos presupuestos no son pagados a tiempo por el Gobierno Nacional y es lo que ha generado crisis en el sector y no debido al funcionamiento del sistema, que más que bien ha desarrollado los postulados impuestos para la prestación del servicio de salud en favor de los colombianos desde 1994. Los logros que enunciamos como propios del sistema de salud actual, no hubieran sido posibles si el Estado colombiano, no hubiera aumentado los recursos que en materia de salud exige el dinamismo y los cambios que a lo largo del tiempo ha sufrido la población. Gasto en Salud en Colombia (% del PIB, 2000 – 2022)⁶

⁶ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

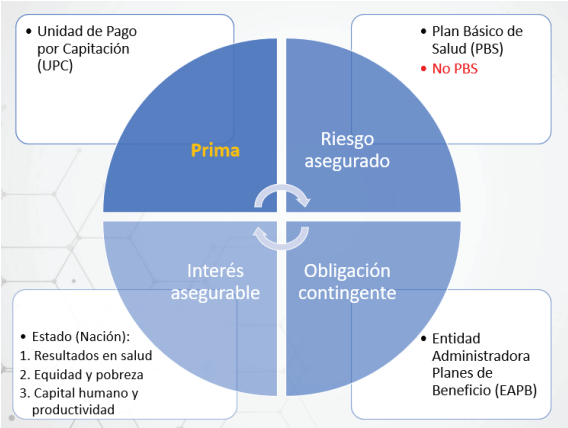


En la gráfica se evidencia el gran esfuerzo económico que ha hecho el Estado, gracias al crecimiento de la economía que ha mostrado desde 2002 nuestro país, exceptuando la crisis mundial del 2008, recordemos que entre 2002 y 2010 la economía colombiana creció a una tasa anual del 4,4% en promedio, con un pico del 6,9% en 2007, el mayor registro en 20 años, en el 2009 como consecuencia de la crisis financiera internacional el PIB solo crece 1,2 %, pero en el año 2010 como la economía creció 4,3 %. Evidentemente, la política de la época surtió resultados económicos que permitió que los gobiernos posteriores hasta 2018, logaran aumentar en términos de presupuesto las inversiones en la salud de los colombianos.

En la gráfica expuesta por ACEMI en la mesa de trabajo convocada alrededor de la reforma a la salud radicada en 2023 y que no se distancia en nada de la que hoy nos ocupa, a se intenta graficar los elementos financieros o económicos constitutivos del aseguramiento propio del sistema de salud actual:

Elementos constitutivos del aseguramiento⁷

⁷ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024



Esta misma dinámica brilla por su ausencia en el proyecto de ley actual del cual disiento, razón adicional para justificar y fundamentar esta ponencia negativa, en el actual sistema, es claro, en el sistema propuesto, se deja mucho a la confusión y razonamientos abstractos del ejecutor, lo cual aumenta la inseguridad jurídica y financiera del sector, de hecho, el concepto de la prima que es la UPC desaparece. No obstante, se asume que los recursos que hoy financian el derecho individual y el subsidio a la demanda (a las personas) van a pasar en su totalidad a los fondos pagadores y sus subcuentas. Con estos recursos se van a subsidiar parcialmente a los hospitales y se van a dar presupuestos a los CAPS lo cual es de difícil materialización.

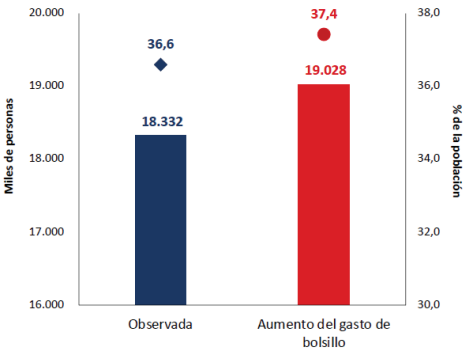
La reforma propuesta, establece un pagador único en cabeza de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que asume la totalidad del riesgo financiero del sistema, divide la prima de riesgo (UPC) entre la atención primaria y la de mediana y alta complejidad disminuyendo los recursos de estas últimas y le endilga superpoderes a la ADRES quien asumirá el giro directo de todos los pagos de las prestaciones de los servicios de salud del sistema, a través de un giro mínimo del 85% del valor facturado, con la simple radicación la factura y el 15 % restante sujeto a la auditoría, lo cual es absurdamente inconveniente.

Recordemos que hoy en día el giro directo está autorizado e implementado en un 100%

en las EPS del régimen subsidiado que son las que más retrasos en los pagos a proveedores y otros actores generan, permitiendo deducir que no es por la moderación del giro directo que se pueda presentar barreras en términos de eficiencia y flujo de recursos en el sistema, así mismo en las EPS intervenidas y ya vemos la crisis en la que tienen al Sistema, los prestadores y por supuesto a los pacientes y usuarios del sistema.

En la nueva propuesta, no hay fuentes nuevas de financiación y se corre el riesgo de que los recursos no alcancen y los colombianos se vean obligados a destinar mayores recursos de su bolsillo para afrontar la problemática que se derive del nuevo sistema de salud, aumentando de esta manera los índices de pobreza de la población colombiana.

Pobreza monetaria (Total nacional, 2022) con aumento del gasto de bolsillo en salud.⁸



Cuando se habla de derechos fundamentales, es necesario tener claro el presente y el futuro además del deber ser de las cosas, y una exhaustiva y minuciosa revisión de las capacidades y fortalezas actuales en el país, los recursos disponibles en materia de infraestructura, financieros y de talento humano disponibles y cómo se garantiza una adecuada implementación con la nueva institucionalidad propuesta, garantizando la efectividad del derecho, la continuidad real en materia de atención y su ampliación progresiva análisis que brilla por su ausencia en la reforma contrariada, abriendo la posibilidad de que se presente un aumento en el riesgo fiscal para el país, toda vez que,

⁸ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

el sistema actual cuenta con varios recursos de financiación y aun así los recursos son escasos, cuanto más lo será para las finanzas públicas si los costos los asumirá en su totalidad el Estado colombiano sin dejar de manera clara y preestablecida la figura del aseguramiento del riesgo en salud y mutándolo a un aseguramiento social, que carece de fundamentos científicos, académico y estadísticos.

d) Incoherencias fiscales y presupuestales del proyecto de ley

Durante el último año, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público ha publicado tres documentos distintos de análisis financiero y fiscal de la reforma a la salud, esto de entrada le resta credibilidad a los mismos y al conocimiento técnico económico de la reforma desde el mismo MINHACIENDA y MINSALUD, pareciera que estuvieran adivinando y con la Salud y sobre todo con el presupuesto de la salud de 50 millones de Colombianos, no se juega, no se adivina, la salud no es un azar.

En ninguno de los tres informes los ingresos guardan consistencia través del tiempo. En el primer informe, rendido para septiembre de 2024 se esperaban unos ingresos de \$1.260 billones para el periodo 2025-2034. En el segundo informe, rendido en marzo de 2025 ascendían a \$1336 billones. Un aumento de \$76 billones sin respaldo sobre esas fuentes de financiación. En el tercer informe de agosto de 2025, los ingresos ascienden a \$1.576 billones, en un periodo de análisis que va de 2026 a 2036, sin tener en cuenta el déficit de \$26 billones que tiene el Presupuesto General de la Nación.

En todo caso, si se toman los análisis realizados durante 2025, los ingresos son 6.4% y 4.4% superiores a los del año 2024, aumentos porcentuales que no guardan relación con la realidad económica que atraviesa el país y que ha obligado a variar la regla fiscal y anunciar otra reforma tributara para afectar el bolsillo de los Colombianos, política y decisión gubernamental de la cual nos apartamos.

En el último documento remitido, no se indica el valor estimado por el Ministerio de Salud y Protección Social referente al gasto en Atención Primaria en Salud y en Mediana y Alta Complejidad, así como para los próximos 10 años, en el marco de la reforma, el proyecto no incluye la discriminación del gasto administrativo a favor de las Gestoras de Salud y Vida. Igualmente, el ultimo concepto remitido no contempla la financiación de los servicios socio sanitarios conexos al derecho a la salud que hoy día se financian con recursos de presupuestos máximos.

En el tercer informe el sistema de información y de acuerdo con lo indicado por MINSALUD, su desarrollo estará a cargo del rubro de inversión de dicha cartera, por lo tanto, no se incluye en la proyección de gastos. Con cargo a estos recursos hoy se financia el funcionamiento del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

Los nuevos recursos disponibles para el saneamiento de pasivos del sector salud, según el tercer informe rendido por MINHACIENDA, son de única vez y ascienden a \$530mil millones cuando el total de las deudas solo de la NUEVA EPS, asciende a \$21 billones según el último informe de la Contraloría.

Esos \$530mil millones solo corresponde al 2,5% de las deudas del sistema según la Contraloría General de la República. El saneamiento de esta deuda es un requisito fundamental para garantizar la estabilidad del nuevo modelo propuesto. ¿De dónde saldrán los recursos para el saneamiento del sistema en cuantía de \$21 billones, y si esta suma no está incluida en el tercer aval?

En el último aval o concepto, de agosto de 2025, MINHACIENDA advierte que 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. ¿Ya se verificó esos tiempos señalados, de cuánto tiempo estamos hablando? Esta última pregunta es importantísima, porque eso es lo que no tienen los pacientes colombianos, tiempo, debido a la crisis explícita premeditada anunciada por este gobierno.

Adicionalmente, el Ministerio de Hacienda ha reconocido la existencia de un problema fiscal en el país. No obstante, en un lapso de apenas 23 días radicó seis documentos ante la Comisión Séptima del Senado, todos sosteniendo que la reforma a la salud cuenta con aval fiscal. Resulta llamativo que el último de estos documentos presenta cifras diferentes y aún más optimistas que las anteriores, a pesar de que el propio Ministerio admitió que el año pasado se produjo una sobreestimación de los ingresos tributarios.

Dice también el MINHACIENDA que el valor o costo de la reforma debe ser financiado con los recursos del MINSALUD: En consecuencia, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público emite **concepto favorable de impacto fiscal** del proyecto de Ley de la referencia en la medida en que las obligaciones corrientes del sector salud acumuladas serán 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.

Por su parte el MINSALUD en el informe rendido sobre Presupuesto 2026, afirmó que los recursos girados para 2026, en cuantía de \$75,78 billones, eran suficientes y que dicha cartera no tiene déficit para 2026, a pesar de que no se incluyen dentro del monto presupuestado el valor de la UPC 2026 ni los reajustes ordenados practicar por la Corte Constitucional y que son la fuente de desfinanciación del sistema en gran medida, sin dejar de lado otras irregularidades e ineficiencias en la administración del mismo.

análisis del impacto fiscal, función que la normatividad asigna de manera expresa al Ministerio de Hacienda.

Artículo 7

. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, **deberá rendir su concepto** frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.

Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, **lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público**.

Radicado entrada
No. Expediente 40284/2025/OFI

Asunto: Alcance - Análisis fiscal respecto del informe de ponencia propuesto para tercer debate al proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "[p]or medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Respetado Presidente:

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003¹, se presenta el análisis de impacto fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al informe de ponencia propuesto para tercer debate al proyecto de Ley del asunto, en los siguientes términos:

En primer lugar, **resulta preciso indicar que el presente concepto se fundamenta en la estimación de costos² aportada y actualizada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)**. Por otra parte, es del caso señalar que todos los valores monetarios utilizados para calcular el balance están expresados en precios constantes de 2025 y suponen 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) 2025.

Estas claridades, de que los cálculos o costos estimados de la reforma, parten de un nuevo documento de planeación financiera denominado *Marco Fiscal de Mediano Plazo 2025* —cuyo raquítico argumento fue advertido en el debate de control político que se le hiciera la Comisión VII del Senado y que fuere declarado NO SATISFACTORIO, resulta necesario llamar la atención de tres elementos que se analizan para otorgar el aval fiscal a la reforma: ingresos, gastos o usos, y el balance (diferencia entre ingresos y gastos).

En cuanto a los ingresos con los que se financiará la reforma y, en general, el funcionamiento del Gobierno Nacional, no existe mayor evidencia que el pronunciamiento del CARF, el cual señaló que las proyecciones se sustentan en fuentes inciertas y en un escenario lleno de incertidumbres y así no se puede aprobar la reforma de un sistema que influye en la salud y vida de 50 millones de personas.

Respecto de los gastos o usos, resulta aún más preocupante que el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud subvaloren o incluso excluyan rubros significativos en la cuantificación de los costos de la reforma. Una simple comparación permite evidenciar

SECCIÓN: 1901		
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		
A. PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO	73.879.384.609.680	73.879.384.609.680

RESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN					
CTA PROG	SUBC SUBP	CONCEPTO	APORTE NACIONAL	RECURSOS PROPIOS	TOTAL
C. PRESUPUESTO DE INVERSIÓN			1.987.282.465.247		1.987.282.465.247
1905		SALUD PÚBLICA	606.027.232.685		606.027.232.685
	0300	INTERSUBSECTORIAL SALUD	606.027.232.685		606.027.232.685
1906		ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	1.167.324.767.315		1.167.324.767.315
	0300	INTERSUBSECTORIAL SALUD	1.167.324.767.315		1.167.324.767.315
1999		FORTALECIMIENTO Y APOYO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD	133.930.465.247		133.930.465.247
	0300	INTERSUBSECTORIAL SALUD	133.930.465.247		133.930.465.247
TOTAL PRESUPUESTO SECCIÓN			75.786.587.154.847		75.786.587.154.847

Lo que no se explica es, si según el MINSALUD, la reforma propuesta para 2026, tiene un costo de \$109 billones, ¿como es que resulta para esa cartera suficiente \$75,78 billones de pesos? ¿De dónde van a salir entonces los \$33 billones restantes? ¿Y a pesar de esta omisión MINHACIENDA dice que el proyecto de ley tiene aval?

Con base en supuestos erróneos se ha otorgado viabilidad fiscal a la reforma a la salud. El 28 de julio se presentó un concepto fiscal elaborado con el Marco Fiscal de Mediano Plazo de 2024, a pesar de que el correspondiente al año 2025 ya había sido presentado el 13 de junio. El último documento de viabilidad fiscal incluye proyecciones sobre los costos de implementación de la reforma hasta el año 2036, reiterando estimaciones aún más optimistas, como si el propio Ministerio de Hacienda no hubiera reconocido la existencia de un problema fiscal en el país que tiene ad portas de una reforma tributaria que, además, no resuelve el problema de mala administración económica y financiera que ha caracterizado a este gobierno

Es común que MINHACIENDA no realice los cálculos sobre los costos de implementación de la reforma a la salud. Por el contrario, esta labor ha sido asumida por el Ministerio de Salud, una entidad que no cuenta con la competencia ni con la capacidad técnica para evaluar la situación fiscal del país, responsabilidad que recae de manera exclusiva en el Ministerio de Hacienda. De esta forma, se invaden competencias legales en materia de

dichas omisiones y la falta de rigor en el cálculo de las verdaderas obligaciones financieras que implicaría su implementación:

Tabla 1. Usos proyectados del Sistema de Salud												
Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
Atención Primaria en Salud	21.793	23.462	25.339	27.366	29.555	31.920	34.473	37.231	40.210	43.427	46.901	
Mediana y alta complejidad	76.570	78.910	82.066	85.349	88.763	92.314	96.007	99.847	103.841	107.995	112.314	
Fortalecimiento de la red pública	1.032	1.032	1.030	1.246	4.128	4.334	4.553	4.779	5.018	5.269	5.532	
Prestaciones económicas	3.031	3.152	3.278	3.409	3.546	3.688	3.835	3.989	4.148	4.314	4.487	
Otros	533	551	569	588	607	627	648	669	691	714	737	
Becas	124	124	155	206	206	206	206	206	206	206	206	
Prestación de maternidad	683	904	1.095	1.237	1.237	1.244	1.231	1.218	1.205	1.192	1.179	
Fortalecimientos institucionales	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
Fondo de desastres	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	

Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Irección: Carrera 8 No. 6 C 38 Bogotá D.C., Colombia
onmutador: (+57) 601 3 81 17 00
nea Gratuita: (+57) 01 8000 910071

Página | 5

												
Continuación oficio SGP - E.T. SGP (10%)	2.003	2.180	2.363	2.598	2.808	2.618	2.721	2.813	2.899	2.978	3.057	
Salarios directivos	105.91	115.45	116.54	123.95	130.72	137.18	143.82	150.90	158.27	166.24	174.58	
	4	6	6	5	5	4	4	4	2	2	2	
SGAT - Rangos diferenciales	246	271	298	327	360	396	436	479	527	580	638	
Migrantes irregulares	316	316	316	316	316	316	316	316	316	316	316	
Salario mínimo ESE-ESE (04.04.01.03)	1.500	500	500	500	500	500						
Costos indirectos	2.082	1.087	1.114	1.343	1.370	1.312	752	795	843	894	954	
Incentivos de calidad (Art 34-44)	1.276	1.578	1.641	1.707	2.073	2.354	2.560	2.663	3.115	3.240	3.369	
Unidades Zonales de Planeación	688	1.024	1.074	1.127	1.183	1.242	1.305	1.371	1.441	1.514	1.592	
Costos de gestión	1.965	2.602	2.723	2.834	3.254	3.350	3.805	4.053	4.355	4.704	5.092	
TOTAL GASTOS	109.94	114.13	120.36	127.93	136.15	141.71	146.44	150.73	153.77	157.89	162.46	
	1	6	9	5	5	4	3	5	2	2	2	
Participación en el PIB	5,89%	5,50%	6,04%	6,22%	6,39%	6,51%	6,64%	6,79%	6,90%	7,11%	7,28%	

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos remitidos por el MSPS.

