



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5^a de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXIV - N° 2254

Bogotá, D. C., miércoles, 26 de noviembre de 2025

EDICIÓN DE 31 PÁGINAS

DIRECTORES:	DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ <u>SECRETARIO GENERAL DEL SENADO</u> www.secretariosenado.gov.co	JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA <u>SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA</u> www.camara.gov.co
-------------	---	---

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY 022 DE 2025 DE CÁMARA NÚMERO 341 DE 2024 SENADO

por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Honorable Representante

CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Asunto: Informe de Ponencia para Primer Debate Proyecto de Ley número 022 de 2025 de Cámara número 341 de 2024 Senado, por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Respetado Presidente,

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 5^a de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, el pasado 5 de agosto de 2025, en nuestra calidad de ponentes, nos permitimos, nos

permitimos radicar Informe de Ponencia al proyecto descrito en el asunto.

De los honorables Representantes

VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO
Coordinador Ponente

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE:

CONTENIDO

1. Trámite de la Iniciativa
2. Objeto y Justificación del Proyecto
3. Marco Jurídico
4. Consideraciones de los Ponentes
5. Impacto Fiscal y conflicto de intereses
6. Pliego de modificaciones
7. Proposición
8. Texto propuesto para Primer Debate.

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA Trámite

El Proyecto de Ley número 022 de 2025 de Cámara número 341 de 2024 Senado fue radicado el 4 de diciembre de 2024 en la Secretaría General del Senado de la República por los Congresistas *Honorio Miguel Henríquez Pinedo, Josué Alirio Barrera Rodríguez, Nadia Gerogette Blel Scaff, Norma Hurtado Sánchez, Enrique Cabrales Baquero, Paola Holguín Moreno, Miguel Ángel Pinto Hernández, José Alfredo Marín Lozano, Berenice Bedoya Pérez,*

Lorena Ríos Cuéllar, Paloma Valencia Laserna, Miguel Uribe Turbay, Esteban Quintero Cardona, Andrés Guerra Hoyos, Yenny Rozo Zambrano, José Vicente Carreño, María Fernanda Cabal Molina, Carlos Meisel Vergara, Mauricio Giraldo Hernández, Liliana López Aristizábal, Jhon Jairo Berrio, Miguel Polo Polo, Christian Garcés Aljure, Marenlen Castillo Torres, Piedad Correal Rubiano, Hernán Cadavid Márquez, Juan Espinal, entre otros Congresistas, el texto original radicado fue publicado en la **Gaceta del Congreso** número 2203 de 2024.

Por reparto, la Secretaría General envió el expediente a la Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República, y donde se designó como ponentes a los honorables *Norma Hurtado Sánchez, Miguel Ángel Pinto Hernández y Honorio Miguel Henríquez Pinedo* como Coordinador quienes procedieron a rendir Ponencia Positiva para ser debatido y aprobado en Primer Debate.

El pasado 4 de marzo de 2025, según acta número 28, de la Legislatura 2024-2025, fue discutido y aprobado de manera unánime, en Primer Debate en la Comisión VII de Senado, el proyecto de ley de la referencia con 10 votos a favor, ningún voto en contra y ninguna abstención.

En el curso del primer debate, se presentaron 6 proposiciones, a saber:

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
Artículo 3º	Presentada por la honorable Senadora Ana Paola Agudelo García, honorable Representante Irma Luz Herrera Rodríguez, honorable Senador Manuel Virgüez Piraquive Y honorable Senador Carlos Eduardo Guevara Villabón.	<p>Artículo 3º: Integrantes del Comité de Expertos. El Comité de Expertos estará integrado de la siguiente forma:</p> <p>(...)</p> <p>a) Será presidido por el(la) Ministro de Salud y Protección Social, quien ejercerá su rol de forma indelegable, <u>respetando la independencia y autonomía del Comité de Expertos. No obstante, si por causa de fuerza mayor no pudiere estar presente el Ministro de Salud y Protección Social, el Comité de Expertos podrá ser presidido por cualquiera de los miembros de manera aleatoria; no siendo su ausencia motivo de impedimento para realizar la respectiva sesión”.</u></p>
Artículo 4º	Presentada por la honorable Senadora Ana Paola Agudelo García, honorable Representante Irma Luz Herrera Rodríguez, honorable Senador Manuel Virgüez Piraquive Y honorable Senador Carlos Eduardo Guevara Villabón.	<p>Artículo 4º. Funciones del Comité de Expertos. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:</p> <p>(...).</p> <p>Numeral nuevo. Identificar y formular recomendaciones tendientes a contar con datos confiables y oportunos en tiempo real, al interior del sistema único de Información, orientado a la transparencia en la utilización de los recursos de salud”.</p>

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
A los parágrafos del artículo 4°	presentada por la honorable Senadora Ana Paola Agudelo García, honorable Representante Irma Luz Herrera Rodríguez, honorable Senador Manuel Virgüez Piraquive Y honorable Senador Carlos Eduardo Guevara Villabón.	<p>Artículo 4°. Funciones del Comité de Expertos. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes: (...).</p> <p>Parágrafo 1°. El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con un certificado en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos.</p> <p><u>A su vez dicha metodología y los datos, serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por la Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República, para realizar la revisión previa proyecto normativo de dicho acto administrativo, a partir de su primera versión.</u></p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales, <u>así como el giro oportuno</u>, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del año correspondiente, <u>so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.</u></p> <p>Parágrafo 3°. Las funciones y decisiones a cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acreditando el cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dicha debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité <u>y serán de público conocimiento”.</u></p>

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
Artículo 7°	presentada por la honorable Senadora Ana Paola Agudelo García, honorable Senadora Irma Luz Herrera Rodríguez, honorable Senador Manuel Virgüez Piraquive Y honorable Senador Carlos Eduardo Guevara Villabón.	<p>Artículo 7°. Esquema de datos abiertos para el SGSSS. Para promover la transparencia y adecuada toma de decisiones en el SGSSS, las entidades estatales implementarán medidas regulatorias y dispondrán de los recursos tecnológicos para que todos sus actores accedan a <u>toda la información del Sistema en tiempo real, de acuerdo a sus competencias.</u></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de las Tecnologías, información y Comunicaciones, <u>desarrollará fortalecerá</u> la plataforma de inscripción en línea de facturación, <u>y su interoperabilidad</u> procedimientos e inversiones que permitirá <u>identificar de manera clara cada una de las fuentes de los recursos de salud;</u> y establecer los costos reales de la prestación del servicio de salud en las redes propias y de terceros, al nivel de cada paciente del sistema, de forma que se pueda rastrear el uso y <u>correcta ejecución de valor de los procedimientos</u> e inversiones que se llevan a cabo con los recursos del sistema. Este registro utilizará los principios de la facturación electrónica y permitirá identificar con precisión la base para definir la suficiencia de la UPC, los excesos de consumo y los valores de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC”.</p>
Artículo 10	presentada por la honorable Senadora Ana Paola Agudelo García, honorable Senadora Irma Luz Herrera Rodríguez, honorable Senador Manuel Virgüez Piraquive Y honorable Senador Carlos Eduardo Guevara Villabón.	<p>Artículo 10. Mecanismo de cobertura y pago. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social <u>y Ministerio de Hacienda y Crédito Público</u>, la ADRES, dispondrán un mecanismo de cobertura y pago, con recursos adicionales a la UPC <u>y/o Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC,</u> con cargo al Presupuesto General de la Nación, para asumir <u>de manera excepcional</u> el aumento en la siniestralidad, así como los mayores costos en salud de las enfermedades, huérfanas y otras tecnologías de alto valor.</p> <p>Dicho mecanismo establecerá el tope máximo de siniestralidad, a partir del cual, las tecnologías y servicios en salud que lo excedan serán asumidos directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la modalidad de pago directo, velando por la sostenibilidad del SGSSS y el flujo de recursos a los diferentes actores.</p> <p>El Gobierno nacional reglamentará las condiciones de funcionamiento y administración de dicho mecanismo en los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley”.</p>

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
Artículo nuevo	presentada por la honorable Senadora Ana Paola Agudelo García, honorable Senadora Irma Luz Herrera Rodríguez, honorable Senador Manuel Virgüez Piraquive Y honorable Senador Carlos Eduardo Guevara Villabón.	Artículo Nuevo. Formación e Investigación en Parámetros Técnicos en Seguridad Social. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Relaciones Exteriores, en armonía con lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley 2136; fomentarán la formación e investigación en áreas de la economía de la salud, ciencias actariales y/o seguridad social; con el fin de contar con el capital humano suficiente para el análisis y adecuado manejo de recursos y toma de decisiones en materia del Presupuesto del Sistema General de Seguridad Social”.

El pasado 19 de junio de 2025, se le dio segundo debate en la Plenaria del Senado de la República al presente proyecto de ley, y fue aprobado por mayoría en esa corporación, luego de haberse incorporado 8 proposiciones de 10 presentadas así:

ARTICULOS	ALIRIO BARRERA	DIDIER LOBO	JOSE VICENTE CARREÑO
1		avalada	
2		avalada	
3	avalada	no avalada	no avalada
4	avalada		
5	avalada	avalada	
6	avalada	avalada	

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
Artículo 1°	SENADOR DIDIER LOBO.	<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer el 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, todo ello bajo los principios de transparencia, participación, rigor técnico y eficiencia.</p>
Artículo 2°	SENADOR DIDIER LOBO.	<p>Artículo 2°. Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC.</p> <p>Confórmese el Comité de Expertos como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico, el cual emitirá conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales y/o financieros con carácter vinculante para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC.</p> <p><u>El carácter vinculante de sus conceptos técnicos prevalecerá, salvo objeción motivada y pública del Ministro de Salud y Protección Social, basada exclusivamente en razones de conveniencia fiscal debidamente soportadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y que no comprometan el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud.</u></p>

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
Artículo 3º	SENADOR ALIRIO BARRERA.	<p>Artículo 3º. Integrantes del Comité de Expertos. El Comité de Expertos estará integrado de la siguiente forma:</p> <p>a) Será presidido por el (la) Ministro (a) de Salud y Protección Social, quien ejercerá su rol de forma indelegable, respetando la independencia y autonomía del Comité de Expertos. No obstante, si por causa de fuerza mayor no pudiere estar presente el Ministro de Salud y Protección Social, el Comité de Expertos podrá ser presidido por cualquiera de los miembros de manera aleatoria; no siendo su ausencia motivo de impedimento para realizar la respectiva sesión.</p> <p>b) Un (a) (1) representante del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien deberá ser el (la) Ministro (a) en funciones o el Viceministro (a) Técnico (a).</p> <p>c) Un (a) (1) representante del Departamento Nacional de Planeación, ejercido por el (la) Director (a) en funciones o el subdirector (a) delegado.</p> <p>d) Seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, elegidos por mayoría simple de sus miembros, de ternas propuestas por cada uno de los siguientes actores:</p> <p>e) Centros de investigación en salud (un representante).</p> <p>f) Centros de investigación en economía de la salud (un representante).</p> <p>g) Asociación Colombiana de Universidades (un representante).</p> <p>h) Prestadores de salud públicos y privados a través de sus respectivos gremios (un representante).</p> <p>i) EPS públicas y privadas a través de sus respectivos gremios (un representante).</p> <p>j) Asociaciones de Usuarios, pacientes o enfermedades de alto costo <u>y/o enfermedades huérfanas</u> y afiliados de las EPS (un representante).</p> <p>Parágrafo 1º. Los seis (6) expertos serán designados para períodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos (2) últimos años del gobierno que los elige y dos (2) años del gobierno siguiente.</p>

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
		<p>Parágrafo 2º. Podrán asistir como invitados permanentes al Comité de Expertos, con voz y sin voto, representantes del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -Adres, la Asociación Colombiana de Actuarios, la Cuenta de Alto Costo, la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y dos (2) delegados de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.</p> <p>Parágrafo 3º. Los seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional referidos en este artículo deberán certificar su experiencia en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, según corresponda, para la conformación de la respectiva terna y su posterior elección.</p> <p>Parágrafo transitorio: Para la conformación del primer periodo del Comité de Expertos, sus miembros serán elegidos por los delegados del Gobierno nacional. Tres (3) de los seis (6) integrantes electos por ternas tendrán un periodo que durará por el primer periodo dos (2) años.</p>
Artículo 4º	SENADOR ALIRIO BARRERA.	<p>Artículo 4º. Funciones del Comité de Expertos. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir los servicios financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC – con criterios de inclusión de servicios y tecnologías a financiarse, <u>considerando, entre otras, variables como tecnologías obsoletas o en desuso o potenciales candidatas para exclusión y la adherencia de los tratamientos</u>, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de entidades como el IETS, el Invima, <u>las sociedades científicas</u> y la academia y el carácter de especial interés de patologías como las enfermedades huérfanas. 2. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de satisfacción de usuarios, indicadores de salud y de uso eficiente de recursos, su evaluación y la definición de incentivos para todos los actores del sistema que acrediten un buen desempeño y su cumplimiento. <p>2.1. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social una metodología de cálculo de la siniestralidad agregada del sistema, por régimen, EPS y cohortes de riesgo que permita entender su evolución y hacer proyecciones. Además, será el encargado de realizar la medición periódica de los indicadores y desarrollar un mecanismo de monitoreo público.</p>