En resumen, frente a un panorama fiscal caracterizado por ingresos inciertos y por los elevados gastos que plantea la reforma a la salud —muchos de los cuales ni siquiera han sido cuantificados—, el balance presentado resulta desproporcionado, incoherente, rayando con afectaciones a la realidad, argumentos de peso para sugerir el archivo de esta iniciativa. Se proyecta un escenario en el que supuestamente sobrarán recursos como resultado de la reforma, lo cual carece de credibilidad si se contrasta con las reiteradas advertencias sobre el deterioro del desempeño fiscal de Colombia y la omisión del cálculo

adecuado, juicioso y técnico de la UPC, como ya lo hemos advertido y detallaremos a continuación.

Continuación oficio

Presupuesto	112.606	114.839	121.123	128.277	135.743	143.890	152.550	161.651	171.186	181.281	191.713
Usos	109.941	114.138	120.369	127.932	135.155	141.734	148.443	155.735	163.772	171.899	180.484
Balance	2.665	701	754	345	588	2.185	4.107	5.916	7.414	9.382	11.229

Nota. Miles de millones de pesos constantes de 2025. Gastos recibidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Fuentes estimadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En estos tres años, el Gobierno y en este proyecto de ley, se ha destacado a la Nueva EPS como pilar de la reforma: atiende a 1 de cada 5 colombianos, está en 1.100 municipios y es la única con participación pública (50% del MinHacienda). Por eso sorprende que el Ministro de Hacienda diga que sus pasivos son solo de privados, cuando el propio Gobierno promovió que fuera de mayoría pública. ¿Entonces, se quiere salvar o liquidar la Nueva EPS? La reforma debe garantizar su viabilidad como Gestora de Salud y Vida pública, con estrategia de saneamiento y financiación y de estos recursos en mas de \$21 billones no se hablan ni en el proyecto de ley propuesto, ni en el aval fiscal del MINGACIENDA.

Se omite en el proyecto de ley que se propone archivar que la Contraloría General, para este mes de septiembre de 2025, alerta sobre una grave situación administrativa y financiera en Nueva EPS, donde se recopilaron 4,524 archivos con información administrativa, jurídica y financiera entre 2022 y 2025.

- Se evidencian fallas en anticipos, facturación, contratación, cuentas por pagar y reservas técnicas.
- Los anticipos pendientes por legalizar aumentaron de \$3.4 a \$8.6 billones (155% de incremento) de 2023 a 2024. Posteriormente, los anticipos pasaron de \$8.6 billones a \$15.27 billones de 2024 a junio 2025, lo que significó un incremento de \$6.6 billones.
- Con corte a junio de 2025, se hallaron \$5.7 billones en anticipos pendientes por legalizar de 2024
- Hay \$13.2 billones en facturas pendientes por procesar, con un 97% sin revisar.
- Se detectó un incremento desmesurado en cuentas por pagar y anticipos.
- Existen facturas sin revisión o validación por \$22.1 billones.
- Se encontró una subestimación de reservas técnicas por \$11.1 billones.
- La entidad enfrenta riesgos de liquidez y posible detrimento patrimonial.

Recordemos que esa EPS esta intervenida desde el 3 de abril de 2024, nada más y nada menos que por este gobierno, y con corte a junio de 2025, se acumularon \$6,6 billones adicionales frente al total reportado durante la vigencia 2024, pasando de \$8.6 billones a \$15.27 billones, es decir un aumento del 130% de 2024 a 2025, en plena intervención, "Valiente Cambio el del gobierno del cambio"

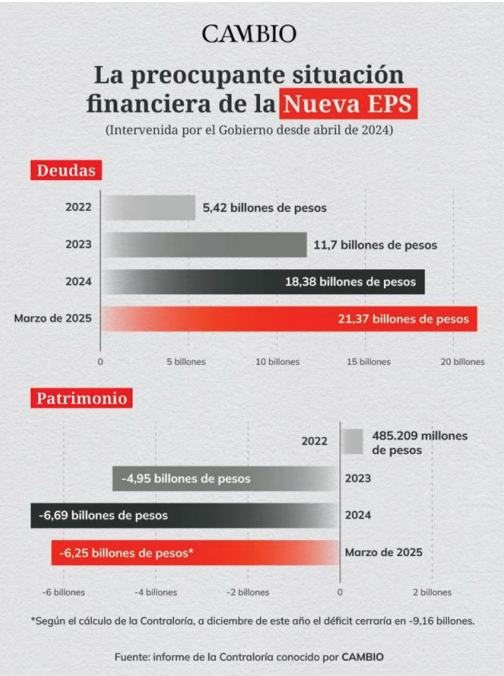
Por ello es necesario recordar el artículo 61 de la Reforma a la Salud que propone este gobierno:

Artículo 61°. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud: ...
Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS, deberá asumir los afiliados de EPS liquidadas.
Numeral 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.
Numeral 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...

Para allá es que quieren mandar a todos los Colombianos, esa es la crisis explicita premeditada anunciada? Y como si fuera poco, miremos el artículo 19 de la Reforma Propuesta por el gobierno del Cambio, pero para mal:

Artículo 19: Artículo 19°. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud (...) A partir de la radicación de la cuenta de cobro la ADRES dispondrá de 30 días para pagar mínimo el 85% de su valor...

Sin auditoria previa y con estos hallazgos de anticipos sin legalizar, solo nos queda una pregunta: ¿por eso algunos ex funcionarios de este gobierno afirman que el Sistema de Salud invita "robar"? Mientras tanto, hoy, los pacientes están esperando citas, tratamientos, medicamentos que nunca llegan y los pasivos de la Nueva EPS siguen en aumento y el patrimonio en decrecimiento, así lo evidenció la imagen de CAMBIO que resume el informe de la contraloría respecto de la situación financiera de la Nueva EPS.



Con esas cifras, esas incoherencias y esas imprecisiones económicas y financieras lo mejor es archivar este proyecto de ley y evitar afectar o poner en riesgo a salud y vida de millones de Colombianos que es lo que propone este adefesio normativo propuesto por este gobierno.

e) Insuficiencia de la UPC- Desnaturalización del aseguramiento del riesgo en salud.

Para nadie es un misterio que este gobierno (2022-2026) Desfinanció por completo el Sistema de Salud, en tanto, no fijo correctamente la Unidad de pago por Capitalización (UPC), no hizo los ajustes de la misma ordenados por la Corte Constitucional ni hizo lo pagos de presupuestos máximos de manera oportuna.

Para mayor claridad e ilustración sobre el tema debemos tener presentes las siguientes definiciones que mediante diferentes pronunciamientos normativos se han establecido:

- **Unidad de Pago por Capitalización (UPC):** valor anual reconocido a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para cubrir las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud de cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Régimen Subsidiado:** mecanismo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante el cual la población pobre y vulnerable del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio parcial o total que ofrece el Estado.
- **Régimen Contributivo:** sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por medio del pago de una cotización o aporte económico para la población con capacidad de pago.
- **Plan de Beneficios en Salud (PBS):** conjunto de servicios de salud a los que tienen derecho los afiliados al SGSSS, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. El PBS incluye servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en áreas como medicina general, medicina especializada, hospitalización, urgencias, medicamentos, odontología, entre otros.
- **Entidades Promotoras de Salud (EPS):** entidades encargadas de afiliar a las personas al SGSSS, ya sea en el régimen subsidiado o contributivo. Son las responsables de administrar los recursos que reciben del Estado para la prestación efectiva de los servicios de salud.
- **Instituciones Prestadoras de Salud (IPS):** entidades que prestan los servicios en salud a los afiliados. Estas pueden ser hospitales, clínicas, centros de salud de naturaleza pública, privada o mixta.
- **Afiliados:** toda persona inscrita en el SGSSS en el régimen contributivo o subsidiado. En este sentido, se trata de todas las personas que tienen derecho a acceder a los servicios de salud gracias a la administración realizada por las EPS ante las IPS.
- **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):** entidad pública encargada de administrar los recursos financieros del SGSSS, incluyendo los aportes de los afiliados y los recursos del Estado. De igual manera, se encarga de la auditoría y de la vigilancia del uso eficiente de los recursos.

Estas definiciones es necesario tenerlas claras, ya que lo necesita el Sistema de Salud, para

garantizar la prestación del servicio en óptimas condiciones y garantizar el respeto y salvaguarda del derecho fundamental a la salud de todos los Colombianos es establecer un procedimiento, mecanismo de definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y Presupuestos Máximos, vigente para cada año, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)y la sostenibilidad del mismo. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está basado en criterios de equidad, suficiencia, homogeneidad, representatividad y calidad, por ello se busca que dentro del mismo se desarrollen estrategias para enfrentar potenciales desajustes inflacionarios, que atienda las necesidades de la población al mismo tiempo que sea sostenible financieramente, de manera que se logre superar la crisis a la cual ha sido sometido en los últimos dos años. Por ello es necesario superar positivamente los retos financieros que enfrenta actualmente el sistema de salud, de manera que queden superadas las principales dificultades económicas que afectan actualmente la capacidad del SGSSS para cumplir con sus objetivos, debido a la mala dirección que ha recibido en los últimos tres años. Lo que se necesita es una solución a las deficiencias actuales en la definición de la UPC, identificando las áreas donde se requieren mejoras para asegurar que los recursos se distribuyan de manera equitativa y eficiente, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema de salud y a la continuidad en la prestación del servicio de salud en favor de los afiliados dentro del territorio nacional en términos de eficiencia y calidad. Soluciones que no vemos en ninguno de los artículos del Proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia se dictan otras disposiciones" una razón mas que motiva la solicitud de archivo que proponemos a través de esta ponencia. Es de aclarar que la UPC y por ende su fijación y reajustes se encuentran plenamente fundamentados en el ordenamiento jurídico Colombiano, así en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia establece que: <i>La Seguridad Social es 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.</i> <i>El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.</i> <i>La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de</i>	<i>conformidad con la ley.</i> <i>No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.</i> <i>La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.</i> Por su parte el artículo 49 del texto superior estipula: <i>La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</i> <i>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.</i> <i>Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</i> <i>La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.</i> <i>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.</i> <i>El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.</i> <i>Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.</i> Así mismo en la ley 1751 de 2015 que desarrolla el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia y de la cual cabe resaltar, para efectos del fundamento jurídico de la UPC, como elemento necesario a valorar e incluir en cualquier reforma o propuesta de mejoramiento del Sistema de Salud que se quiera hacer:
ARTÍCULO 2o. 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. ARTÍCULO 4o. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud. ARTÍCULO 5o. OBLIGACIONES DEL ESTADO. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: <i>a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;</i> <i>b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;</i> <i>c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;</i> <i>d) <Literal CONDICIONALMENTE exequible> Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;</i> <i>e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;</i> <i>f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;</i> <i>g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;</i> <i>h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de</i>	<i>manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;</i> <i>i) la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;</i> <i>j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.</i> ARTÍCULO 7o. EVALUACIÓN ANUAL DE LOS INDICADORES DEL GOCE EFECTIVO. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población. El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema. En la búsqueda del cumplimiento y conciliación tanto de la garantía del derecho como la preservación de la salud financiera del sistema, el ordenamiento jurídico colombiano ha establecido un mecanismo que se conoce como Unidad de Pago por Capitación (UPC), el cual tiene como finalidad la financiación del sistema a partir de criterios técnicos mediante un estimado por afiliado. Frente a esta UPC la normativa nacional se pronuncia contemplándola en la ley 100 de 1993, la cual sostiene que: <i>Artículo 182: De los ingresos de las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</i> <i>Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.</i> Así mismo, el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Decreto 780 del 2016), establece a partir del artículo 2.5.3.5.1. y siguientes los criterios mediante los cuales el ministerio de salud y protección social definirá a UPC para el término de cada año, así como las inclusiones al PBS.