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
		<p>3. Definir de manera vinculante el valor de la UPC vigente para el año siguiente, así como los valores asociados a copagos y cuotas moderadoras para cada vigencia, con expedición anterior al 30 de diciembre de cada año.</p> <p>4. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes hasta antes del 30 de noviembre de cada anualidad.</p> <p>5. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el sistema, carga de enfermedad, utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica.</p> <p>6. Proponer al Gobierno nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC.</p> <p>7. Definir el reajuste, la activación del mecanismo de cobertura y pago contenido en el artículo 10 de esta ley, cuando se determine que la UPC asignada, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC son insuficientes para asumir los servicios en salud de la población afiliada.</p> <p>8. Identificar y formular recomendaciones tendientes a contar con datos confiables y oportunos en tiempo real, al interior del sistema único de Información, orientado a la transparencia en la utilización de los recursos de salud.</p> <p>Parágrafo 1º. El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con <u>una nota técnica que contenga certificado</u> en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos. A su vez, dicha metodología y los datos, serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por la Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República, para realizar la revisión previa proyecto normativo de dicho acto administrativo, a partir de su primera versión.</p>

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
		<p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales, así como el giro oportuno, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del año correspondiente, so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.</p> <p>Parágrafo 3°. Las funciones y decisiones a cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acreditando el cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dicha debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité y serán de público conocimiento.</p> <p>Parágrafo 4°. El director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud asumirá las funciones de Secretaría Técnica del Comité.</p>
Artículo 5°	SENADOR ALIRIO BARRERA.	<p>Artículo 5°. Requisitos generales para definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC). En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten la definición de la UPC deben evidenciarse los siguientes principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equidad: El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo. 2. Suficiencia: La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos y mecanismos de fortalecimiento patrimonial para cumplir con los indicadores financieros. 3. Homogeneidad: Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo, seleccionados bajo criterios aleatoriedad e independencia. 4. Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significancia y cubra un periodo adecuado de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error. En patologías huérfanas se deben considerar tamaños de muestra proporcionales con su naturaleza. 5. Calidad: la información utilizada para la tasación de la UPC debe cumplir con criterios de calidad estadística que aseguren la representatividad para la población a asegurar.

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
		<p>6. Continuidad: la definición y ajustes oportunos al valor de la UPC deberán realizarse de manera ininterrumpida y sin poner en riesgo la persistencia y la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la garantía del derecho a la salud".</p> <p>Parágrafo. Estos mismos principios serán tenidos en cuenta para efectos del cálculo, y reajustes de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.</p> <p>Parágrafo transitorio. Para establecer la UPC del régimen subsidiado, así como de su posible igualación con la UPC del régimen contributivo, deberá considerarse la información de un periodo de dos (2) años y de calidad para realizar el cálculo de la misma.</p>
Artículo 5°	SENADOR DIDIER LOBO.	<p>Artículo 5°. Requisitos generales para definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC). En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten la definición de la UPC deben evidenciarse los siguientes principios:</p> <p>1. Equidad: El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo.</p> <p>2. Suficiencia: La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos y mecanismos de fortalecimiento patrimonial para cumplir con los indicadores financieros, así como los costos asociados a la gestión eficiente del riesgo en salud y a la innovación tecnológica costo-efectiva.</p>
Artículo 6°	SENADOR ALIRIO BARRERA.	<p>Artículo 6°. Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Para el cálculo de la UPC se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos:</p> <p>a) Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda.</p> <p>b) Evolución del costo medio de servicios y tecnologías o de los precios financiados con la UPC.</p> <p>c) Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados.</p> <p>d) Evolución de frecuencias, consumo de servicios y tendencias de demanda.</p> <p>e) Ajustes por siniestros incurridos.</p> <p>f) Tasas de cambio e interés.</p> <p>g) Indicadores de salud pública como adherencia y latencia, entre otros.</p> <p>h) Los demás que sean necesarios.</p> <p>Adicionalmente, como mínimo los siguientes factores de ajuste de riesgo:</p> <p>I. Sexo,</p> <p>II Edad,</p> <p>III Carga de la enfermedad;</p>

ARTÍCULO	PRESENTADA POR:	AVALADA
		<p>IV Gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, ubicación geográfica y situación laboral; siempre y cuando se demuestre que cada una de las variables incide en la suficiencia de la UPC.</p> <p>Parágrafo. Todos los actores del sector salud, incluyendo las EPS, IPS y demás proveedores, estarán obligados a reportar anualmente la información que reglamentariamente determine el Ministerio de Salud, conforme a los lineamientos establecidos por el Comité de Expertos para el cálculo de la suficiencia de la UPC. Esta información deberá cumplir con criterios de calidad, oportunidad, completitud y veracidad, y servirá como insumo para contrastar y mejorar la calidad de las bases de datos del sistema”.</p>
Artículo 6º	SENADOR DIDIER LOBO.	<p>Artículo 6º. Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</p> <p>Para el cálculo de la UPC se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda; b) Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados; c) Tasas de cambio; d) Tasas de interés; e) Los demás que le sean necesarios. Impacto de nuevas tecnologías y cambios en guías de práctica clínica, debidamente evaluados.

Posteriormente el expediente del proyecto fue radicado ante la Cámara de Representantes el 21 de julio de 2025, para que continuara su trámite legislativo, y el 5 de agosto por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente son designados como ponentes los Representantes Víctor Manuel Salcedo Guerrero como Coordinador y María Eugenia Lopera Monsalve y Jorge Alexander Quevedo Herrera como ponentes.

2. OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley busca 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.

Este proyecto de ley busca 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 dirección que ha recibido en los últimos dos años. Se pretende proponer 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.

3. MARCO JURÍDICO

A. Constitucional:

El artículo 48 de la Constitución Política de Colombia establece que:

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.

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.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Por su parte el artículo 49 del texto superior estipula:

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 de su comunidad.

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.

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.

B) Normativa Legal

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 del presente proyecto de ley:

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:

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;

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;

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;

d) <Literal CONDICIONALMENTE exequible> Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;

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;

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;

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 manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;

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;

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.

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:

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.

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 riesgos 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.

Así mismo, el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Decreto número 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.

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 pertinencia de esta iniciativa que busca evitar que situaciones como estas se vuelvan a presentar en el futuro.

Como veremos más adelante, 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 5º 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 6º 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 garanticé 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 número 2560 de 2012, artículo 26, numeral 1.

Así mismo, el Decreto número 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 consecuencia, existe en cabeza del Estado colombiano, especialmente del Ministerio de Salud y Protección Social, la 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.

C) Jurisprudencia

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 órdenes 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 riesgos 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 1º de septiembre de 2016. m. p. Luis Ernesto Vargas silva, sobre la funda mentalidad 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 9 de junio de 2016. m. p. Alejandro Linares Cantillo sobre el Derecho a la salud como derecho fundamental autónomo en reiteración de jurisprudencia.

D. Normas internacionales:

Declaración Universal de los Derechos del Hombre:

Artículo 11. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

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.

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)

Pacto de San José de Costa Rica, del 22 de noviembre del 1969, en la cual se resalta que dentro de un Estado de derecho en el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación (alimentación, **salud**, libertad de organización, de participación política, entre otros).

Artículo 4º. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.

3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.

4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.

5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieran menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se les aplicará a las mujeres en estado de gravidez.

6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la commutación 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.

4. CONSIDERACIÓN DEL PONENTE

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. 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 número 2292 de 2021 se avanzó hacia un concepto de plan de beneficios integral.

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 lleva 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.

4.1 Definiciones

Para efectos de la comprensión de esta iniciativa, es necesario hacer claridad en algunas definiciones que mediante diferentes pronunciamientos normativos se han establecido:

- **Unidad de Pago por Capitación (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.

4.2 Actualidad del Sistema de Salud

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. 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 número 2292 de 2021 se avanzó hacia un concepto de plan de beneficios integral.

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. A lo anterior se le suman los ajustes realizados al PBS los cuales generaron una mayor oferta de servicios, y que deben estar acompañados de estrategias que busquen asegurar la sostenibilidad funcional y presupuestaria del sistema. En Colombia, esta situación se complica por las tensiones entre la garantía del derecho a la salud y la alta demanda de servicios incluidos y no incluidos en el PBS.

4.3 Gasto en salud de Colombia en comparación con otros países

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 (Tabla 1) 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 (Tabla 1).

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

País	Población total (millones)	Gasto en salud % PIB	% Gasto público	Pagos de bolsillo %
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.

4.4 Financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

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, 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.

4.5 Valor de la Unidad de Pago por Capitación:

El sistema de salud colombiano enfrenta un nuevo desafío para 2025 con el incremento del 5,36% en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), definido por la Resolución número 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.

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%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social 5522 de 2013, 5925 de 2014, 5593 de 2015, 6411 de 2016, 5268 de 2017, 5858 de 2018, 3513 de 2019, 2503 de 2020, 2381 de 2021, 2809 de 2022, 2364 de 2023 y 2717 de 2024.

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.

4.6 Insuficiencia de la Unidad de Pago Por Capitación (UPC)

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.

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 está dirigido este proyecto de ley que propone 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.

4.6 Sobre los Conceptos

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió concepto desfavorable al Proyecto de Ley 341 de 2024 Senado, calificándolo como inconstitucional e inconveniente, y solicitando su archivo.

Las objeciones se centran en seis ejes fundamentales: primero, considera que la creación del Comité de Expertos viola el artículo 154 constitucional al modificar la estructura administrativa nacional sin contar con iniciativa gubernamental, requisito que estima indispensable y cuya ausencia conduciría a la inexequibilidad del proyecto; segundo, argumenta que se produce una usurpación de competencias constitucionales del Estado al trasladar funciones regulatorias del sistema de salud a un organismo con mayoría privada (seis de nueve miembros), contraviniendo los artículos 48, 49 y 365 de la Constitución que reservan al Estado la dirección y regulación del servicio público de salud; tercero, señala la ausencia del análisis de impacto fiscal requerido por la Ley 819 de 2003, particularmente en el artículo 10 que ordena la creación de un “mecanismo de cobertura y

pago” con cargo al Presupuesto General de la Nación sin cuantificación ni límites definidos, además de imponer sanciones penales y disciplinarias al Ministro de Hacienda por incumplimiento; cuarto, cuestiona el régimen sancionatorio del artículo 11 por no describir las conductas sancionables específicas ni determinar el tipo y cuantía de las sanciones, violando la reserva de ley en materia sancionatoria; y quinto, identifica múltiples defectos técnicos normativos, incluyendo criterios vagos para la selección de expertos, conceptos jurídicos indeterminados como “tecnologías de alto valor”, y la redundancia del artículo 7º respecto a un sistema de datos abiertos que ya opera actualmente, concluyendo que estos vicios de constitucionalidad y conveniencia hacen inviable la aprobación del proyecto sin modificaciones sustanciales que implicarían reescribirlo completamente.

Frente al particular, se considera lo siguiente:

El concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, si bien formalmente elaborado, incurre en errores interpretativos de la jurisprudencia constitucional, aplica restrictivamente precedentes favorables y omite el análisis de sentencias que expresamente avalan el modelo institucional propuesto.

A continuación, se refutan los argumentos:

Frente al fundamento primero: El ministerio argumenta que crear el Comité viola el art. 154 CP, pero confunde naturaleza jurídica del organismo propuesto:

Lo que dice el proyecto (Art. 2):	Lo que el ministerio interpreta erróneamente:
• “Organismo asesor adscrito ” (no entidad autónoma).	• Creación de entidad autónoma con funciones ejecutivas.
• Presidido indelegablemente por el ministerio (Art. 3).	• Organismo independiente del ejecutivo.
• Funciones ejercidas bajo dirección ministerial .	• Transferencia de competencias.

Finalmente, la Corte Constitucional en el Auto 007 de 2025 hace un llamado a la necesidad de un sistema de información robusto, “*La complejidad técnica del cálculo actuaria de la UPC y la necesidad de garantizar su suficiencia en el tiempo exige un mecanismo de seguimiento especializado que trascienda los cambios administrativos y políticos, garantizando continuidad en la vigilancia de la sostenibilidad del sistema*”.

2. Frente al fundamento segundo: El ministerio argumenta “transferencia de competencias a privados”, pero:

- Los 6 expertos NO representan gremios sino experticia técnica
- Son seleccionados por criterios académicos, no por afiliación sectorial

- El artículo 3º exige “amplio reconocimiento académico y profesional”.
- Las ternas provienen de instituciones académicas, no de intereses comerciales.

Adicionalmente la Corte Constitucional en Auto 007 de 2025, del veintitrés (23) de enero de dos mil veinticinco imparte de orden de establecer mesas de trabajo con todos los actores de la salud, con el fin de estudiar y definir de una manera más real el valor de la UPC.

Composición del Comité: Análisis Real	
No es “mayoría privada”, es mayoría técnica-académica	
M i e m b r o s Gubernamentales (3/9 = 33%):	Expertos Técnicos (6/9 = 67%): Propuestos por:
1 Ministro de Salud (Presidente)	<ul style="list-style-type: none"> Centros de investigación en salud (académico)
2 Ministro/ Viceministro de Hacienda	<ul style="list-style-type: none"> Centros de investigación en economía de la salud (académico) Asociación Colombiana de Universidades (académico)
3 Director/Subdirector DNP.	<ul style="list-style-type: none"> Prestadores públicos y privados (operativo) EPS públicas y privadas (financiero) Asociaciones de usuarios (social).

Frente al fundamento tercero; Impacto Fiscal

El ministerio cita la Sentencia C-075/2022, pero la aplica incorrectamente:

Lo que dice C-075/2022 es “*El deber de análisis de impacto fiscal solo se hace exigible si la iniciativa legislativa efectivamente ordena un gasto o establece un beneficio tributario, no si se limita a autorizarlos*”.

El artículo 10 del proyecto autoriza al gobierno a disponer un mecanismo, condicionado a una reglamentación posterior (3 meses) y este sujeto a procedimientos presupuestales ordinarios

Frente al fundamento cuarto, sobre el régimen sancionatorio

El artículo 11 es una norma de remisión, la redacción literal es:

“...acarreará las sanciones, penales y disciplinarias a que haya lugar”, lo que propone el artículo es la remisión a la normatividad actual vigente no, crea sanciones nuevas.