De tal modo, el decreto señala en el artículo 2.5.3.5.2. los criterios que se tienen para determinar el valor de la UPC en la vigencia de cada periodo, estos criterios son: Artículo 2.5.3.5.2. Criterios para la definición del incremento en el valor de los servicios de salud. Los incrementos a que refiere el presente Capítulo deberán realizarse con sujeción a los siguientes criterios: 1. El incremento se aplicará sin excepción a todas las IPS públicas o privadas. 2. Los incrementos que se efectúen deberán ser equitativos, de manera que a servicios homogéneos y de igual calidad, el incremento sea igual. 3. Las negociaciones pueden hacerse de manera global o de manera individual con cada IPS teniendo en cuenta los servicios y demás suministros que prestan. 4. El incremento deberá guardar proporcionalidad con el ajuste que se reconozca para mantener el valor adquisitivo de la UPC sin tener en cuenta el incremento derivado de nuevos servicios que se pudieran incluir en el plan de beneficios por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces. 5. Los términos de la negociación deberán observar el régimen de control de precios que señale la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos -CNPMD. 6. Para el incremento de los contratos de capitación en los que se pacte como pago un porcentaje de la UPC, deberá excluirse el incremento de la UPC que corresponda a actualizaciones al plan obligatorio de salud, toda vez que la EPS con cargo a este incremento deberán financiar las nuevas prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. A pesar de lo anterior, hoy en Colombia no existe una normativa que establezca una fecha límite para la determinación de la UPC en el país, lo que deja cabida a que sucedan eventos como los acontecidos en la fijación de la UPC para el periodo 2024, periodo en el cual, debido a la expedición del decreto que fijó su valor, no fue posible que las entidades del sistema de salud participaran de espacios técnicos para la correspondiente revisión de los datos suministrados. Por tanto, no se realizó un cálculo acorde a la financiación actual del sistema, ni se tomaron en cuenta los problemas de calidad o desfases en la información ya que además excluyó cifras del grueso de las EPS del país que son las que más afiliados congregan. Esta situación a pesar de estar prevista, no es solucionada en el proyecto de ley que se propone archivar, otro motivo más para promover su archivo ya que no resuelve una de las falencias del Sistema, que no es tanto del sistema sino del ejecutor o director del mismo, esto es, el Gobierno Nacional. Así mismo, en lo que respecta al cálculo de la UPC para 2025, se desconocen los criterios utilizados en su determinación, las metodologías utilizadas, la validación de la información y la recolección de la misma, por ello la impertinencia de esta iniciativa, ya	que no busca evitar que situaciones como estas se vuelvan a presentar en el futuro, sino por el contrario, empeorar la situación actual de mas de 50 millones de Colombianos. La sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional defiende el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo la discusión frente a la financiación de este ha sido continua entre los diferentes actores que componen el sistema de salud colombiano. En la normativa nacional existen varias normas que recalcan la importancia de mantener la sostenibilidad financiera del sistema como una garantía superior de la pervivencia del mismo y, en consecuencia, permita asegurar el goce efectivo de dicho derecho. Por su parte, el artículo 5 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, mediante la cual se regula el derecho fundamental a la salud, establece en el literal i), la obligación para el Estado de adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población. Asimismo, el artículo 6 de la misma norma, establece los principios del derecho fundamental a la salud, entre los que se encuentra la “Sostenibilidad”, entendida como la obligación del Estado para disponer de los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal. En el mismo orden, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, define al aseguramiento en salud como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Adicionalmente, establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben asumir el riesgo transferido por los usuarios y cumplir con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, hoy denominado Plan de Beneficios en Salud (PBS). Por tal motivo, en búsqueda de lograr esa estabilidad financiera del sistema, el ordenamiento jurídico ha otorgado a el Ministerio de Salud y Protección Social la facultad para revisar periódicamente el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y las metodologías que se usan para determinar inclusiones y exclusiones del mismo, tal y como se establecen en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, así como el Decreto 2560 de 2012, artículo 26, numeral 1, mandato con el cual el MINSALUD, de este gobierno no ha cumplido. Así mismo, el Decreto 4107 de 2011, mediante el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, establece como parte de las funciones de dicha entidad, entre otras, la formulación de políticas, planes, proyectos, normas y regulación, en materia de aseguramiento en salud, financiamiento y otros componentes de la seguridad social, así como, administrar los recursos para promover la sostenibilidad financiera del SGSSS.
En razón de lo anterior, es posible concluir que en efecto existe en cabeza del Estado colombiano, especialmente del Ministerio de Salud y Protección Social, una obligación de mantener, proteger y velar por la estabilidad financiera del sistema de salud como garantía prima del goce efectivo del derecho fundamental a la salud y que pudiendo hacerlo a través de un decreto o de mejoras vía legislativa del Sistema de Salud, no lo ha hecho y no lo hace a través de esta reforma, por lo tanto es inviable e impertinente y se debe archivar. Por otro lado, respecto al desarrollo jurisprudencial, la Corte Constitucional también ha establecido un sinnúmero de directrices bajo las cuales debe ser analizado el derecho fundamental a la salud a efecto de lograr su materialización, garantía y protección: • SU-480 de 1997 El Estado está obligado a prestar el plan de atención básica en salud y las EPS, especialmente deben prestar el plan obligatorio de salud y el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, dentro de los parámetros que el mismo Estado ha fijado. Hay que admitir que, al delegarse la prestación del servicio público de salud a una entidad particular, ésta ocupa el lugar del Estado para algo muy importante cual es la prestación de un servicio público; pero eso no excluye que la entidad aspire obtener una legítima ganancia. Así está diseñado el sistema. Pero, lo principal es que se tenga conciencia de que lo que se recauda no pertenece a las EPS, ni mucho menos entra al presupuesto nacional ni a los presupuestos de las entidades territoriales, sino que pertenece al sistema general de seguridad social en salud, es, pues, una contribución parafiscal. Por tal razón, la Corte no puede ser indiferente al equilibrio estructural del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, al plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y a los principios de universalidad y solidaridad que deben ir paralelos. La vigilancia de estos preceptos forma parte de uno de los objetivos del Estado social de derecho: la solución de las necesidades insatisfechas de salud. • C-542 de 1998 La Seguridad Social constituye "...un servicio público de carácter obligatorio, sometido a la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley, que correlativamente se estructura en la forma de un derecho absolutamente irrenunciable, cuya prestación corre a cargo del Estado, con la intervención de los particulares, y del cual son titulares todos los ciudadanos, permitiéndoles obtener el amparo necesario para cubrir los riesgos que pueden llegar a minar su capacidad económica y afectar su salud, con especial énfasis en aquellos sectores de la población más desprotegidos, en la intención de conservar una comunidad sana y productiva, gracias a la ampliación gradual de la cobertura que en forma progresiva debe producirse, según los parámetros que señale el legislador"	• T- 540 de 2002 Los adultos mayores necesitan una protección preferente en vista de las especiales condiciones en que se encuentran y es por ello que el Estado tiene el deber de garantizar los servicios de seguridad social integral a estos, dentro de los cuales se encuentra la atención en salud. La atención en salud de personas de la tercera edad se hace relevante en el entendido en que es precisamente a ellos a quienes debe procurarse un urgente cuidado médico en razón de las dolencias que son connaturales a la etapa del desarrollo en que se encuentran. • C-974 de 2002 Si bien la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, al cual corresponde hacer efectiva la garantía que conforme a la Constitución tienen todas las personas para acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y en tal virtud éste debe desplegar una intensa actividad de dirección, regulación y control, no es menos cierto que la propia Constitución ha previsto la participación de los particulares en la prestación de los servicios públicos y en la ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social, lo cual implica que para dicha participación, de la manera como ella esté prevista en la ley, es necesario garantizar, en armonía con los principios que rigen la prestación de los servicios de salud, las condiciones de libertad económica que de acuerdo con la Constitución, y de manera general, rigen a actividad de los particulares. Ello quiere decir que, tal como se expresó en sentencia anterior, la imperiosa intervención del Estado en la regulación y control de la prestación del servicio de salud no puede hacerse de manera tal que se frustre la posibilidad del despliegue privado en los términos previstos por la Constitución y la ley. • C-955 de 2007 Enfatiza que todos los recursos de la Seguridad Social tienen destinación específica, la Corte ha aclarado que dicha destinación incluye tanto los recursos destinados a la organización y administración del sistema de seguridad social como los orientados a la prestación del servicio. Así pues, la misma Corporación se ha encargado de explicar que la destinación específica de los recursos parafiscales de la Seguridad Social en Salud no se desconoce por el hecho de que parte de los mismos se dirijan a financiar la organización y administración del Sistema. Además, ha indicado que ello es así por razones que tocan con la materialización del principio de eficiencia que preside la prestación de dicho servicio de salud, principio que se orienta a lograr la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma

adecuada, oportuna y suficiente. T-745 de 2009 Para el caso de las personas de la tercera edad, por tratarse de sujetos de especial protección constitucional, esta Corporación ha sostenido que el derecho a la salud adquiere la calidad de derecho fundamental autónomo, en razón a las circunstancias de debilidad manifiesta en que se encuentran. Por esta razón, el Estado y las entidades prestadoras de salud se encuentran obligadas a prestarles la atención médica integral que requieran, de conformidad con el tratamiento ordenado por el médico tratante, con sujeción a los principios de celeridad, eficiencia, continuidad y oportunidad. T-760 de 2008 Que tiene como objetivo analizar diferentes facetas del "Derecho a la Salud" y valorar sus implicaciones con la finalidad de garantizar el goce universal equitativo y efectivo de este derecho. Emite una regulación de sistema del derecho a la salud que afecta la posibilidad de su goce efectivo por las personas y situaciones concretas y específicas. En esta sentencia la Corte imparte ordenes con un cronograma de actividades de cumplimiento específico que trate de superar las fallas de la regulación del sistema de salud en su materialización como derecho fundamental. C-463 de 2008 La salud es un servicio público inherente a la finalidad social del Estado, cuya prestación debe llevarse a cabo con fundamento en las normas constitucionales y en los principios de universalidad, solidaridad y eficacia. De acuerdo con el principio de universalidad todas las personas en condiciones de igualdad deben estar amparadas frente a todos los riegos derivados del aseguramiento en salud, bien sea para la prevención o promoción de la salud, o bien para la protección o la recuperación de la misma. En cuanto al principio de solidaridad se manifiesta en dos subreglas: en el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, y en 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. Por último, el principio de eficiencia en materia de salud hace relación al arte de la mejor utilización y maximización de los recursos financieros disponibles para lograr y asegurar la mejor prestación de los servicios de salud a toda la población a que da derecho la seguridad social en salud.	C-252 de 2010 Una simple lectura de los artículos 48, 49 y 365 de la Carta demuestra que corresponde a la ley determinar los elementos estructurales del sistema, tales como (I) concretar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, (II) regular el servicio, (III) autorizar o no su prestación por particulares, (IV) fijar las competencias de la Nación y las entidades territoriales, (V) determinar el monto de los aportes y, (VI) señalar los componentes de la atención básica que será obligatoria y gratuita, entre otros". De igual manera, en la sentencia C-955 de 2007 (anterior), el Tribunal concluyó que el diseño legal del sistema de seguridad social en salud es el desarrollo del deber del Estado de intervenir en la economía para asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos, como quiera que "se le ha confiado al Legislador la misión de formular las normas básicas relativas a la naturaleza, la extensión y la cobertura del servicio público, su carácter de esencial, los sujetos encargados de su prestación, las condiciones para asegurar la regularidad, la permanencia, la calidad y la eficiencia en su prestación, las relaciones con los usuarios, sus deberes y derechos, el régimen de su protección y las formas de participación en la gestión y fiscalización de las empresas que presten un servicio público, el régimen tarifario, y la manera como el Estado ejerce la inspección, el control y la vigilancia para asegurar su prestación eficiente". C-607 de 2012 De manera imperativa el cuarto inciso del artículo 48 de la Constitución Política establece que "No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella". En desarrollo de este mandado constitucional, la jurisprudencia ha reconocido de manera uniforme y pacífica que los recursos que ingresan al Sistema de Seguridad Social, "tanto en salud como en pensiones, con independencia de la denominación que de ellos se haga (cotizaciones, aportes, cuotas moderadoras, copagos, tarifas, deducibles, bonificaciones, etc.), no pueden ser utilizados para propósitos distintos a los relacionados con la seguridad social debido a su naturaleza parafiscal. C-262 de 2013 El artículo 48 constitucional permite que los particulares acompañen al Estado en la prestación del servicio. Así, este precepto se refiere a los particulares en dos oportunidades: en el inciso tercero para señalar que el Estado, con la participación de los particulares, debe ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social, y en el inciso cuarto, cuando señala que el servicio podrá ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. En el ámbito de la cobertura de las contingencias relacionadas con la salud, el artículo 49 superior indica que el Estado debe establecer las
políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, quienes quedarán sujetas a su vigilancia y control, así como definir las competencias de dichas entidades. Estas disposiciones muestran que la participación de los particulares en la prestación del servicio de seguridad social, y específicamente en el ámbito de la salud, está condicionada a la regulación, vigilancia y control del Estado. En otras palabras, si bien es cierto la Constitución permite la participación de los particulares, éstos deben sujetarse a las reglas que establezca el Estado a través del Congreso y el Ejecutivo, quien puede definir los alcances de su participación con sujeción a la Carta Política, y someterse a su vigilancia y control. Además, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el poder de regulación de las libertades económicas en el ámbito del SGSSS es reforzado, en vista del interés público que reviste el servicio y su relación con la realización de varios derechos fundamentales, como la salud. T-017 de 2021 Esta sentencia concluye que la protección del derecho a la salud es fundamental para garantizar la dignidad de la persona y una vida digna. T-195 de 2021 Esta sentencia reitera que el derecho a la salud es fundamental y que su prestación debe ser integral y continua. También señala que el Estado debe tomar medidas excepcionales para garantizar el derecho a la salud en caso de emergencia. C-383 de 2020 Aquí la Corte Constitucional insiste en que, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud se requiere un flujo oportuno y efectivo de recursos que contribuya a la sostenibilidad financiera del sistema de salud, el cual se ha visto afectado, entre otros, por la complejidad de los procesos implementados para la asignación de los dineros de la salud, lo que ha derivado en graves problemas de iliquidez en las entidades promotoras y prestadoras de los servicios de salud. T-268 de 2023 Esta sentencia establece que el derecho a la salud de los adultos mayores debe ser protegido de manera reforzada. También señala que el derecho al diagnóstico es parte del derecho a la salud, y que el concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud. Y se resaltan también las sentencias T-478 del 01 de septiembre de 2016. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva, sobre la fundamentalidad del derecho a la salud y sus principios rectores como eficiencia, universalidad y solidaridad, la Sentencia. T-375 del 14 de julio de 2016. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo sobre los principios rectores que lo deben regir, entre otros, el de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad, continuidad, la Sentencia	T-301 del 09 de junio de 2016. M.P. Alejandro Linares Cantillo sobre el Derecho a la salud como derecho fundamental autónomo en reiteración de jurisprudencia. Ya dentro del bloque de constitucionalidad encontramos en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre: <i>Artículo 11. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.</i> <i>Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.</i> Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) Pacto de San José de Costa Rica, del 22 de noviembre del 1969, en la cual se resalta que dentro de un estado de derecho en el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación (alimentación, salud, libertad de organización, de participación política, entre otros) <i>Artículo 4. Derecho a la Vida</i> <i>1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.</i> <i>2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.</i> <i>3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.</i> <i>4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.</i> <i>5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieran menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se les aplicará a las mujeres en estado de gravidez.</i>

6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.

Normativa que desconoce este gobierno y que no vemos que se fortalezcan o garanticen en el proyecto de ley referido, además de que el Plan de Beneficios en Salud (PBS) ha experimentado un aumento significativo en su contenido y en los recursos destinados, lo que ha permitido una cobertura casi total de los procedimientos autorizados en el país, gracias al actual Sistema. Inicialmente conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS), con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se transformó en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y con la resolución 2292 de 2021 se avanzó hacia un concepto de plan de beneficios integral que ha beneficiado a millones de Colombianos por lo que no vemos razonable derogar en contravía de ese bloque de constitucionalidad.

Siguiendo con el PBS, la actualización del plan tiene varias implicaciones: las EPS tienen incentivos para gestionar integralmente el riesgo en salud; las IPS pueden fortalecer mecanismos de contratación con riesgo compartido; el sistema puede contener el aumento del gasto en salud; y la población tendrá mayores garantías de acceso, aunque podrían surgir barreras y deterioro en la calidad de atención si los incentivos no son adecuados y falla la vigilancia y control. Además, se debe mantener una financiación adecuada para cubrir el PBS y enfrentar las nuevas presiones tecnológicas, asegurando que la inclusión de nuevos medicamentos y procedimientos se haga acorde con la disponibilidad de recursos.

Hoy en día el sistema de salud enfrenta el desafío de garantizar servicios esenciales en medio de dificultades financieras, especialmente debido a los altos costos en las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población que conlleva a mayor carga de enfermedad y, de manera más reciente, los efectos financieros en el sector salud como consecuencia de la pandemia y el déficit presupuestal al que ha sido sometido en los últimos años. A lo anterior se le suman los ajustes realizados al PBS los cuales generaron una mayor oferta de servicios, pero no estuvieron acompañados de estrategias que buscarán asegurar la sostenibilidad funcional y presupuestaria del sistema. En Colombia, esta situación es complicada por las tensiones entre la garantía del derecho a la salud y la alta demanda de servicios incluidos y no incluidos en el PBS, panorama que podría solucionarse en este proyecto de ley, pero que se omite hacer por parte del gobierno nacional, lo que motiva su archivo.

Retos en el PBS

El Plan de Beneficios en Salud (PBS) ha experimentado un aumento significativo en su contenido y en los recursos destinados, lo que ha permitido una cobertura casi total de los procedimientos autorizados en el país, gracias al actual sistema ¿Por qué cambiarlo

cerca de 52 millones de colombianos, tiene derecho a estos servicios, los cuales son financiados por medio de los siguientes mecanismos:

- **Unidad de Pago por Capitación (UPC):** mecanismo que tiene como finalidad la financiación del sistema a partir de criterios técnicos mediante un estimado por afiliado. En este sentido, se reconoce un valor per cápita a las entidades prestadoras de salud el cual, según lo señalado en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad.

Dicho valor está diferenciado para el régimen subsidiado y el régimen contributivo; no obstante, cabe señalar que la sentencia T-760 de 2008 establece que los beneficios son los mismos para ambos regímenes. Adicionalmente, se debe aclarar que es un valor que está sujeto a un ajuste ex-post o ajuste de riesgo para la incidencia de enfermedades como el cáncer y la hemofilia, entre otras.