Precedentes de normas similares:

- Ley 1437/2011, Artículo 44: “...sin perjuicio de las sanciones penales y disciplinarias”.
- Ley 80/1993, artículo 52: “...sin perjuicio de las acciones penales y disciplinarias”.

Frente al fundamento quinto, sobre los supuestos defectos técnicos.

Frente al esquema de datos abiertos que se propone en el artículo 7º, el ministerio dice que es redundante porque “ya existe”; “la propuesta del proyecto de ley busca fortalecer y ampliar la plataforma existente, y robustecer la trazabilidad de los recursos, la Corte Constitucional nos recuerda en el Auto 1282 de 2025 (Seguimiento T-760/2008), que “*La ausencia de información real y actualizada impide que los actores del sistema emitan alertas sobre la falta de disponibilidad de los medicamentos y propongan alternativas terapéuticas a tiempo para evitar complicaciones en la salud de los pacientes y una carga económica adicional al sistema*”.

Adicional a lo anteriormente expuesto, en el Auto 007/2025 de la Corte Constitucional (Seguimiento T-760/2008) la corte nuevamente hace énfasis en la necesidad de un sistema de información sólido que permita la toma de decisiones de manera correcta y real “*La ausencia de un sistema de información unificado, int imparte eroperable y en tiempo real constituye una barrera estructural que impide tanto la adecuada planeación financiera del sistema como el seguimiento efectivo al cumplimiento de las obligaciones de las EPS. No es posible garantizar la suficiencia de la UPC si no se conoce con certeza el costo real de la atención prestada*”.

5. IMPACTO FISCAL Y CONFLICTO DE INTERESES

Cabe resaltar que este proyecto si bien tendría impacto para las finanzas públicas, los recursos en su implementación saldrían de los presupuestos asignados a cada una de las instituciones encargadas de administrar el Sistema de Seguridad Social en Salud y que en tratándose de un derecho fundamental de interés general debe tenerse en cuenta la Jurisprudencia del primer nivel hermenéutico en materia constitucional; la honorable Corte Constitucional quien en la Sentencia C-625 de 2010 con ponencia del honorable Magistrado Nilson Pinilla estableció que:

“*Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso.*

Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para

el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático.

Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las Cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

Como lo ha resaltado la Corte, si bien compete a los miembros del Congreso la responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que el proyecto bajo estudio puede implicar para el erario público, es claro que es el Poder Ejecutivo, y al interior de aquél el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente ese impacto, y a partir de ello, llegado el caso, demostrar a los miembros del órgano legislativo la inviabilidad financiera de la propuesta que se estudia.

De allí que esta corporación haya señalado que corresponde al gobierno el esfuerzo de llevar a los legisladores a la convicción de que el proyecto por ellos propuesto no debe ser aprobado, y que en caso de resultar infructuoso ese esfuerzo, ello no constituye razón suficiente para tener por incumplido el indicado requisito, en caso de que las Cámaras finalmente decidan aprobar la iniciativa cuestionada”.

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 3º de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992 y se dictan otras disposiciones, que modifica el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, que establece la obligación al autor del proyecto presentar la

descripción de las posibles circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, siendo estos, criterios guías para que los Congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento. Frente al presente proyecto, se considera que no genera conflicto de interés, puesto que no trae beneficios particulares, actuales y directos, conforme a lo dispuesto en la ley, dado que, el objeto del proyecto versa sobre las soluciones al desfinanciamiento del sistema y los parámetros y entidades que deben asumir la responsabilidad del cálculo de la UPC para garantizar la prestación del servicio de salud, lo cual constituye un proyecto de ley de INTERÉS GENERAL.

Sin embargo, si algún Congresista considera que estos criterios pueden afectarle, deberá presentar un conflicto de interés, frente del cual se presume su improcedencia por considerar que esta ley cobijará a toda la población objeto del mismo por igual y sus efectos regirán para el futuro, además de que se trata de la inclusión de criterios orientadores para el cálculo o fijación de la UPC que seguramente redundará en beneficio de toda la población Colombiana y afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente, se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de intereses que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley no exime del deber del Congresista de identificar causales adicionales.

En los términos anteriores, en nuestra condición de miembros del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en el artículo 152 de la Constitución Política de Colombia, reconociendo la necesidad de blindar y rodear de garantías a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando de esta manera fortalecer la unidad de la Nación, asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, nos permitimos poner a consideración del honorable Congreso, la ponencia para Primer Debate de este importante proyecto de ley con fundamento en los motivos ya expresados y habida cuenta de la necesidad y conveniencia pública del mismo; para que el honorable Congreso de la República considere su texto, continúe su trámite legal y democrático pertinente, para obtener su aprobación y haga su tránsito a ser una ley de la República.

6. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto aprobado por la Plenaria del Senado.	Texto propuesto para Primer Debate -Cámara.
<p>“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO, MECANISMO, INSTANCIAS Y ELEMENTOS PARA LA DEFINICIÓN, MONITOREO Y AJUSTE DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN UPC Y PRESUPUESTOS MÁXIMOS, DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.</p>	

Texto aprobado por la Plenaria del Senado.	Texto propuesto para Primer Debate -Cámara.
EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:	EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:
<p>Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer el 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.</p>	
<p>Artículo 2º. Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC. Confórmese el Comité de Expertos como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico, el cual emitirá conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales y/o financieros con carácter vinculante para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC.</p>	<p>Artículo 2º. Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC. Confórmese el Comité de Expertos como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico, el cual emitirá conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales y/o financieros con carácter vinculante para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC.</p>
<p>Artículo 3º. Integrantes del Comité de Expertos. El Comité de Expertos estará integrado de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Será presidido por el (la) Ministro (a) de Salud y Protección Social, quien ejercerá su rol de forma indelegable, respetando la independencia y autonomía del Comité de Expertos. No obstante, si por causa de fuerza mayor no pudiere estar presente el Ministro de Salud y Protección Social, el Comité de Expertos podrá ser presidido por cualquiera de los miembros de manera aleatoria; no siendo su ausencia motivo de impedimento para realizar la respectiva sesión. f) Un (a) (1) representante del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien deberá ser el (la) Ministro (a) en funciones o el Viceministro (a) Técnico (a). g) Un (a) (1) representante del Departamento Nacional de Planeación, ejercido por el (la) Director (a) en funciones o el subdirector (a) delegado. h) Seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, elegidos por mayoría simple de sus miembros, de ternas propuestas por cada uno de los siguientes actores: <ul style="list-style-type: none"> vii). Centros de investigación en salud (un representante). viii). Centros de investigación en economía de la salud (un representante). ix). Asociación Colombiana de Universidades (un representante). x. Prestadores de salud públicos y privados a través de sus respectivos gremios (un representante). xi. EPS públicas y privadas a través de sus respectivos gremios (un representante). xii). Asociaciones de Usuarios, pacientes o enfermedades de alto costo y afiliados de las EPS (un representante). 	

Texto aprobado por la Plenaria del Senado.	Texto propuesto para Primer Debate -Cámara.
<p>Parágrafo 1º. Los seis (6) expertos serán designados para periodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos (2) últimos años del gobierno que los elige y dos (2) años del gobierno siguiente.</p> <p>Parágrafo 2º. Podrán asistir como invitados permanentes al Comité de Expertos, con voz y sin voto, representantes del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, la Asociación Colombiana de Actuarios, la Cuenta de Alto Costo, la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y dos (2) delegados de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.</p> <p>Parágrafo transitorio: Para la conformación del primer periodo del Comité de Expertos, sus miembros serán elegidos por los delegados del Gobierno nacional. Tres (3) de los seis (6) integrantes electos por ternas tendrán un periodo que durará por el primer periodo dos (2) años.</p>	
<p>Artículo 4º. Funciones del Comité de Expertos. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:</p> <p>9. Definir los servicios financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) con criterios de inclusión de servicios y tecnologías a financiarse, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de entidades como el IETS, el Invima y la academia.</p> <p>10. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de satisfacción de usuarios, indicadores de salud y de uso eficiente de recursos, su evaluación y la definición de incentivos para los actores del sistema que acrediten un buen desempeño y su cumplimiento.</p> <p>11. Definir de manera vinculante el valor de la UPC vigente para el año siguiente, así como los valores asociados a copagos y cuotas moderadoras para cada vigencia, con expedición anterior al 30 de diciembre de cada año.</p> <p>12. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes hasta antes del 30 de noviembre de cada anualidad.</p> <p>13. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el sistema, utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica.</p>	

Texto aprobado por la Plenaria del Senado.	Texto propuesto para Primer Debate -Cámara.
<p>14. Proponer al Gobierno nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC.</p> <p>15. Definir el reajuste, la activación del mecanismo de cobertura y pago contenido en el artículo 10 de esta ley, cuando se determine que la UPC asignada, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC son insuficientes para asumir los servicios en salud de la población afiliada.</p> <p>16. Identificar y formular recomendaciones tendientes a contar con datos confiables y oportunos en tiempo real, al interior del sistema único de Información, orientado a la transparencia en la utilización de los recursos de salud.</p> <p>Parágrafo 1º. El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con un certificado en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos. A su vez dicha metodología y los datos, serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por la Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República, para realizar la revisión previa proyecto normativo de dicho acto administrativo, a partir de su primera versión.</p> <p>Parágrafo 2º. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales, así como el giro oportuno, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del año correspondiente, so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.</p> <p>Parágrafo 3º. Las funciones y decisiones a cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acreditando el cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dicha debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité y serán de público conocimiento.</p> <p>Parágrafo 4º. El director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud asumirá las funciones de Secretaría Técnica del Comité.</p>	

Texto aprobado por la Plenaria del Senado.	Texto propuesto para Primer Debate -Cámara.
<p>Artículo 5º. Requisitos generales para definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC). En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten la definición de la UPC deben evidenciarse los siguientes principios:</p> <p>16. Equidad: El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo.</p> <p>17. Suficiencia: La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos y mecanismos de fortalecimiento patrimonial para cumplir con los indicadores financieros.</p> <p>18. Homogeneidad: Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo, seleccionados bajo criterios aleatoriedad e independencia.</p> <p>19. Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significancia y cubra un periodo adecuado de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error.</p> <p>20. Calidad: la información utilizada para la tasación de la UPC debe cumplir con criterios de calidad estadística que aseguren la representatividad para la población a asegurar.</p> <p>Parágrafo. Estos mismos principios serán tenidos en cuenta para efectos del cálculo, y reajustes de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.</p>	
<p>Artículo 6º. Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Para el cálculo de la UPC se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> vi) Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda; vii) Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados; viii) Tasas de cambio; ix) Tasas de interés; x) Los demás que sean necesarios. <p>Adicionalmente, como mínimo los siguientes factores de ajuste de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> v) Sexo, vi) Edad, vii) Carga; viii) Gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, ubicación geográfica y situación laboral; siempre y cuando se demuestre que cada una de las variables incide en la suficiencia de la UPC. <p>Parágrafo 1º. El Comité velará por la actualización de los parámetros de los factores de ajuste que incluyan los cambios tendenciales asociados a cada factor y los elementos de política pública.</p>	

Texto aprobado por la Plenaria del Senado.	Texto propuesto para Primer Debate -Cámara.
<p>Artículo 7º. Esquema de datos abiertos para el SGSSS. Para promover la transparencia y adecuada toma de decisiones en el SGSSS, las entidades estatales implementarán medidas regulatorias y dispondrán de los recursos tecnológicos para que todos sus actores accedan a la información del Sistema en tiempo real, de acuerdo a sus competencias. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de las Tecnologías, información y Comunicaciones, fortalecerá la plataforma de inscripción en línea de facturación, y su interoperabilidad que permitirá identificar de manera clara cada una de las fuentes de los recursos de salud; y establecer los costos reales de la prestación del servicio de salud en las redes propias y de terceros, al nivel de cada paciente del sistema, de forma que se pueda rastrear el uso y correcta ejecución de los recursos del sistema. Este registro utilizará los principios de la facturación electrónica y permitirá identificar con precisión la base para definir la suficiencia de la UPC, los excesos de consumo y los valores de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.</p>	
<p>Artículo 8º. Operaciones mercantiles en el marco del SGSSS. Adíjase un parágrafo al artículo 3º de la Ley 2024 de 2020, en el siguiente sentido: “Parágrafo 2º: En las operaciones mercantiles que se realicen en el marco del SGSSS, los proveedores y prestadores de servicios de salud deberán radicar las facturas de los servicios prestados en un plazo máximo de tres (3) meses siguientes a la fecha de la finalización de la prestación del servicio. La Superintendencia Nacional de Salud deberá verificar el cumplimiento de esta disposición e imponer las sanciones por su incumplimiento”.</p>	
<p>Artículo 9º. Elementos de Control. Serán elementos de control y seguimiento del informe del Comité de Expertos los siguientes:</p>	
<p>d) Publicidad: El acto administrativo que define año a año el valor de la UPC y el que modifican los servicios de salud asumidos con cargo a la UPC, deberá ser conocido y comentado por la ciudadanía según lo establecido en los lineamientos de técnica normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social, en un término no inferior a 30 días calendario.</p>	
<p>e) Revisión periódica: El Comité de Expertos que define la UPC, se reunirá por lo menos dos (2) veces adicionales durante el año, en los meses de mayo y septiembre para revisar que la definición de la UPC y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC sean suficientes. Este comité podrá adoptar los reajustes correspondientes para el periodo restante siempre que se evidencien y prueben situaciones no previstas al inicio del año y que afecten de manera sustancial las variables de cálculo inicial, ajustado al Marco Fiscal de Mediano Plazo del sector salud.</p>	
<p>f) Veeduría y transparencia: Las Comisiones VII de la Cámara y del Senado convocarán en sesión conjunta a los actores del SGSSS y demás entidades pertinentes, durante el segundo semestre de cada año para analizar la situación financiera del sector salud, la suficiencia y dinámica de flujo de los recursos destinados al sistema, así como la calidad del servicio prestado. Del resultado de dichas sesiones elaborará recomendaciones oportunas a los actores, prestadores y al Gobierno nacional para que adopten las medidas pertinentes.</p>	