- **Presupuestos máximos:** figura a través de la cual se asigna un presupuesto anual a las EPS del régimen contributivo y subsidiado con el que estas entidades deben realizar la gestión y garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC a sus afiliados. Su cálculo está a cargo del Ministerio de Salud.
- **Pago por demanda:** modelo donde los proveedores de servicios reciben compensación directamente de los pacientes por cada servicio individual prestado. En este modelo, los pacientes pagan de su bolsillo por procedimientos, tratamientos o consultas que desean recibir, independientemente de su inclusión en el PBS. Este tipo de servicios puede abarcar desde procedimientos estéticos hasta tratamientos de última generación que aún no han sido incorporados al sistema de salud pública.

El sistema de salud colombiano enfrenta un nuevo desafío para 2025, que no resuelve la reforma propuesta, ya que, con el incremento del 5,36% en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), definido por la Resolución 2717 del 30 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud. Este aumento, cuestionado por la academia, gremios y expertos del sector salud, ha generado alertas debido a su impacto en la sostenibilidad financiera del sistema y la calidad de los servicios de salud ya que Para la vigencia 2025, la UPC para el régimen contributivo se fijó en \$1.521.489, mientras que para el régimen subsidiado dicho valor es de \$1.323.403. Lo anterior quiere decir que las EPS de ambos regímenes recibirán ANUALMENTE por parte del Estado colombiano estos valores por cada uno de sus afiliados.

entonces y no mejorarlo?

Si se mejorara las cifras, respecto del gasto de bolsillo en salud serían más optimistas. Colombia ha realizado un esfuerzo importante en los últimos años por aumentar su gasto en salud. En el año 2000 el gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) de Colombia fue de 5,64%, en el año 2010 fue de 7,31% y para el año 2020 fue de 8,71% (Banco Mundial, 2023). Entre los países analizados, Colombia en materia de gasto público, supera a varios países de la región, particularmente Chile y Brasil, también si se compara con Uruguay, el indicador de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud se encuentra entre los más bajos de la región y del mundo.

Sin embargo, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) Colombia invierte menos en sanidad que el promedio de los países de la organización (OCDE, 2023). Es el país con menor gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto-PIB, entre los países analizados.

Esto es relevante porque en Colombia el derecho a la salud es un derecho fundamental y cuenta con el Plan de Beneficios en Salud que busca cubrir a la totalidad de la población, de ahí la importancia de establecer mecanismos, instrumentos y procedimientos adecuados para establecer cuál debe ser el valor de la UPC año tras año, toda vez que de ello depende la atención en salud de la población y la evidencia de la inversión en salud que realmente hace el Estado.

Tabla 1. Información de países datos básicos y de gasto en salud

País	Población total (millones)	Gasto en salud % PIB	% Gasto público	Pagos de bolsillo %
Estados Unidos	328,2	16,57	50,4	10,8
Alemania	83,2	12,68	77,7	12,6
Reino Unido	67	11,34	78,6	16,7
Países Bajos	17,5	11,29	64,9	10,8
España	47,4	10,74	70,4	22,2
Brasil	212,6	9,89	41,7	27,5
Uruguay	3,5	9,36	73,0	17,2
Chile	19,1	9,10	50,8	33,2
Colombia	50,3	9,02	71,6	15,1

Fuente: WHO Data - Global Health Metrics y World Bank Data 2022- Gasto en Salud % PIB 2023.

Ya lo hemos afirmado y lo debemos seguir reiterando, la salud en Colombia es un derecho fundamental, por tal razón, toda la población tiene derecho a acceder los servicios designados por el PBS, medicinas y tecnologías disponibles En este sentido, de acuerdo con los datos reportados por el Ministerio de Salud en el 2022, el 99,12% de la población,

Este aumento es totalmente desproporcionado en términos inferiores, respecto de la inflación de 2024 que fue de 5,2% el aumento del salario mínimo legal mensual vigente que fue de 9,36%, lo que genera un desequilibrio financiero para el Sistema, al no ser coherente el aumento para el 2025 con los otros factores económicos determinantes como el IPC, la devaluación y en general el costo de vida.

Dichos valores supusieron un aumento de 5,36% en ambos regímenes frente al valor fijado para la vigencia 2024, la cual fue evidentemente menor al aumento asignado para las vigencias 2023 y 2024:

Tabla 2. Valor UPC regímenes subsidiado y contributivo (2014-2025)

Año	UPC Contributivo	Var	UPC Subsidiado	Var
2014	\$ 653.374	14,84%	\$ 531.388	4,41%
2015	\$ 629.974	-3,58%	\$ 563.590	6,06%
2016	\$ 689.508	9,45%	\$ 616.849	9,45%
2017	\$ 746.046	8,20%	\$ 667.429	8,20%
2018	\$ 804.463	7,83%	\$ 719.690	7,83%
2019	\$ 847.180	5,31%	\$ 787.327	9,40%
2020	\$ 892.591	5,36%	\$ 829.526	5,36%
2021	\$ 938.826	5,18%	\$ 872.496	5,18%
2022	\$ 989.712	5,42%	\$ 927.723	6,33%
2023	\$ 1.289.246	30,26%	\$ 1.121.396	20,88%
2024	\$ 1.444.086	12,01%	\$ 1.256.076	12,01%
2025	\$ 1.521.489	5,36%	\$ 1.323.403	5,36%

Es importante mencionar que el cálculo de la UPC tiene en cuenta factores de los afiliados como la edad, el sexo y las zonas geográficas en las que se encuentran.

Al revisar la precisión de esta metodología para definir una UPC que efectivamente cumpla con su propósito y sea la adecuada para financiar los costos del sistema, se evidencia que los recursos han sido insuficientes.

Las tres EPS con más población afiliada en el país (que representan alrededor del 44% de la población afiliada) han presentado pérdidas en los últimos dos años. La pérdida consolidada de todas las EPS del Sistema en el 2022 fue de 2.1 billones de pesos, situación que empeoró en 2023, dejando pérdidas por 2.6 billones de pesos para este último año, excluyendo del cálculo a la NUEVA EPS.

Esto ha llevado a que el patrimonio consolidado del sistema presente un deterioro importante, pasando de -2.3 billones de pesos en 2022 a -5.1 billones de pesos en 2023, situación que demuestra los problemas económicos a los que está siendo sometido el sector salud y esto solo desencadena en perjuicios y falta de acceso, calidad oportunidad y eficiencia en el servicio para la población.

La solución a esta problemática, no es reformar el Sistema, es mejorarlo, superar las adversidades y obstáculos que se le han generado y hacia allí debió haberse dirigido este proyecto de ley y proponer la conformación de un Comité de Expertos como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud que brinde los conceptos debidamente motivados respecto de los cálculos que deben tenerse en cuenta al momento de calcular la UPC, y los Presupuestos Máximos con el respeto de las variables, metodologías y circunstancias que rodean la financiación del sistema desde estos instrumentos. Como no lo contempla la iniciativa y a nuestra propuesta en tal sentido el MINSALUD conceptuó negativamente, es claro que lo mejor es archivar esta propuesta de reforma a la salud por vulnerar gravemente el derecho real y material de acceso a la salud de los Colombianos.

III SISTEMA DE SALUD ACTUAL-LOGROS Y BENEFICIOS.

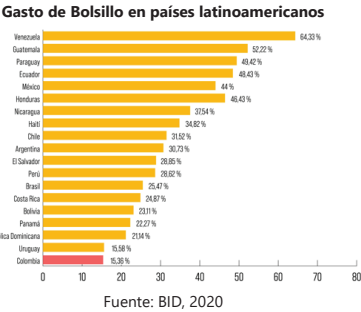
Las bondades del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano son numerosas, Colombia fue el primer país en Latinoamérica en lograr la cobertura en salud de toda su población y gracias al modelo de aseguramiento todos los colombianos tenemos un seguro de salud desde antes de nacer y durante toda la vida, además, el sistema de salud está diseñado para brindar las mismas garantías a personas de bajos ingresos y de altos ingresos. Esto se materializa a través de dos instituciones jurídicas fundamentales del sistema la UPC y el Plan de Beneficios.

Nuestro sistema está catalogado como uno de los más solidarios del mundo, está en el nivel medio alto en el mundo y se encuentra entre los mejores de América Latina, además es considerado uno de los países con mejor inclusión de salud en el mundo⁹, brinda a toda la población la totalidad de las tecnologías en salud disponibles en el país y tiene uno de los más bajos gastos de bolsillo, a pesar de ser uno de los que tiene menor gasto per cápita de la región.

⁹ Revista The Economist.

privada.

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



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

Estos logros son reconocidos por los colombianos que a través de distintas encuestas han expresado su reconocimiento al valor que tiene el sistema de salud y adicionalmente el 80% de las personas, afirman que NO quieren que se eliminen las EPS. Más del 81% de la población se encuentra satisfecha con la atención en salud que reciben. Esto implica que tenemos oportunidades de mejorar, pero definitivamente, vamos por buen camino. La Ley 100 de 1993 estableció un sistema de salud basado en el aseguramiento. En el contexto latinoamericano y de países de ingreso medio, esta reforma fue ambiciosa y pionera que buscaba universalizar la cobertura del seguro de salud y superar los sistemas fragmentados y segmentados que eran característicos para dichos países.

A partir de la Ley 100, el sistema de salud colombiano ha experimentado transformaciones significativas que se han reflejado principalmente en: i) cobertura universal; ii) mejoras en los indicadores de salud y; iii) protección financiera de la población. El Banco Mundial dijo en 2006: "La reforma del sector salud de 1993 en Colombia es un buen ejemplo de una iniciativa gubernamental exitosa de extender el seguro social en salud a la población de escasos recursos".

Adicionalmente, el índice de atención médica (general), la infraestructura, la calidad de los profesionales, el costo, la disponibilidad de medicamentos y preparación del Gobierno se encuentra por encima de países como Italia, Chile y Brasil¹⁰. Nuestro sistema de salud ha permitido el aumento de la esperanza de vida de la población en 5 años en las últimas décadas, ha permitido la disminución del 50% de las muertes maternas y tiene a 26 de sus IPS entre las mejores de América Latina. Colombia, sin lugar a duda es el país de América que más ha reducido la mortalidad materna evitable durante el siglo XXI, pasando del puesto número 20 al quinto lugar con la menor mortalidad evitable.

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

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

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

Fuente: Gestarsalud

La garantía de cobertura universal del aseguramiento en salud que es del 99,15% del total de la población, permite a 52 millones de colombianos que se encuentran afiliados al régimen contributivo (45%) y subsidiado (50%), principalmente. Los regímenes de excepción brindan atención al 4% de la población, el 0,2% de la población que son privados de la libertad, también recibe atención intramuralmente y solamente 443 mil colombianos no cuentan con cobertura del sistema de salud. En tan sólo 28 años, nuestro país pasó de brindar cobertura al 29,2% de la población en el año 1995 al 99% de la población. Del total de los afiliados, el 42% se encuentra afiliado a una EPS privada, el 24% a una EPS mixta, el 18% a una EPS privada del régimen solidario, el 5% a EPS públicas, el 3% a EPS pública indígena y el 8% a un programa de salud de caja

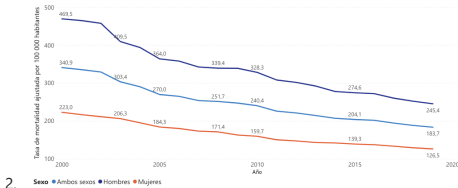
¹⁰ Ceoworld Health Care Index, 2022.

No se pueden desconocer los logros alcanzados por la Ley 100 de 1993, norma que se ha venido adaptando a las transformaciones sociales y ha contado con actualizaciones importantes para el funcionamiento del mismo, en pro de la mejora de la salud de los habitantes del territorio nacional, tales como la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, a medida que ha evolucionado la sociedad, ha evolucionado el Sistema de Salud en la medida que los temas presupuestales lo han permitido y las condiciones geográficas y de seguridad. Como resultado de amplias conversaciones con los diferentes actores del sistema de salud, se evidencia que, en efecto, el actual modelo requiere unas mejoras de manera que se puedan abordar los principales puntos de avance del modelo actual partiendo de la mejora en el modelo de atención primaria para la población, atención eficiente en la población rural dispersa y de difícil acceso, mejoras que tiendan a reducir las desigualdades que puedan estar presentes en el goce del derecho a la salud a pesar de la cobertura universal que a la fecha se ha logrado gracias a la ley 100 de 1993. Aunado a lo anterior, es de gran importancia manifestar tres de los aciertos que la normatividad que rige el sistema de seguridad social en salud ha logrado durante los últimos 30 años respecto de la perspectiva del paciente, estos son a) la disminución en las tasas de mortalidad evitable atribuibles al sistema de salud y, b) bajo gasto privado o "de bolsillo" y, c) el aumento en la cobertura del sistema de salud d) el aumento de la expectativa de vida.

1. Disminución en las tasas de mortalidad evitable atribuibles al sistema de salud.

En otro sentido, en dirección contrapuesta de lo que afirma la ponencia para primer debate en cámara de representantes del proyecto de ley en estudio, con datos del Sistema de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con información publicada por la Organización Panamericana de la Salud – OPS - y la Organización Mundial de Salud – OMS- la tasa de mortalidad evitable ha disminuido en Colombia, pasando de 340,9 en el año 2000 a 183,7 (Imagen 2), es decir, una disminución de más del 46%, mucho mejor desempeño que todos los países de la región, individualmente, y qué, en promedio, pasó de 292 a 227 x 100.000, con una disminución del 22% y de la subregión que en promedio pasó de 345 a 294 muertes prematuras potencialmente evitables por 100.000 habitantes, es decir, con una disminución que no llega al 14%, cifras que fueron ratificadas por GESTARSALUD en los comentarios sobre la reforma propuesta donde resaltan que la diferencia es dramática y el desempeño de Colombia, formidable.

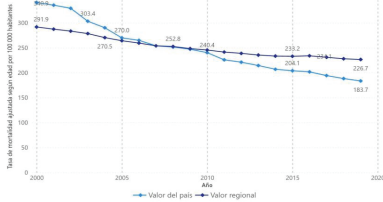
Tasas ajustadas por edad de mortalidad prematura potencialmente evitables por sexo; 2000 al 2020



Fuente: OPS/OMS, 2021

Igualmente, esa entidad replicó la gráfica en donde se compara el desempeño respecto a la tasa de mortalidad evitable de Colombia con el de la región, en donde pasamos de estar significativamente por debajo del promedio regional a estar por encima de este.

Tasas ajustadas de mortalidad evitable Colombia y promedio de las Américas



Fuente: OPS/OMS, 2021

Por este notable desempeño, Colombia ha pasado del puesto veinte (20) entre los países de América en el año 2000, al quinto (5) mejor puesto en el año 2019. Ningún sistema y ningún país ha tenido semejante cambio en el mejoramiento del estado de salud de su población.

Mortalidad evitable en países de América, 2000 y 2019

Año 2000

Año 2019

País	Valor Indicador	País	Valor Indicador
Guayana	483.1	Haití	483.1
Haití	483.1	Guayana	483.1
Suriname	483.1	Trinidad y Tobago	483.1
Honduras	483.1	Bolivia, Estado Plurinacional de	483.1
República Dominicana	483.1	Suriname	483.1
Guatemala	483.1	Bolivia	483.1
Venezuela, República Bolivariana de	483.1	República Dominicana	483.1
Bolivia	483.1	Guatemala	483.1
Bolivia, Estado Plurinacional de	483.1	San Vicente y las Granadinas	483.1
San Vicente y las Granadinas	483.1	República Dominicana	483.1
El Salvador	483.1	Brasil	483.1
El Salvador	483.1	El Salvador	483.1
San Vicente y las Granadinas	483.1	Colombia	483.1
Trinidad y Tobago	483.1	Paraguay	483.1
Venezuela, República Bolivariana de	483.1	Venezuela, República Bolivariana de	483.1
Jamaica	483.1	Bolivia, Estado Plurinacional de	483.1
Nicaragua	483.1	Paraguay	483.1
Paraguay	483.1	Nicaragua	483.1
México	483.1	Brasil	483.1
Brasil	483.1	Uruguay	483.1
Uruguay	483.1	Colombia	483.1
Colombia	483.1	Chile	483.1
Chile	483.1	Costa Rica	483.1
Costa Rica	483.1	Canadá	483.1

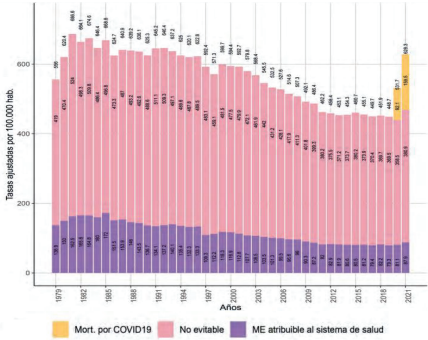
Fuente: OPS/OMS, 2021

Al igual que nosotros, GESTARSALUD, destaca los comentarios de las OCDE sobre los indicadores de mortalidad evitable que permiten evaluar la efectividad de la salud pública y los sistemas de salud para reducir las cifras de muerte por diferentes enfermedades y lesiones. Algunos tipos de cáncer que son prevenibles a través de medidas de salud pública fueron las principales causas de mortalidad prevenible en 2019 (31% del total de muertes prevenibles), particularmente el cáncer de pulmón. Otras causas importantes fueron las lesiones, como accidentes de tránsito y suicidio (21%); infartos, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades circulatorias (19%); muertes relacionadas con el consumo de alcohol y drogas (14%); y algunas enfermedades respiratorias como influenza y EPOC (8%). La principal causa tratable de mortalidad en 2019 fueron las enfermedades circulatorias (principalmente infartos y accidentes cerebrovasculares), que representaron 36% de las muertes prematuras susceptibles de tratamiento.

La tasa de mortalidad promedio por causas prevenibles, estandarizada por edad, fue de 126 muertes por cada 100.000 habitantes en todos los países de la OCDE; varió de 90 o menos por cada 100.000 habitantes en Luxemburgo, Israel, Islandia, Suiza, Japón, Italia y España, a más de 200 en Letonia, Hungría, Lituania y México. Colombia presenta una tasa de mortalidad promedio por causas prevenibles de 143 muertes por cada 100.000 habitantes, encontrándose cerca del promedio de la OCDE y con mejores resultados que países como Estados Unidos y México.

Tasa de mortalidad por causas evitables, 2019

Tendencia de la mortalidad evitable atribuible al sistema de salud, Colombia, 1979-2021



3.

Fuente: análisis equipo de trabajo OMS a partir de información DANE

Si se observa con detalle la gráfica, la tendencia es a la baja, con excepción de 2020 y 2021, en donde hay un aumento en los índices de mortalidad, lo cual se explica, cómo la misma OMS lo ha explicado, cómo los saldos de la pandemia: *En las Américas, la pandemia de COVID-19 irrumpió en un contexto de elevada desigualdad social y generó sinergias negativas con otras epidemias preexistentes. Diversos estudios realizados en varios países de la Región han documentado una mayor letalidad entre las personas que residen en zonas con una mayor concentración de pobreza, así como en personas indígenas y afrodescendientes (12-15). La pérdida de vidas humanas, la reducción de la esperanza de vida y una afectación simultánea y sincronizada en la salud física, mental y social (en mayor medida en los grupos sociales en situación de vulnerabilidad) son el saldo de la pandemia*¹¹ Todo ello, sin que se pueda atribuir como lo hace la exposición de motivos del proyecto de ley en estudio, algún tipo de responsabilidad en el sistema de salud, queriendo enlutar y desconocer los buenos resultados que éste ha traído, en términos de salud, aumento de la calidad de vida y del bienestar para los colombianos, como lo muestra la siguiente gráfica:

¹¹ <https://hia.paho.org/es/covid-2022/salud>

cubrir bienes y servicios del sector salud, existen diversas estimaciones que se han llevado a cabo en estudios previos.

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

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

Así las cosas, es necesario resaltar la objetividad del estudio y la ratificación además de coherencia de las cifras ya enunciadas sobre gasto de bolsillo en salud en Colombia, que benefician a la población colombiana y que son ratificadas por otros expertos. ACEMI por ejemplo informó en septiembre de 2022 como la reducción del gasto de bolsillo en salud de los colombianos ha influido en la protección financiera de los hogares, y al igual que nosotros, destaca que esto es un logro social del sistema de salud que hoy tenemos, con mejoras realizadas, y retos por afrontar y superar, que con buena voluntad política, honestidad y tecnicismo propenderá por la contribución en la reducción de la pobreza, equidad y disminución de brechas relacionadas con el acceso material a la salud.

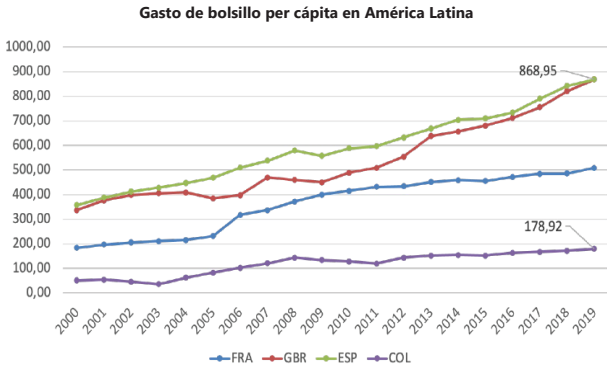
colombiano que recibe lo equivalente a un salario mínimo hoy en día puede destinar parte de sus ingresos en otras necesidades diferentes a su atención en salud por cuanto esas, conforme lo ordena la Constitución Política de Colombia y la ley 1751 de 2015, se encuentran cubiertas por el Estado en términos financieros y aseguradas por las EPS, en términos de cobertura y riesgos en salud.

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

Estos son logros que no le podemos desconocer a la ley 100 de 1993, que siguiendo con el tema del gasto de bolsillo en salud de los colombianos, ha permitido ubicarlo en uno de los más bajos del mundo y el segundo más bajo de Latino américa únicamente superados por Argentina, de hechos según el estudio “pasado, presente y futuro del financiamiento global de la salud del año 2019”¹⁶ El gasto de bolsillo de los colombianos equivalía al 20,6% del gasto total en salud y esto ubica a Colombia como el segundo país de Latinoamérica con el menor egreso en esta categoría, después de Argentina (14,8%). El estudio tuvo en cuenta los datos de 195 países y se publicó en la revista británica The Lancet, n Latinoamérica y el Caribe, el gasto de bolsillo en salud es del 39,5% en promedio, el porcentaje más alto lo tenía Brasil, cuyos habitantes debían asumir con pago directo el 43,9% de los bienes o servicios relacionados con la salud. Le siguen Ecuador (41,4%), México (40%) y Chile (34,7%).

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

¹⁶ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30841-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30841-4/fulltext)



No solo la OCDE, la CEPAL en su informe de 2021, Colombia se encuentra entre los países de América Latina y el Caribe con el mayor financiamiento público cercano a la meta del 6% del PIB, esto se debe al buen manejo que se han dado de los recursos y la figura del aseguramiento de la enfermedad y del riesgo en salud que actualmente asumen las EPS, creadas por la ley 100 de 1993 y que la reforma que nos ocupa pretende reducir, y anular sus contribución al mejoramiento de la salud de los colombianos. Esto es posible gracias a los aportes estatales que, según el ministerio de salud en el 2022, el gasto público en salud se ubicó en promedio en los últimos 4 años en 5,8%, en cercano porcentaje que Costa Rica con 5,5%, lo antecede Argentina con el 5,9 %, Uruguay 6,7%. Esto redunda en beneficio de los colombianos, respecto del gasto de bolsillo en salud, que como ya lo dijimos, el gasto per cápita de Colombia es uno de los más bajos de la OCDE, y de la Alianza del Pacífico. De 45 países analizados, Colombia figura entre las primeras cinco posiciones, por encima de Turquía, México, China e India. Le siguen dos países latinoamericanos que son: Brasil y Costa Rica. Consecutivamente, Rumania, Croacia, Bulgaria, Eslovaquia, Letonia y Hungría, gracias al aseguramiento que caracteriza la prestación del servicio de salud en nuestro país.

Insistimos, que el Sistema de Seguridad Social en Salud implementado por la ley 100 de 1993, ha garantizado, sin importar la clase social, la salud a todos los colombianos y que tengan garantía al mismo plan de beneficios en salud, a través un sistema progresivo que garantiza qué a mayores ingresos, mayores aportes, esto es solidaridad equitativa diferencial. Así un ciudadano que gana \$13.000.000 aporta 10 veces más que un ciudadano que devenga \$1.300.000 y tienen acceso a los mismos beneficios, eso es equidad, reducción de brechas y mejoramiento de la calidad de vida, toda vez que ese

y esto quiere decir que la inversión del gobierno sigue siendo la más grande, así debe seguir siendo y mejorar todo lo que se ha construido en términos de bienestar en salud en favor de los colombianos.

Gracias al sistema de salud colombiano “Hay personas que aportan \$125.000 mensuales y les pueden hacer un trasplante que cuesta 300 millones de pesos, esto a pesar de los altos índices de inflación, el sistema de salud colombiano actual, ha protegido el bolsillo de los colombianos, a pesar de las críticas, el sistema de salud de Colombia es más equitativo que el de otros países. En lugar de atacar hay que creer en él y corregir lo que no funciona” afirma Sergio Prada Doctor en Políticas Públicas. Un colombiano, podría invertir sus recursos, en recreación, estudio, transporte entre otros y no en su cobertura en salud y como lo han dicho expertos en el tema: *“Tu eres una persona joven, pero tú no sabes que antes cuando no existía la ley 100, si tu papá se enfermaba del corazón y lo llevaban a la Shaio le tocaba vender la casa para pagar la operación. Tú no sabes que cuando un niño nacía con una enfermedad congénita lo más seguro era que se moría. Que un paciente con cáncer de médula se moría porque no había cómo tratarlo. Entonces lo que le aportan las EPS al sistema a la salud de los colombianos no tiene nombre”*¹⁷ Como consecuencia del menor gasto de bolsillo en salud que el sistema actual ha generado en favor de los ciudadanos, el 2021 el Sistema de Salud contribuyó a sacar a cerca de 1 millón de personas de la pobreza extrema y 3,9 millones de pobreza, e igualmente ha reducido las desigualdades en la distribución del ingreso, según ACEMI en la presentación utilizada ante la Comisión VII de Senado en septiembre de 2022.

	Reducción GINI	Reducción Pobreza	Reducción Pobreza Extrema
Contributivo	0,003	2,1%	0,2%
Subsidiado	0,019	5,7%	1,8%
Total	0,022	7,8%	2,0%

En esa misma presentación afirmó que el sistema de Salud es el que más contribuye a la generación de equidad mediante la reducción de la pobreza multidimensional, solo la salud contribuyó con el 9,6% a la incidencia de pobreza, siendo la de menor contribución

¹⁷ <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/12441/u6721267.pdf?sequence=1>

entre las 5 dimensiones analizadas.¹⁸

Contribución a la incidencia ajustada por dominios, 2021

Dimensión	Nacional	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
Educación	33,6	31,7	35,9
Niñez y juventud	15,0	15,9	13,9
Trabajo	28,9	30,2	27,4
Salud	9,6	12,4	6,3
Vivienda	12,9	9,9	16,5

3. Aumento en la cobertura del sistema de salud.

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

Personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), total y por regímenes (%) Total nacional y área¹⁹

Afiliados y regímenes	Total nacional				Cabeceras				Centros poblados y rural disperso			
Año	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Contributivo	48,4	45,4	46,5	48,9	38,8	34,7	36,0	34,3	56,5	54,0	56,3	55,1
Subsidiado	51,5	54,5	53,5	51,0	61,2	65,3	64,0	65,7	43,5	46,0	43,7	44,9

Fuente: DANE ECV.

Porcentaje de personas sobre el total de la población.

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

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

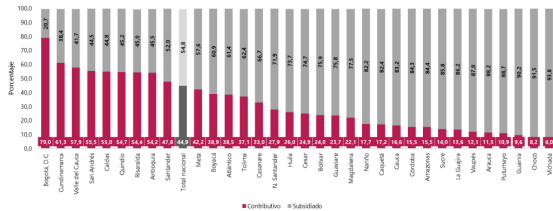
Nota 2: El régimen contributivo incluye los regímenes especiales.

Personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por regímenes (%) Total nacional y departamentos 2022²⁰

¹⁸ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

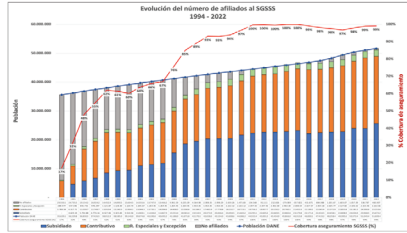
¹⁹ <https://www.dane.gov.co/>

²⁰ https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/comunicado_ECV_2022.pdf



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

Evolución en términos de afiliados al SGSSS 1994-2022²¹



Así entonces podemos afirmar, como lo hace FEDESARROLLO, que para 1994, la cobertura del sector, los beneficios en salud se encontraban muy fragmentados, el 7% de la cobertura estaba dirigida a los empleados públicos, el 18% estaba afiliada al ISS, solo un poco más del 20% de la población estaba afiliada a un sistema de cobertura integral de servicios salud²²Para el año 2000 este porcentaje se acercaba al 60% y en 2016 rodeaba el 95% y la población bajo asistencia pública no superaba el 55%. En términos generales se estima una cobertura generalizada del 22% por desfinanciación como primer problema de cobertura. Para agosto de 2022, Colombia alcanza el 99,6 % de la cobertura del aseguramiento universal, con una distribución de 24.399.839 personas en el Régimen Contributivo y 24.745.934 en el Subsidiado.

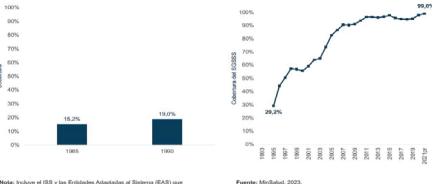
²¹ Tomado de la ponencia para primer debate PL 339 Cámara- MINSALUD

²²https://www.repositorio.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3516/LIBRO_2018_COMISION%20GA-STO%20PUBLICO.pdf?sequence=16&isAllowed=y

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

Este mismo aumento en cobertura lo destaca la ANDI en su presentación en la mesa técnica sobre reforma a la salud de febrero de 2024 en donde afirman y lo representan en la siguiente gráfica que antes de los años 90, sólo uno de cada cinco colombianos tenía cobertura en salud, hoy en día, 2023 podemos afirmar que tenemos cobertura universal.

Cobertura en salud de 1993 a 2021²³



Nota: Incluye al ISS y los Beneficiarios Afiliados al Seguro (BFA) que corresponden a los regímenes y otras entidades de seguridad social.

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

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

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

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

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

3.4 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es

²³ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

obligatoria para todos los residentes en Colombia.

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

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

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

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

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

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

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

3.12 Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo. 3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

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

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

3.16 Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema

en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

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

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

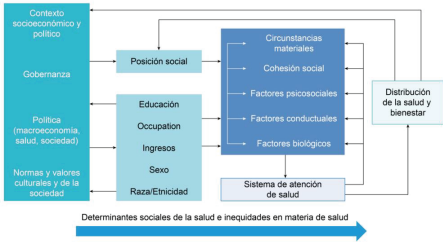
3.20 Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

3.21 Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad²⁴.

Los llamados determinantes sociales, son definidos según la OMS y la OPS como "*las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).²⁵

El Marco conceptual de los determinantes de la salud ²⁶

²⁴ http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr003.html#150
²⁵ <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
²⁶ Fuente: Organización Panamericana de la Salud



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

Las definiciones citadas permiten considerar que los determinantes sociales en salud son factores que se relacionan con la prestación del servicio público, sin embargo, al tratarse de temas como acceso a agua potable, seguridad alimentaria, educación, conexión de territorios por vías adecuadas, trabajo digno, acceso a vivienda digna, entre otros, no son aspectos que atañen o que se encuentran en cabeza de los actores del sistema de salud; por el contrario, son asuntos que atañen al Estado Colombiano y que puede tratar por medio de políticas públicas en cabeza de sectores como vivienda, trabajo, educación y transporte, de ahí que los vacíos atribuibles a los determinantes de la salud, por acción u omisión del Estado no pueden ser endilgados en juicio de responsabilidad al Sistema de Salud actual y mucho menos justificarse en ellos para atacar la cobertura del sistema.