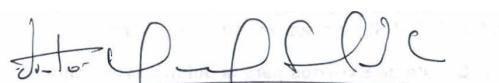
Texto aprobado por la Plenaria del Senado.	Texto propuesto para Primer Debate -Cámara.
<p>Artículo 10. Mecanismo de cobertura y pago. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dispondrán un mecanismo de cobertura y pago, con recursos adicionales a la UPC y/o Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC, con cargo al Presupuesto General de la Nación, para asumir de manera excepcional el aumento en la siniestralidad, así como los mayores costos en salud de las enfermedades, huérfanas y otras tecnologías de alto valor. Dicho mecanismo establecerá el tope máximo de siniestralidad, a partir del cual, las tecnologías y servicios en salud que lo excedan serán asumidos directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la modalidad de pago directo, velando por la sostenibilidad del SGSSS y el flujo de recursos a los diferentes actores. El Gobierno nacional reglamentará las condiciones de funcionamiento y administración de dicho mecanismo en los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.</p>	
<p>Artículo 11. Sanciones. El incumplimiento de lo dispuesto en la presente constituirá una falta gravísima, y acarreará las sanciones, penales y disciplinarias a que haya lugar, sin perjuicio del ejercicio de veeduría ciudadana a que haya lugar contra el funcionario que incumpla esta ley.</p>	
<p>Artículo 12. Formación e Investigación en Parámetros Técnicos en Seguridad Social. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Relaciones Exteriores, en armonía con lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley 2136; fomentarán la formación e investigación en áreas de la economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social; con el fin de contar con el capital humano suficiente para el análisis y adecuado manejo de recursos y toma de decisiones en materia del Presupuesto del Sistema General de Seguridad Social.</p>	
<p>Artículo 13. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su sanción y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	

Frente a las modificaciones, se propone eliminar del artículo segundo la característica de vinculante al concepto emitido por el comité en razón, a que este dicho concepto deberá ser valorado acorde a la realidad fiscal del país. Finalmente se corrigen los errores de numeración del texto del articulado aprobado en el Senado de la República.

7. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la ley, proponemos a la honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar Primer Debate al **Proyecto de Ley número 22 de 2025 de Cámara número 341 de 2024 Senado, por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**, conforme al texto propuesto.

Del honorable Representante,



VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO
Coordinador Ponente

8. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

PROYECTO DE LEY NÚMERO 22 DE 2025 DE CÁMARA NÚMERO 341 DE 2024 SENADO

por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

**El Congreso de Colombia
DECRETA:**

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer el 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.

Artículo 2º. Comité de Expertos para la definición, monitoreo y ajuste de la UPC. Confórmese el Comité de Expertos como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente y técnico, el cual emitirá conceptos técnicos, jurídicos, económicos, actuariales y/o financieros para efectos de definir, cuantificar, monitorear y ajustar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cada año y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas en la UPC.

Artículo 3º. Integrantes del Comité de Expertos. El Comité de Expertos estará integrado de la siguiente forma:

a) Será presidido por el (la) Ministro (a) de Salud y Protección Social, quien ejercerá su rol de forma indelegable, respetando la independencia y autonomía del Comité de Expertos. No obstante, si por causa de fuerza mayor no pudiere estar presente el Ministro de Salud y Protección Social, el Comité de Expertos podrá ser presidido por cualquiera de los miembros de manera aleatoria; no siendo su ausencia motivo de impedimento para realizar la respectiva sesión.

b) Un (a) (1) representante del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien deberá ser el (la) ministro (a) en funciones o el Viceministro (a) Técnico (a).

c) Un (a) (1) representante del Departamento Nacional de Planeación, ejercido por el (la) director (a) en funciones o el subdirector (a) delegado.

d) Seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional en los sectores de la salud, economía de la Salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, elegidos por mayoría simple de sus miembros, de ternas propuestas por cada uno de los siguientes actores:

I. Centros de investigación en salud (un representante).

II. Centros de investigación en economía de la salud (un representante).

III. Asociación Colombiana de Universidades (un representante).

IV. Prestadores de salud públicos y privados a través de sus respectivos gremios (un representante).

V. EPS públicas y privadas a través de sus respectivos gremios (un representante).

VI. Asociaciones de Usuarios, pacientes o enfermedades de alto costo y afiliados de las EPS (un representante).

Parágrafo 1º. Los seis (6) expertos serán designados para períodos fijos de cuatro (4) años, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, no siendo sujetos a libre nombramiento y remoción; y podrán ser reelegidos por una única vez. Del periodo de cuatro años, estarán los dos (2) últimos años del gobierno que los elige y dos (2) años del gobierno siguiente.

Parágrafo 2º. Podrán asistir como invitados permanentes al Comité de Expertos, con voz y sin voto, representantes del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), la Asociación Colombiana de Actuarios, la Cuenta de Alto Costo, la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y dos (2) delegados de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.

Parágrafo transitorio: Para la conformación del primer periodo del Comité de Expertos, sus miembros serán elegidos por los delegados del Gobierno nacional. Tres (3) de los seis (6) integrantes electos por ternas tendrán un periodo que durará por el primer periodo dos (2) años.

Artículo 4º. Funciones del Comité de Expertos. Las funciones indelegables del Comité de Expertos serán las siguientes:

1. Definir los servicios financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) con criterios de inclusión de servicios y tecnologías a finanziarse, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de entidades como el IETS, el Invima y la academia.

2. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de satisfacción de usuarios, indicadores de salud y de uso eficiente de recursos, su evaluación y la definición de incentivos para los actores del sistema que acrediten un buen desempeño y su cumplimiento.

3. Definir de manera vinculante el valor de la UPC vigente para el año siguiente, así como los valores asociados a copagos y cuotas moderadoras para cada vigencia, con expedición anterior al 30 de diciembre de cada año.

4. Realizar anualmente el informe de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC y presentarlo al Ministerio de Salud y Protección Social, Congreso de la República y representantes de las partes interesadas del sector salud. Este pronunciamiento será publicado para recibir comentarios y aportes hasta antes del 30 de noviembre de cada anualidad.

5. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el sistema, utilización de

los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica.

6. Proponer al Gobierno nacional la formulación y ejecución de planes de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la UPC.

7. Definir el reajuste, la activación del mecanismo de cobertura y pago contenido en el artículo 10 de esta ley, cuando se determine que la UPC asignada, Presupuestos Máximos o tecnologías no incluidas en la UPC son insuficientes para asumir los servicios en salud de la población afiliada.