4. Aumento de los beneficios en salud.

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

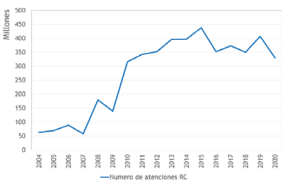
Como consecuencia de la Cobertura universal, más del 99% de los habitantes colombianos y gracias al aseguramiento del riesgo y el aumento del presupuesto en Salud de los gobiernos que han favorecido y fortalecido la ley 100 de 1993, la 1438 de 2011 y por el mandato de la ley 1751 de 2015, los aseguradores en salud han logrado organizar una red de prestadores de servicios de salud conformada por más de 63 mil prestadores de servicios de salud que le brindaron más de 797 millones de atenciones a los colombianos en 2020, lo que equivale a más de 18 atenciones por afiliado en promedio, el gobierno de IVÁN DUQUE, equiparó el Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado aumentando la cobertura en un 97% de los medicamentos y 90% de las atenciones que exige la salud de los Colombianos.

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

Como resultado del buen sistema de salud colombiano el servicio de urgencias y atención ambulatoria se incrementó en 8% y 5% respectivamente, lo que significa que la cobertura en tal sentido se encuentra suplida. La atención domiciliaria se incrementó 33%, un beneficio que al igual que la telemedicina, el Estado no tiene la capacidad de ofrecer, por la corrupción que ha rodeado el sistema en entre los años 2011 y 2018. Según el informe de la OCDE del 2016, el sistema de salud colombiano ha influido en el aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad infantil de 40 muertos de 1.000 niños nacidos vivos en 1970, hasta 12.8 en 2013. La mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años se redujo 47,5% en los últimos 10 años²⁷.

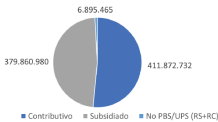
²⁷ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

Atenciones en Salud por año Régimen en Salud Contributivo Colombia 2004 a 2020



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

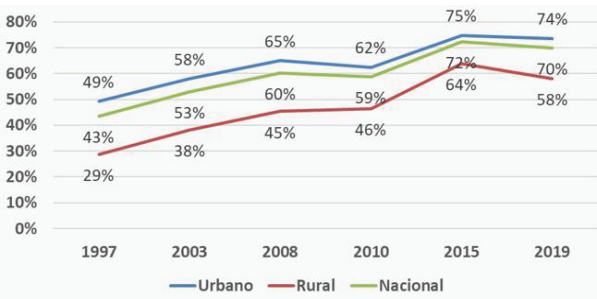
Número total de atenciones en Colombia por régimen de salud 2020²⁸



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

²⁸ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022
²⁹ Tomado de la presentación ACEMI en Comisión VII Senado septiembre de 2022

Porcentaje de personas que asisten al médico por prevención sin estar enfermas. Colombia 1997 – 2019 ³⁰

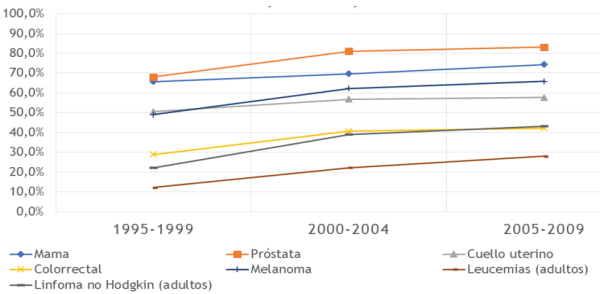


La atención domiciliaria se incrementó 33%, un beneficio que al igual que la telemedicina, el Estado no tiene la capacidad de ofrecer, por la corrupción que ha rodeado el sistema en entre los años 2011 y 2018. La universalización de la salud en Colombia ha permitido que se alcancen importantes logros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

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

³⁰ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024

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



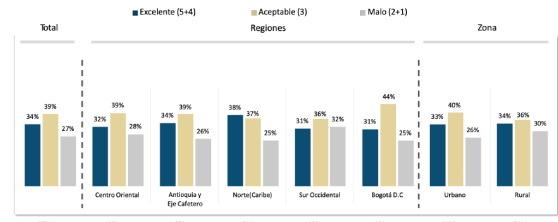
Gracias al Sistema de Salud actual, cuyo aseguramiento del riesgo hoy en día está asignado a las EPS el diagnóstico de la leucemia se ha agilizado, en el régimen subsidiado se da entre los 5 a 9 días y en el contributivo de 2 a 4 días, para un promedio total de 9,5 días. La mediana del tiempo transcurrido entre diagnóstico y tratamiento es de 3,5 días sin diferencias entre ambos regímenes. Este logro lastimosamente no se hubiese logrado si el régimen estuviera administrado en su totalidad por el Estado como lo propone la reforma, ya que ni aun iniciando funcionamiento los equipos básicos de salud que propone la reforma se podría atender de manera adecuada dicha patología, dado lo complicado y las lagunas en términos de vacíos que sobre el tema deja el texto propuesto para debate.

A pesar de las altas cifras de cáncer en Colombia, sin ser el peor país en dicha temática, las EPS del régimen contributivo presentan los mejores indicadores de captación temprana de esta enfermedad. La mediana del tiempo transcurrido entre diagnóstico y tratamiento es de 3,5 días sin diferencias entre ambos regímenes contributivo o subsidiado, otro beneficio del aseguramiento del riesgo atribuido por la ley 100 de 1993 a las EPS y por sus actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Otro beneficio que debemos resaltar es el que hace referencia a los tiempos de espera, por ejemplo, en Canadá que se considera como uno de los mejores sistemas de salud de Las Américas, el tiempo de espera desde la remisión del médico general hasta que lo vea el especialista aumentó de 11,1 en 2020 a 15,5 semanas en 2021. En Colombia el tiempo de espera depende de las especialidades, con pediatría está en 7,93 semanas; Obstetricia 7,58; medicina interna 13,7; ginecología 11,8; cirugía general 12,74. Lo cual ubica a Colombia en el mismo percentil de los mejores sistemas de salud del mundo. Ahora bien, en cuanto al tema de entrega de medicamentos se refiere, las cifras tampoco

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

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

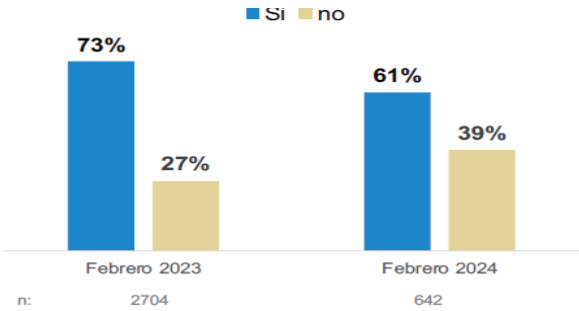
De acuerdo con su experiencia como califica los servicios de salud en general³¹



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

³¹ Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta Invamer – ANDI marzo 2024

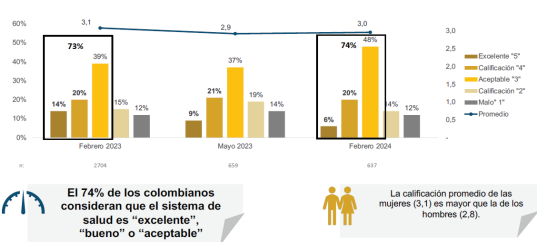
Considera usted que puede acceder al sistema de salud cuando lo requiere³²



A pesar de la campaña de desprestigio del Sistema de Salud que se ha venido incrementando desde agosto de 2022 a la fecha, los colombianos siguen sintiéndose respaldados y acogidos por su sistema de salud actual, eso no lo podemos reformar, se debe mejorar y trabajar, trabajar y trabajar articuladamente entre todos los actores para aumentar ese nivel de satisfacción, de manera que nos acerquemos al mismo porcentaje de cobertura universal del sistema de salud colombiano en 2022, 99%³³.

La calidad de la atención se mantiene estable, en el promedio

De acuerdo con su experiencia, en una escala de 1 a 5 donde 5 es "excelentes" y 1 es "malos", ¿Cómo califica los servicios de salud en general?



El 74% de los colombianos consideran que el sistema de salud es "excelente", "bueno" o "aceptable"

La calificación promedio de las mujeres (3,1) es mayor que la de los hombres (2,8).

³² Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta Invamer – ANDI marzo 2024

³³ Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024

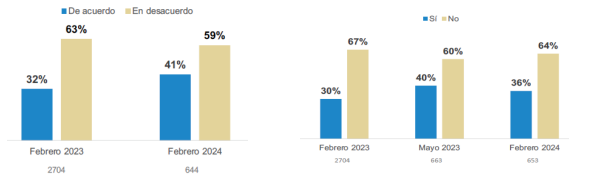
En 2022, se hizo este mismo trabajo de encuesta sobre la percepción de los colombianos frente al sistema de salud colombiano³⁴, en aquella oportunidad en junio de 2022, en donde más de 2700 encuestados en todo el territorio nacional dieron su opinión sobre el sistema actual de la salud en el país, se evidenció que el 73% de los encuestados calificaba los servicios de salud entre excelente y aceptable. En zonas rurales, el 70 % de la población la considera como excelente, bueno o aceptable los servicios. En zonas urbanas, el 73% otorga la misma calificación. Y cuando se les pregunta sobre las fortalezas del sistema de salud actual, la mayor puntuación, con 83%, se le otorga a la protección financiera del sistema de salud, es decir que los colombianos se sienten protegidos porque no tienen que sacar de su bolsillo para el gasto en este rubro. Con relación al acceso al sistema de salud en la ruralidad, cabe resaltar que el 79% de la población respondió que sí lo tiene. En las ciudades, el 72% coincide con ello. A su vez, el 78% de los encuestados indica que accede al servicio de salud en el municipio donde habitan. La valoración del sistema en términos de acceso es similar entre la población urbana y la población rural, lo cual refleja la equidad del sistema de salud actual en Colombia.

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

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

¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la eliminación de las EPS y que su función sea ejecutada por una entidad pública únicamente?³⁵

¿Está usted dispuesto a renunciar a su servicio actual de salud a través de EPS para afiliarse a un sistema público totalmente?³⁶



³⁴ <https://www.andi.com.co/Home/Noticia/17388-gran-encuesta-de-salud-andi-invam-7>

³⁵ Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024

³⁶ Tomado de Percepción de los colombianos sobre el sistema de salud Encuesta INVAMER – ANDI marzo 2024

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

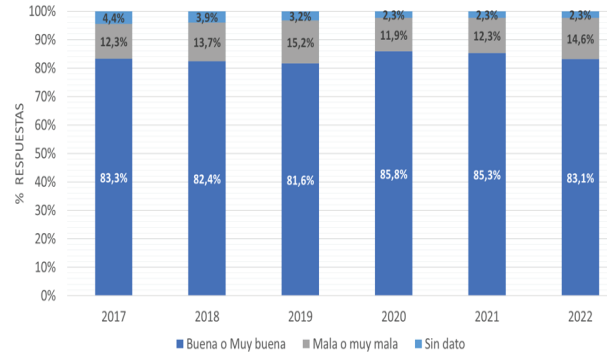
Coincidimos con las conclusiones que la ANDI expuso sobre las encuestas, Lo que se ha logrado es demasiado importante para ponerlo en juego. Más del 70% de los colombianos se encuentra satisfecho con su sistema de salud, a pesar de los ataques contra la legitimidad del sistema, 2 de cada 3 colombianos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

Esto no es de ahora, recordemos que en 2021, el Estudio Nacional De Evaluación De Los Servicios De Las EPS Régimen Contributivo Y Subsidiado 2021³⁷ que encuestó a 18.899 personas en un total de 234 municipios, de los 33 departamentos, y arrojó resultados representativos para el 95% a nivel nacional y por EPS, dio cuenta de que la experiencia global de percepción fue calificada como “buena” y “muy buena” con un 78,7 % de satisfacción, lo que refleja un aumento en comparación con 2019 (66,3 %) y estabilidad respecto a 2020 (79,0 %). El acceso fue calificado como “fácil” o “muy fácil” con el 62,2 % de satisfacción y la adherencia de los usuarios indica que el 82,64 % recomendaría su EPS a otra persona. Respecto a la calificación del acceso a los servicios de salud se obtuvo un 62%, siendo en el Régimen subsidiado mejor la percepción. Para el indicador de la calidad de los servicios que ofrece la EPS, el 82,6% de los usuarios contestaron de forma positiva, siendo en el Régimen subsidiado un poco más alto 87,4%. Cifras muy similares, respecto de la calidad nos compartió ACEMI en la mesa técnica de febrero de 2024.

Calidad de la atención recibida por parte del servicio de la EPS a la que esté afiliado³⁸

³⁷ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/estudio-nacional-servicios-eps-regimen-contributivo-subsidiado2021.pdf>

³⁸ Tomado de mesa técnica ACEMI-ANDI febrero de 2024



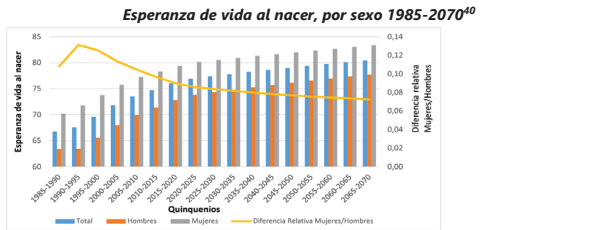
Si el sistema fuera malo, si necesita reformarse, si los beneficios en salud, atención, calidad y eficiencia no fueran buenos, no tendríamos esos resultados y respuestas positivas respecto del sistema por parte de los colombianos.

5. Aumento de la expectativa de vida.

En el análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021 del Ministerio de Salud³⁹ Se enuncia que la esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con que los individuos se desarrollan en la sociedad. En el mundo la esperanza de vida se incrementó en seis años durante 1990 y 2012; en promedio cada persona vive 70 años y hay diferencias por sexo: las mujeres viven 73 y los hombres 68 años. Mientras en los países de ingresos medio altos el promedio de años que se espera que una persona viva es de 74, en Colombia se espera que para el quinquenio 2020-2025 sea de 76. Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 66,76 años en el quinquenio 1985-1990 a 74,74 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2015 y 2020 se espera un incremento de 1,27 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres, aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2020-2025 se espera un incremento de 0,76 y 0,97 años

³⁹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

respectivamente en relación con el quinquenio.



Para el quinquenio 2015-2020, el Censo 2005, estimó que en el Distrito Capital de Bogotá la esperanza de vida en los hombres fuera de 76,83 años y representará la más alta del país, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Antioquia con 76,67 y 76,25 años respectivamente. En las mujeres, el Distrito Capital de Bogotá también tuvo la esperanza de vida más alta del país, siendo esta de 81,02 años, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Caldas, con 81,13 y 80,20 respectivamente.

Logros que en definitiva se los debemos al sistema de salud que implementó la ley 100 de 1993, de hecho, la Asociación de Hospitales y Clínicas ACHC, concluyó en un estudio del 2017 que “el sistema de salud colombiano ha mejorado durante los últimos 24 años, logrando altos niveles de cobertura, incrementos en la expectativa de vida y reducciones en la mortalidad infantil.”

Según informe de la OCDE del 2016, el sistema de salud colombiano ha influido en el aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad infantil de 40 muertos de 1.000 niños nacidos vivos en 1970, hasta 12.8 en 2013, estas cifras no se presentarán en un mal sistema de salud, así como la disminución de la mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años, que se redujo 47,5% en los últimos 10 años. Según McKinsey Global Institute análisis, en la última década Colombia fue uno de los países con mayor ganancia en años de vida saludable.

⁴⁰ Tomad de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

evidenciado un crecimiento positivo y progresivo del gasto corriente en salud. De acuerdo los datos del Banco Mundial, pasó desde 2000 a 2021 de 5.6% del PIB a 8.1% en 2022, con picos altos durante la pandemia. El crecimiento anual es en promedio de 0,1% de PIB con las fuentes actuales, suponer un crecimiento de superior requiere explicar y proponer de dónde salen esos crecimientos adicionales. La tendencia positiva del crecimiento progresivo y constante del gasto en salud ha estado acompañada de un avance progresivo en los logros en cobertura vertical (número de personas) y horizontal (en unificación de beneficios), la última fase que se distingue se refiere la unificación de mecanismos de financiación de las tecnologías no UPC. Al revisar disponibilidad de recursos frente a los objetivos de cobertura, es notorio que la velocidad del crecimiento de los recursos ha estado rezagado frente al costo de los objetivos de cobertura universal que nos hemos propuesto como sociedad. El país ha sido exitoso en reducir el gasto de bolsillo de la población, al revisar los datos disponibles en el repositorio del Banco Mundial se evidencia una tendencia decreciente del gasto de bolsillo en salud de los colombianos de representar el 19,25% de los ingresos de los hogares en 2007 cayó al 13.5% en 2020. Los logros en reducción de gasto de bolsillo han estado asociados a una distribución del gasto en salud en la atención de la enfermedad. Colombia ha logrado avanzar en la financiar el sistema de salud a partir de una concurrencia de recursos de cotizaciones, recursos de impuestos territoriales y recursos de impuestos nacionales. Cualquier cambio en el recaudo y disponibilidad de dichos recursos, pone en riesgo la sostenibilidad del sistema de hoy pero también el que propone la reforma. Los cambios en los procesos operativos de recaudo de las cotizaciones ponen en riesgo que el sector salud continúe contando con los recursos necesarios para mantener el nivel de gasto en salud alcanzado o aumentarlo. El estudio del Banco de la República sobre fuentes y usos muestra que la proporción de gasto en salud pública y otros gastos es menor del 14% del total. Lo anterior confirma que los recursos disponibles para fortalecimientos de CAPS y otras acciones son limitados. Redistribuir los mismos recursos disponibles del sistema en construcción de infraestructura u otros componentes del gasto en salud (como se hace hoy y propone la reforma), pone en riesgo la financiación de los tratamientos de la población actualmente enferma y obliga a este segmento de población a invertir más en salud, con un alto riesgo de deteriorar la protección financiera hasta ahora alcanzada. En transcurso de tiempo en que el sistema fue alcanzando metas en cobertura ha venido dejando deudas entre los actores que no se han logrado resolver totalmente como las que se quisieron pagar con el proceso de punto final y las que dejó la atención de la pandemia. Hay deudas del Estado que no se han resuelto ni aclarado totalmente. En un escenario de reforma o sin ella, son deudas que se deben resolver.	De los mecanismos de financiamiento de no UPC, y el análisis de deudas a 2020, se debe resaltar que hay deudas relacionadas con servicios sociosanitarios o complementarios, que no son tecnologías en salud, pero se reconocen vía tutela y no existen mecanismos claro para financiarlas. La reforma no está planteando una solución de cómo financiar estos servicios ni tampoco como se continúa para aquellos que el Estado los financia como resultado de los fallos judiciales. El sistema de salud sigue enfrentando grandes dilemas sobre su sostenibilidad que no se están resolviendo en la reforma propuesta por este gobierno. Las enfermedades crónicas no transmisibles están altamente asociadas al envejecimiento. Se espera que Colombia en 20 años el 30% de la población será mayor de70 años (Lancet Regional Health - Americas 2023). El estudio del BID estima que, para el caso de Colombia, así como en el resto de la región, el gasto en salud debería aumentar significativamente a 2030. No es claro como el sistema de salud se está preparando para financiar esa mayor necesidad futura de gasto, y no se están tomando decisiones dirigidas a ello. No hay duda de que es necesario cerrar las brechas de acceso entre las zonas rurales y urbanas de país, es necesario considerar que no hay un blanco o negro. Las soluciones no son únicas, es necesario considerar las diferencias territoriales y las dinámicas entre ellas. En las zonas rurales se usan los servicios de salud, pero no al nivel de zonas urbanas, superar esas brechas no sólo requieren infraestructura, pero si es más importante prever el talento humano, la capacidad de diagnóstico y otras formas de acceso. La reforma no las está recogiendo ni costearlo. La sostenibilidad financiera del sistema enfrenta varios retos: el envejecimiento de la población, el costo de nuevas tecnologías, una reducción de la pobreza estancada, y un mercado laboral que no crecen sustancialmente en número de ocupados. La revisión y propuesta de cómo se va a financiar el sistema de salud es fundamental para el presente y el futuro. El crecimiento anual del gasto La sostenibilidad financiera del sistema de salud requiere que como sociedad identifiquemos cuánto cuesta el sistema de salud que queremos para todos los colombianos y cómo los vamos a financiar en conjunto. Desconocer este punto, implica posponer una realidad sobre cómo estamos adaptando el sistema de salud para los colombianos de hoy y el futuro. La cobertura del aseguramiento es universal. Hace 30 años apenas 1 de cada 4 colombianos tenía ese derecho. En las personas pobres el aumento de la cobertura fue sorprendente. Pasó de menos de un 5% a la cobertura casi universal. Eficiencia en el gasto a pesar de la insuficiencia de recursos. Colombia ha hecho grandes avances con un gasto de apenas 350 dólares por persona al año. - El aseguramiento en salud ha permitido mejorar la eficiencia en el gasto en salud y la protección financiera de los recursos de las familias colombianas.																
- Las aseguradoras hacen compras inteligentes, aspecto que ha permitido la racionalización del uso de los recursos, ha hecho parte de la gestión financiera a cargo de las aseguradoras. - La probabilidad de gasto empobrecedor ante un evento grave de enfermedad es mínima en el país. La protección financiera de los hogares es tal vez el mayor logro del sistema de salud. Gasto de bolsillo. De cada 100 pesos que gastan en salud los colombianos, apenas 14 salen de su bolsillo, uno de los más bajo de la región y de la OCDE, con un impacto positivo en las finanzas de aquellos pacientes que deben someterse a tratamientos costosos. Durante los últimos años este gasto de bolsillo ha permanecido estático. Transparencia en el uso de los recursos. Los usos de los recursos del Sistema son totalmente visibles, los estados financieros, la propia contabilidad e informes y visitas a las aseguradoras por parte de los entes de control muestran en qué se invierten los recursos de la salud. Igualdad en el derecho a la salud. Cerca de 26 millones se encuentran vinculadas al régimen subsidiado, incluida población migrante, gozan del mismo plan de beneficios que la población cotizante. El sistema financia procedimientos complejos como trasplantes, que pueden superar los cientos de millones de pesos. También tratamientos de enfermedades graves como el cáncer o la enfermedad renal crónica. OTROS LOGROS DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Mayor acceso a medicamentos. En los últimos 30 años, el acceso a servicios y en particular a medicamentos ha mejorado sustancialmente, según datos de la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, el porcentaje de personas que reciben los medicamentos de la entidad a la que está afiliada no solo aumento de manera significativa, sino que, además, se cerró la brecha entre área rural y urbana. Aunque Colombia tiene una densidad de profesionales en medicina similar al promedio de la OCDE, a diferencia de otros países, la mayoría del personal médico (75%) corresponde a personal no especializado. Mientras la tasa de especialistas médicos de la OCDE es de 23,5 por cada 10 mil habitantes, en Colombia sólo tenemos 6 especialistas por cada 10 mil hab. Tabla 2 Disponibilidad de médicos en Colombia <table><tr><th>Item</th><th>Total 2021</th><th>Representación %</th><th>Proporción x cada 1000 habitantes</th></tr><tr><td>Médicos generales</td><td>94.892</td><td>75%</td><td>1,9</td></tr><tr><td>Médicos especialistas</td><td>31.387</td><td>25%</td><td>0,6</td></tr><tr><td>Total Médicos</td><td>126.279</td><td>100%</td><td>2,5</td></tr></table> Fuente: Cubo ReTHUS, cálculos Gestarsalud	Item	Total 2021	Representación %	Proporción x cada 1000 habitantes	Médicos generales	94.892	75%	1,9	Médicos especialistas	31.387	25%	0,6	Total Médicos	126.279	100%	2,5	Colombia tiene una sobreoferta de profesionales en psicología (21 profesionales por cada 10 mil habitantes, correspondientes a 109.584 profesionales a mayo 2023), sin embargo, no se está aprovechando la disponibilidad de estos profesionales para la mejora de la salud mental y la atención de la demanda creciente de servicios en esta materia. La calidad de la educación superior ha mejorado a la par con el crecimiento de las capacidades del sector salud. BUENA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES Y USUARIOS DEL SISTEMA La libre elección de asegurador. Los pacientes reconocen que pueden escoger su EPS dentro de abanico de posibilidades que existen. Este derecho garantiza que, si una aseguradora no les brinda satisfacción en relación con sus necesidades, tienen la posibilidad de cambiarse a otra, siendo un trámite sencillo y con la garantía de continuidad de la atención. Han manifestado temor frente a la pérdida de este derecho. El asegurador EPS es el actual garante del derecho a la salud. Cuando el sistema falla, el usuario sabe quién es el sujeto pasivo en la acción de tutela o queja ante los entes de control y vigilancia. Los colombianos ya están afiliados al Sistema de Salud. La mayoría de los líderes de pacientes y usuarios perciben como riesgoso en proceso de adscripción a un CAPS, desde el punto de vista de la continuidad de sus tratamientos, hay temor por tener que volver a empezar desde el diagnóstico, que les cambien sus médicos, entre otros. Las aseguradoras actuales son interlocutoras y realizan gestión integral del riesgo en salud. A través de los años se han especializado en caracterizar epidemiológicamente a su población, conocen y gestionan sus riesgos, y con base en ellos organizan las redes integrales e integradas de servicios de salud. Las EPS acompañan al usuario en su trasegar por el sistema. Pese a las innegables oportunidades de mejora, el usuario sabe que tiene un asegurador que responde por todo y es esta entidad quien lo orienta, dirige, y vela por la atención continua e integral. Gracias a la organización de las EPS actuales, hoy existe claridad en relación con las rutas de atención desde los servicios menos complejos hasta los más especializados, la EPS responde por la gente desde la cita al médico general, hasta el trasplante más complejo. GOBERNANZA DEL SISTEMA Desde la Gobernanza, el sistema actual ha evolucionado de tal manera que existe claridad en las funciones y responsabilidades de los actores, los cuales actúan de manera articulada, con la figura del asegurador como garante durante todo el proceso de atención. Las EPS han funcionado como administradores del riesgo financiero y del riesgo en salud, articulando las redes de prestadores y permitiendo una mejor utilización y gestión de los recursos.
Item	Total 2021	Representación %	Proporción x cada 1000 habitantes														
Médicos generales	94.892	75%	1,9														
Médicos especialistas	31.387	25%	0,6														
Total Médicos	126.279	100%	2,5														

IV. Impacto fiscal

Para comprender la situación de desfinanciamiento estructural de las EPS en el sistema de salud, es importante tener en cuenta que, ante la insuficiencia de recursos, una organización de derecho privado tiene las siguientes alternativas para salir adelante:

- 1. Acceder a financiación externa a través de operaciones de crédito
- 2. Impulsar financiación interna a través de nuevos aportes de asociados, mediante esfuerzos de capitalización
- 3. Lograr apalancamiento operativo renegociando plazos de pago con los proveedores para mantener liquidez
- 4. Hacer uso de alternativas regulatorias que le permitan acceder a recursos que brinden liquidez y garanticen capital de trabajo para continuar operaciones.

En el caso de las aseguradoras, no resulta sencillo acceder a financiación externa mediante la alternativa 1, la alternativa 2 ha sido utilizada por distintas aseguradoras pero los recursos se consumen rápidamente como reflejan sus estados financieros llegando incluso a tener cuentas patrimoniales con saldos negativos, la estrategia 3, que de mutuo acuerdo con los proveedores se refleja en el incremento de los plazos de pago y finalmente, la alternativa 4, fue habilitada en gobiernos anteriores como alternativa que de mutuo acuerdo permitió solventar transitoriamente los problemas de liquidez del sistema de salud.

Ahora bien, otro elemento para considerar en el análisis realizado por los ponentes con la información disponible tiene que ver con los parámetros de restricción de uso de los recursos de la UPC para el pago de gastos de administración:

- Régimen contributivo: máximo 10% de los recursos para gastos administrativos
- Régimen subsidiado: máximo 8% de los recursos destinados a solventar gastos administrativos

De acuerdo con los datos reportados por las aseguradoras han logrado eficiencias administrativas que les permiten tener una participación de los gastos administrativos en promedio, de entre 4 y el 5%, de acuerdo con datos de la Contraloría General de la República.

Cálculos del déficit del sistema de salud colombiano, cifras en miles de millones de pesos

	2019	2020	2021	2022	sep-23
UPC	28.059	33.998	40.580	51.972	49.125

Administración (5%)	1.403	1.700	2.029	2.599	2.456
Siniestralidad (Promedio ponderado RC y RS)	97,5%	94,5%	99,5%	101,5%	101,0%
UPC siniestrada	27.358	32.128	40.377	52.751	49.616
Déficit	-2.104	-3.570	-2.232	-1.819	-1.965

Fuente: cálculos propios, ponentes, Datos ADRES y aseguradoras

Para el periodo observado se puede identificar con toda claridad que la insuficiencia de la UPC le ha ocasionado a las aseguradoras un déficit estimado solamente para el periodo enero 2019 a septiembre de 2023 por un valor de ONCE BILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS mcte. (\$11,690 billones). Si tomamos en cuenta que el patrimonio acumulado es de -3,2 billones de pesos y el consumo de reservas ha sido cercano a \$5 billones de pesos, tenemos una clara aproximación a la explicación de porqué existen deudas del sistema de salud con prestadores y proveedores de medicamentos. La solución, está en el ajuste del cálculo de la UPC y una mejor distribución de los recursos considerando debidamente los factores de riesgo de la población afiliada a cada EPS. Claramente la Corte Constitucional ha señalado un paso hacia adelante en esta dirección: el Estado debe saldar las deudas pendientes con las aseguradoras.

Dado que la reforma modifica la estructura financiera del sistema y plantea pasar de una asignación de recursos mediante un modelo de aseguramiento vía UPC y garantía de una atención integral en salud de las tecnologías incluidas en el PBS, a un esquema en el cual se financian los presupuestos y pago por servicios prestados en mediana y alta complejidad.

Por otra parte, dentro de los nuevos usos de los recursos se encuentra la financiación de los CAPS que, al asumir funciones adicionales a la prestación de servicios, requerirán inexorablemente gastos adicionales que no sustituyen a los actuales. De igual forma, se reitera que NO se conocen con los montos de gastos adicionales y las fuentes requeridas para el funcionamiento y sostenibilidad de las ISE, así como el funcionamiento en las entidades territoriales de los servicios de la red de atención de urgencias, pago de licencias de maternidad y paternidad a población no cotizante, entre otros. Algunos de los gastos adicionales identificados en el proyecto de ley y que no cuentan con una estimación detallada de sus costos y respectiva fuente de financiación.

El modelo propuesto introduce un cambio fundamental en la estructura financiera del sistema; si bien se mantienen las fuentes actuales (cotizaciones y aportes fiscales de la

Nación y de las entidades territoriales), se plantean nuevos usos de los recursos lo cual dejaría desfinanciada la garantía actual de atención a los individuos y sus familias. Se pasa de una asignación de recursos mediante un modelo de aseguramiento vía UPC y garantía de una atención integral en salud PBS, a un esquema en el cual se financian los presupuestos y pago por servicios prestados en mediana y alta complejidad.

Dentro de los nuevos usos de los recursos están la financiación de los CAPS que además asumen funciones adicionales a la prestación de servicios, lo cual va a exigir gastos adicionales que no sustituyen a los actuales. De igual forma, no se dispone con certeza de las fuentes requeridas para el funcionamiento y sostenibilidad de las ISE, funcionamiento en las entidades territoriales de los servicios de la red de atención de urgencias, pago de licencias de maternidad y paternidad a población no cotizante, entre otros.