8. Identificar y formular recomendaciones tendientes a contar con datos confiables y oportunos en tiempo real, al interior del sistema único de Información, orientado a la transparencia en la utilización de los recursos de salud.

Parágrafo 1º. El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con un certificado en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos. A su vez dicha metodología y los datos, serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por la Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República, para realizar la revisión previa proyecto normativo de dicho acto administrativo, a partir de su primera versión.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales, así como el giro oportuno, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo del año correspondiente, so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.

Parágrafo 3º. Las funciones y decisiones a cargo del Comité deberán ser debidamente soportadas y documentadas, acreditando el cumplimiento y el cuidado de los requisitos, atributos e información que soporta la operación del Comité. Dicha debida diligencia deberá quedar consagrada en actas e informes que harán parte integral de los actos administrativos proferidos por el Comité y serán de público conocimiento.

Parágrafo 4º. El director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud asumirá las funciones de Secretaría Técnica del Comité.

Artículo 5º. Requisitos generales para definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC). En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten la definición de la UPC deben evidenciarse los siguientes principios:

1. **Equidad:** El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo.

2. **Suficiencia:** La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos y mecanismos de fortalecimiento patrimonial para cumplir con los indicadores financieros.

3. **Homogeneidad:** Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo, seleccionados bajo criterios aleatoriedad e independencia.

4. **Representatividad:** El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significancia y cubra un periodo adecuado de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error.

5. **Calidad:** la información utilizada para la tasación de la UPC debe cumplir con criterios de calidad estadística que aseguren la representatividad para la población a asegurar.

Parágrafo. Estos mismos principios serán tenidos en cuenta para efectos del cálculo, y reajustes de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.

Artículo 6º. Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Para el cálculo de la UPC se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes elementos:

1. Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda;

2. Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados;

3. Tasas de cambio;

4. Tasas de interés;

5. Los demás que sean necesarios.

6. Adicionalmente, como mínimo los siguientes factores de ajuste de riesgo:

I. Sexo,

II. Edad,

III. Carga;

IV. Gestión de la enfermedad reflejada en el costo promedio de los afiliados, ubicación geográfica y situación laboral; siempre y cuando se demuestre que cada una de las variables incide en la suficiencia de la UPC.

Parágrafo 1º. El Comité velará por la actualización de los parámetros de los factores de ajuste que incluyan los cambios tendenciales asociados a cada factor y los elementos de política pública.

Artículo 7º. Esquema de datos abiertos para el SGSSS. Para promover la transparencia y adecuada toma de decisiones en el SGSSS, las entidades estatales implementarán medidas regulatorias y dispondrán de los recursos tecnológicos para que todos sus actores accedan a la información del Sistema en tiempo real, de acuerdo a sus competencias. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de las Tecnologías, información y Comunicaciones, fortalecerá la plataforma de inscripción en línea de facturación, y su interoperabilidad que permitirá identificar de manera clara cada una de las fuentes de los recursos de salud; y establecer los costos reales de la prestación del servicio de salud en las redes propias y de terceros, al nivel de cada paciente del sistema, de forma que se pueda rastrear el uso y correcta ejecución de los recursos del sistema. Este registro utilizará los principios de la facturación electrónica y permitirá identificar con precisión la base para definir la suficiencia de la UPC, los excesos de consumo y los valores de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.

Artículo 8º. Operaciones mercantiles en el marco del SGSSS. Adíjuese un párrafo al artículo 3º de la Ley 2024 de 2020, en el siguiente sentido: “Parágrafo 2º: En las operaciones mercantiles que se realicen en el marco del SGSSS, los proveedores y prestadores de servicios de salud deberán radicar las facturas de los servicios prestados en un plazo máximo de tres (3) meses siguientes a la fecha de la finalización de la prestación del servicio. La Superintendencia Nacional de Salud deberá verificar el cumplimiento de esta disposición e imponer las sanciones por su incumplimiento”.

Artículo 9º. Elementos de Control. Serán elementos de control y seguimiento del informe del Comité de Expertos los siguientes:

a) **Publicidad: El acto administrativo** que define año a año el valor de la UPC y el que modifican los servicios de salud asumidos con cargo a la UPC, deberá ser conocido y comentado por la ciudadanía según lo establecido en los lineamientos de técnica normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social, en un término no inferior a 30 días calendario.

b) **Revisión periódica:** El Comité de Expertos que define la UPC, se reunirá por lo menos dos (2) veces adicionales durante el año, en los meses de mayo y septiembre para revisar que la definición de la UPC y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC sean suficientes. Este comité podrá adoptar los reajustes correspondientes para el periodo restante siempre que se evidencien y prueben situaciones no previstas al inicio del año y que afecten de manera sustancial las variables de cálculo inicial, ajustado al Marco Fiscal de Mediano Plazo del sector salud.

c) **Veeduría y transparencia:** Las Comisiones VII de la Cámara y del Senado convocarán en sesión conjunta a los actores del SGSSS y demás entidades

pertinentes, durante el segundo semestre de cada año para analizar la situación financiera del sector salud, la suficiencia y dinámica de flujo de los recursos destinados al sistema, así como la calidad del servicio prestado. Del resultado de dichas sesiones elaborará recomendaciones oportunas a los actores, prestadores y al Gobierno nacional para que adopten las medidas pertinentes.

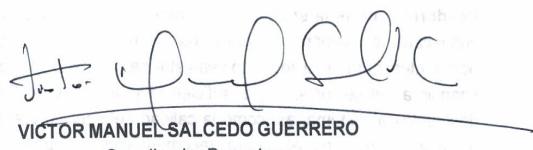
Artículo 10. Mecanismo de cobertura y pago. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dispondrán un mecanismo de cobertura y pago, con recursos adicionales a la UPC y/o Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC, con cargo al Presupuesto General de la Nación, para asumir de manera excepcional el aumento en la siniestralidad, así como los mayores costos en salud de las enfermedades, huérfanas y otras tecnologías de alto valor. Dicho mecanismo establecerá el tope máximo de siniestralidad, a partir del cual, las tecnologías y servicios en salud que lo excedan serán asumidos directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la modalidad de pago directo, velando por la sostenibilidad del SGSSS y el flujo de recursos a los diferentes actores. El Gobierno nacional reglamentará las condiciones de funcionamiento y administración de dicho mecanismo en los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo 11. Sanciones. El incumplimiento de lo dispuesto en la presente constituirá una falta gravísima, y acarreará las sanciones, penales y disciplinarias a que haya lugar, sin perjuicio del ejercicio de veeduría ciudadana a que haya lugar contra el funcionario que incumpla esta ley.

Artículo 12. Formación e Investigación en Parámetros Técnicos en Seguridad Social. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Relaciones Exteriores, en armonía con lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley 2136; fomentarán la formación e investigación en áreas de la economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social; con el fin de contar con el capital humano suficiente para el análisis y adecuado manejo de recursos y toma de decisiones en materia del Presupuesto del Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 13. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su sanción y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,



VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO
Coordinador Ponente