En este sentido el eje financiero propuesto en la reforma implica cambios en la institucionalidad y en la manera en que se van a asignar y ejecutar los recursos del sistema. Estos nuevos usos realmente son exigentes en la medida en que se trata de gastos que no cuentan con una fuente cierta, razón por la cual hoy la iniciativa legislativa no cuenta con el aval fiscal por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Hoy en día la UPC está desfinanciada y conforme lo sostuvo la Corte constitucional en auto 2881 de 2023, la Corte evaluó el nivel de cumplimiento de las órdenes que buscan la suficiencia de los Presupuestos Máximos (PM) para financiar los servicios y tecnologías en salud (PBS) que no son con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como pañales, medicamentos para enfermedades de alto costo, enfermedades huérfanas o medicinas que no están incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS)

En dicho auto, sostuvo la Corte, que hay "un nivel de cumplimiento bajo respecto de la suficiencia de los presupuestos máximos", es decir, que el gobierno no ha financiado de manera adecuada, no ha dispuesto los recursos para que las EPS's presten los servicios en salud para los colombianos, con cargo a los presupuestos máximos, de manera eficiente.

Dentro de las razones que expuso la Corte se encuentran:

- Falencias en la expedición de la metodología requerida para establecer los montos, demora en la entrega y recolección de información completa para su análisis, y posterior cálculo de los montos.
- Inconvenientes derivados del trámite de reajuste, por la expedición tardía del acto administrativo para su reconocimiento y pago.
- Retrasos injustificados en los pagos del gobierno a las EPS's, que afectan directamente de manera negativa, la liquidez de las mismas y el flujo de recursos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que conlleva al crecimiento desbordado de la cartera del sector.

Algunos congresistas, en especial del Centro Democrático, en defensa de la Salud de los Colombianos, ya habían hecho estas y otras advertencias mediante debates de Control Político en las Comisiones Séptima de Senado y Cámara de Representantes, al Ministerio de Salud y la ADRES, quienes argumentaban inoperancia del Sistema para justificar la reforma a la salud a la cual hoy mediante esta ponencia negativa ratificamos nuestra oposición.

Aun así, la reforma, conforme al análisis del texto propuesto en la ponencia de la cual nos apartamos, sin designar la fuente de los recursos para ello crea estas nuevas erogaciones:

- Servicios de atención primaria Incluye atención básica, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y operación de los equipos extramurales.
- Soluciones de transporte y dotación para los equipos extramurales.
- Atención prehospitalaria de urgencias.
- Funcionamiento y sostenimiento ISE
- Funcionamiento red de urgencias.
- Saneamiento de las ESE.
- Transporte medicalizado institucional, intermunicipal, interdepartamental, fluvial, marítimo o aéreo.
- Incentivos a IPS de mediana y alta complejidad (y para las EGSV y los CAPS
- Pago de las incapacidades, prestaciones económicas y licencias de maternidad y paternidad para régimen subsidiado.
- Financiamiento de los programas de formación e investigación en salud.
- Financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
- Desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Aun así, fue radicada ponencia positiva, sin que obre aval fiscal, contrariando de manera directa el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 establece que "el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo." La Honorable Corte Constitucional, mediante sentencia C-502 de 2007, consideró lo siguiente con respecto a la aplicación del artículo 7 de la Ley 819 de 2003: "Por todo lo anterior, la Corte considera que los primeros tres incisos del art. 7° de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa, y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley. Esto significa que ellos constituyen instrumentos para mejorar la labor legislativa. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear

barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del ministro de Hacienda.

Y en ese proceso de racionalidad legislativa la carga principal reposa en el Ministerio de Hacienda, que es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el ministro de Hacienda."

Conforme a lo anterior y según lo establecido por el Tribunal Constitucional, la carga principal la ostenta el Ministerio de Hacienda y Crédito Público con respecto a las iniciativas que pueden implicar gasto público y afectar el marco fiscal. No obstante, en cumplimiento de lo señalado por el mismo tribunal en sentencias C-451 de 2020 y posteriormente, en sentencia C-075 de 2022 respectivamente:

- "(...) es obligación del Congreso propiciar y desarrollar una deliberación específica y explícita sobre el impacto fiscal de la reforma propuesta que aborde al menos los siguientes aspectos:*
- (i) Que se hayan identificado los costos fiscales de la iniciativa;*
 - (ii) Que se haya identificado su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo;*
 - (iii) Que se haya tenido en cuenta el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en caso de haberse presentado; y*
 - (iv) Que se hayan señalado las posibles fuentes de financiación del proyecto."*⁴⁴

"El citado artículo 151 superior también dispone que por medio de leyes orgánicas se deben fijar las normas sobre preparación, aprobación y ejecución del presupuesto de rentas y ley de apropiaciones. En tal virtud, el 9 de julio de 2003 el Congreso de la República expidió la Ley 819, "por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones". El artículo 7 de dicha normatividad exigió que durante el trámite de proyectos de ley que ordenen gastos u otorguen beneficios tributarios se debe analizar su impacto fiscal y su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo -supra núm. 67-. Con tal objeto, estableció las siguientes obligaciones: (i) la exposición de motivos y las ponencias deben incluir de manera expresa los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para su financiación en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite; (ii) el Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe rendir un concepto sobre la consistencia del análisis

⁴⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-451 de 2020. M.P.

de los costos fiscales y su conformidad con el Marco Fiscal de mediano Plazo, que deberá ser publicado en la Gaceta del Congreso; (iii) el Gobierno nacional deberá incluir en los proyectos de ley de su iniciativa que comporten un gasto adicional o una reducción de ingresos, la correspondiente fuente sustitutiva, que deberá ser analizada y aprobada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dichas exigencias, en últimas, propenden porque la actividad legislativa se enmarque en las condiciones que garantizan la sostenibilidad fiscal del país.

(...)

*El Congreso aprobó las medidas que ordenaron gastos respecto de los honorarios de los concejales y sus aportes a seguridad social sin una mínima consideración acerca de su impacto fiscal. Como se indicó -ver supra 73 (ii)-, aunque no se exige un análisis exhaustivo y detallado sobre este particular, la deliberación debe dar cuenta de que los legisladores cuando menos sí contaban con la información suficiente para comprender la incidencia de las medidas en las finanzas públicas. No de otra manera se podría entender satisfecha la obligación que tenían de analizar el impacto fiscal de sus determinaciones."*⁴⁵

Es pertinente señalar que los conceptos remitidos por Parte del Ministerio de Hacienda respecto del trámite de esta iniciativa no corresponden a un aval fiscal, por el contrario, se tratan netamente de un concepto con potenciales gastos y beneficios, además de no contener fuentes para su financiación. Por tanto, no es posible que el Congreso de la República cuente con información suficiente como lo exige la Corte Constitucional respecto a las iniciativas que afectan las finanzas públicas para comprender la incidencia de la aprobación del Proyecto de Ley en estudio.

De hecho, el análisis de factibilidad del ministerio de hacienda del 29 de noviembre de 2023 sostiene en los supuestos utilizados en la proyección de costos: *"Se supone un crecimiento del Salario Mínimo Legal Mensual vigente del orden del 1% real al año"* El aumento del salario mínimo de 2024 que dispuso el gobierno nacional fue del 12.07%, dando a entender que ya comenzó a ratificarse la insostenibilidad de la reforma propuesta, aún con las recomendaciones del ministerio de hacienda. Salvo que para la implementación de esta reforma el gobierno actual pretende aumentar el salario mínimo a los colombianos en 2025, solo en 1%, lo cual no tendría cabida en la realidad.

Este estimado o concepto de factibilidad que emitió el ministerio de hacienda, que no es un aval fiscal, ratifica que la reforma que es innecesaria, no tiene sustento financiero, la reforma es insostenible e inviable financieramente. En la respuesta de Hacienda de marzo de 2023, donde presenta las fuentes y gastos del sistema de salud, página 2, tabla 3, informa del déficit que trae la reforma, que solo para el año 2024 es de más de 1,2 billones, \$688 mil millones para 2025 y \$144 mil millones en 2026.

⁴⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-075 de 2022. M.P.

En la Tabla 3 se presentan las fuentes y gastos consolidados en las tablas previas.

Tabla 3. Fuentes y gastos del sistema de salud considerando la reforma (\$ mm constantes de 2023)

Gasto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Fuentes del Sistema de salud	87.507	93.072	98.185	102.878	105.994	109.335	112.581	115.834	119.436	123.162
Gasto con reforma a la salud	89.110	93.790	99.330	102.374	104.929	107.681	110.311	112.919	115.946	118.966

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP y Ministerio de Salud y Protección Social

Así las cosas, la reforma de entrada es insostenible e inviable ya que no se sujeta a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.

En marzo de 2023, se estimó el costo de la reforma en los próximos 10 años en más de \$114 billones de pesos, en el estudio de factibilidad de noviembre de 2023, improvisado solo para poder cerrar el debate en la Cámara de Representantes, se sugiere un costo de \$67 billones, pero ello representa menos servicios de salud para los colombianos, aun así, disminuyendo servicios ¿de dónde saldrán esos recursos? En el sistema de salud actual, las EPS deben asumir todos los riesgos con cargo a la UPC y presupuestos máximos, el ciudadano está más protegido, su salud asegurada.

Durante el último año, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público ha publicado 3 documentos distintos de análisis financiero y fiscal de la reforma a la salud, esto de entrada le resta credibilidad a los mismos y al conocimiento técnico económico de la reforma desde el mismo MINHACIENDA u MINSALUD, pareciera que estuvieran adivinando y con la Salud y más el presupuesto de la salud de 50 millones de Colombianos, no se juega, no se adivina, la salud no es un azar.

En ninguno de los tres informes los ingresos guardan consistencia través del tiempo. En el informe 1, rendido para septiembre de 2024 se esperaban unos ingresos de \$1.260 billones para el periodo 2025-2034.

En el informe 2, rendido en marzo de 2025 ascendían a \$1336 billones. Un aumento de \$76 billones sin respaldo sobre esas fuentes de financiación.

En el informe 3 de agosto de 2025, los ingresos ascienden a \$1.576 billones, en un periodo de análisis que va de 2026 a 2036. (sin tener en cuenta el déficit de \$26 billones que tiene el PGN)

En todo caso, si se toman los análisis realizados durante 2025, los ingresos son 6.4% y 4.4% superiores a los del año 2024, aumentos porcentuales que no guardan relación con la realidad económica que atraviesa el país.

¿Cuál es la fuente de financiación de los \$240 mil millones de más que informan el tercer informe sobre avala fiscal remitido a esta comisión?

En el último documento remitido, no se indica el valor estimado por el Ministerio de Salud y Protección Social referente al gasto en Atención Primaria en Salud y en Mediana y Alta Complejidad, así como para los próximos 10 años, en el marco de la reforma. El proyecto no incluye la discriminación del gasto administrativo a favor de las Gestoras de Salud y Vida, ¿esto se debe a que lo considera incluido dentro del componente de mediana y alta Complejidad? En caso afirmativo eso podría significar una reducción adicional de este rubro por \$5.4 billones para 2026 y de \$9.4 billones para 2036.

El ultimo concepto remitido no contempla la financiación de los servicios socio sanitarios conexos al derecho a la salud que hoy día se financian con recursos de presupuestos máximos. ¿Estos servicios socio sanitarios quedarían excluidos de la Reforma a la Salud?

En el tercer informe el sistema de información y de acuerdo con lo indicado por MINSALUD, su desarrollo estará a cargo del rubro de inversión de dicha cartera, por lo tanto, no se incluye en la proyección de gastos. Con cargo a estos recursos hoy se financia el funcionamiento del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

¿Qué pasará con el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), con la reforma planteada? ¿En el último concepto incluyeron, tuvieron en cuenta el funcionamiento o de dicho sistema? ¿A cuánto asciende la implementación o continuidad del funcionamiento de ese Sistema?

Los nuevos recursos disponibles para el saneamiento de pasivos del sector salud, según el tercer informe rendido por MINHACIENDA, pero son de única vez y ascienden a \$530mil millones cuando el total de las deudas solo de la NUEVA EPS, asciende a \$21 billones según el último informe de la Contraloría. Esos \$530mil millones solo corresponde al 2,5% de las deudas del sistema según la Contraloría General de la República.

El saneamiento de esta deuda es un requisito fundamental para garantizar la estabilidad del nuevo modelo. ¿De dónde saldrán los recursos para el saneamiento del sistema en cuantía de \$21 billones, y si esta suma está incluida en el tercer aval?

En el último aval o concepto, de agosto de 2025, MINHACIENDA advierte que 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. ¿Ya se verificó esos tiempos señalados, de cuánto tiempo estamos hablando?

Esta última pregunta es importantísima, porque eso es lo que no tienen los pacientes colombianos, tiempo, debido a la crisis explícita premeditada anunciada por este gobierno y obviamente sin tener la respuesta clara, certera y coherente a todos estos

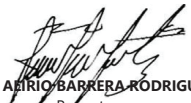
interrogantes no es posible votar positivamente una reforma que afecta a 50 millones de Colombianos.

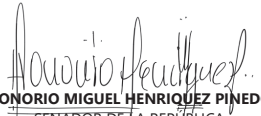
Una reforma que de entrada tiene déficit, no tiene fuentes de financiación claras y explícitas y terminará generando más pobreza en la población, si para implementarla es necesario otra tributaria, no es admisible, no es viable, es nuestro deber moral, ético, jurídico y político, votar negativamente.

VI. Proposición de Archivo.

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, proponemos, a los Honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado de la República, con mano firme y corazón grande, **ARCHIVAR** el proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara *"Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia se dictan otras disposiciones"*

Atentamente,


JOSUE ABRIO BARRERA RODRIGUEZ
Ponente
PARTIDO CENTRO DEMOCRATICO


HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO
SENADOR DE LA REPUBLICA
Coadyuvo la Ponencia de Archivo

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de septiembre del año dos mil veinticinco (2025) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, Informe de Ponencia para

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE
NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 410/2025 Senado, 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara
TÍTULO: "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".
INICIATIVA: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DOCTOR GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ.
RADICADO: EN SENADO: 26-03-2025 EN COMISIÓN: 02-04-2025 EN CÁMARA: 13-09-2024

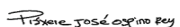
PUBLICACIONES – GACETAS								
TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º-DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO O COM VIL CÁMARA	PONENCIA 2º-DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA	PONENCIA 1º-DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VIL SENADO	PONENCIA 2º-DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO
Art 48 458/2024	Ponencia positiva 1921/2024 Ponencia negativa 1846/2024	2032/2024	Ponencia positiva 2032/2024 Adhesión a la Ponencia H.R. Camilo Esteban Gómez Gaceta 2032/2024 Adhesión a la Ponencia H.R. KAREN JULIANA LOPEZ Gaceta 2085/2024 Ponencia Negativa 2034/2024 Retiro de Ponencia de la H.R. Catherine Javinao Gaceta 2196/2024	337/2025	82 Art 1001/2025			

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
MARTHA PERALTA EPIEYU	COORDINADORA	MAIS
NORMA HURTADO SANCHEZ	COORDINADORA	PARTIDO DE LA U
ESPERANZA ANDRADE SERRANO	COORDINADORA	PARTIDO CONSERVADOR
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTES	COLOMBIA HUMANA
WILSON ARIAS CASTILLO	PONENTES	POLO DEMOCRATICO ALTERNATIVO
FABIAN DIAZ PLATA	PONENTES	ALIANZA VERDE
LORENA RIOS CUELLAR	PONENTES	COLOMBIA JUSTA LIBRES
ANA PAOLA AGUDELO GARCIA	PONENTES	PARTIDO MIRA
ALIRIO BARRERA RODRIGUEZ	PONENTES	CENTRO DEMOCRATICO
BERENICE BEDOYA PEREZ	PONENTES	ALIANZA SOCIAL INDEPENDIENTE
OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA	PONENTES	COMUNES

NÚMERO DE FOLIOS: CIENTO ONCE (111) FOLIOS
RECIBIDO EL DÍA: 17 DE SEPTIEMBRE DE 2025
HORA: 11:42

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,


PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima