



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - N° 1348

Bogotá, D. C., lunes, 21 de septiembre de 2026

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 16 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.



Comisión Séptima Constitucional Permanente

CSP-CS- 0959-2026
Bogotá D.C., 21 de septiembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Doctora
LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República
E. S. D.

ASUNTO: Publicación en la Gaceta del Congreso informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No 016/2026 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN FINANCIERA Y DE FLUJO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Respetado Secretario,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, y teniendo en cuenta lo dispuesto en artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, remito a su Despacho en medio electrónico para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, la siguiente ponencia, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE**NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY:** 016/2026 Senado**TÍTULO:** "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN FINANCIERA Y DE FLUJO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".**INICIATIVA:** H.S. NORMA HURTADO SÁNCHEZ, H.R VICTOR MANUEL SALCEDO, LUIS ALFONSO CHÁVEZ.**RADICADO: EN SENADO:** 21-07-2026**EN COMISIÓN:** 11-08-2026**EN CÁMARA:** XX-XX-202X

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA
15Art	952/2026							

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
NORMA HURTADO SANCHEZ	PONENTE ÚNICA	PARTIDO DE LA U

NÚMERO DE FOLIOS: CUARENTA Y TRES (43)
RECIBIDO EL DÍA: 20 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 21:27 PM

Atentamente,

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General Comisión Séptima

Proyecto: Daniela Ortiz
Revisó y aprobó: Alfredo José Moisés López -Secretario General

¡AQUI VIVE LA DEMOCRACIA!

Edificio Nuevo del Congreso
Carrera 7 No. 8-68 Oficina 2418
Teléfonos: 382464/68/69/73.
comision.septima@senado.gov.co

V.1



Bogotá D.C., septiembre de 2026

Presidente
ANDRÉS FORERO MOLINA
Presidente de la Comisión Séptima Constitucional.
Ciudad

Asunto: Informe de ponencia positiva para primer debate en el Senado de la República. Proyecto de Ley 016 de 2026 Senado "Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

Respetado señor Presidente,

En cumplimiento del honoroso encargo que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, el 13 de agosto de 2026, y en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 art. 150, 153 y 156, en mi calidad de ponente, me permito radicar informe de ponencia positiva al proyecto descrito en el asunto.

Cordialmente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los honorables Senadores del Senado de la República y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, el informe de ponencia se desarrollará en el siguiente orden: I. Trámite del Proyecto de Ley II. Objeto y contenido del Proyecto de Ley. III. Exposición de motivos y consideraciones de los ponentes. IV. Marco constitucional, legal y normativo. V. Pliego de Modificaciones. VI. Impacto Fiscal. VII. Conflicto de intereses. VIII. Proposición. IX. Texto Propuesto. I. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY. El Proyecto de Ley No. 016 de 2026 Senado <i>"Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"</i>, fue radicado el 21 de julio de 2026 por la Senadora Norma Hurtado, en compañía de los Congressistas Víctor Manuel Salcedo, Luis Alfonso Chávez, fue publicado en la Gaceta del Congreso No. 962 de 2026 y la Secretaría General remitió por reparto a la Comisión Séptima Constitucional permanente del Senado de la República el 11 de agosto de 2026; de esta forma la Senadora Norma Hurtado Sánchez fue designada como ponente para primer debate, mediante oficio CSP-CS- 0764 - 2026; posteriormente, el día 31 de agosto, fue autorizada una prórroga mediante oficio CSP-CS-832-2026. II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO El presente Proyecto de Ley tiene por objeto adoptar medidas orientadas a mejorar la situación financiera y el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la utilización, redistribución y optimización de recursos disponibles y excedentes del sector, el establecimiento de mecanismos para generar liquidez y el fortalecimiento de instrumentos destinados al saneamiento de pasivos de las entidades que participan en el sistema, con el propósito de contribuir a garantizar la prestación continua y oportuna de los servicios de salud y la efectividad del derecho fundamental a la salud de los habitantes del territorio nacional. En este sentido, la iniciativa busca atender las dificultades asociadas a la acumulación de obligaciones y pasivos dentro del sistema de salud y a las restricciones de liquidez que afectan a sus distintos actores, particularmente a las Empresas Sociales del Estado (ESE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y demás entidades que participan en la financiación y prestación de los servicios. Para ello, se propone habilitar el uso de recursos que actualmente presentan excedentes, saldos no comprometidos o destinaciones susceptibles de optimización, bajo reglas que permitan orientarlos al saneamiento de obligaciones y al fortalecimiento de la capacidad financiera de las entidades, priorizando aquellas acreencias vinculadas con el talento humano en salud y con la continuidad de la prestación de los servicios.	CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY El Proyecto de Ley desarrolla su objeto mediante un conjunto de medidas dirigidas a sanear las obligaciones pendientes del sector salud, generar liquidez para sus diferentes actores, optimizar el uso de recursos públicos disponibles y fortalecer los mecanismos de flujo de recursos hacia los prestadores de servicios de salud. En primer lugar, el proyecto establece reglas para la utilización de recursos excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado. Estos recursos podrán ser destinados, de manera priorizada, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE), incluyendo el pago de deudas laborales del talento humano en salud; a la cofinanciación del esfuerzo propio de las entidades territoriales para el Régimen Subsidiado; a la atención de la población pobre no asegurada y de la población migrante; al pago de pasivos de las ESE y al mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de prestadores. En segundo lugar, se dispone el uso de los recursos excedentes derivados del saneamiento de aportes patronales correspondientes a vigencias anteriores, ordenando su giro a la ADRES y estableciendo su posterior distribución entre departamentos y distritos. Estos recursos deberán orientarse prioritariamente al saneamiento de deudas laborales y del talento humano en salud de las ESE y, cuando estas obligaciones no existan, al pago de servicios y tecnologías en salud prestados a población migrante no afiliada y a población pobre no cubierta con subsidios a la demanda. En tercer lugar, el proyecto contempla la utilización de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar para contribuir al saneamiento fiscal y financiero de las ESE y al pago de sus pasivos, así como para atender determinadas obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud a población no afiliada al Régimen Subsidiado. En cuarto lugar, se establecen mecanismos para otorgar liquidez inmediata al sector salud a través de la subcuenta de Garantías de la ADRES. Entre estos mecanismos se encuentran la compra de cartera a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con prioridad para las entidades públicas; el otorgamiento de garantías para créditos con la banca comercial o de segundo piso; la posibilidad de efectuar determinadas operaciones de crédito de manera directa y la estructuración de líneas de crédito blando con tasas compensadas. En quinto lugar, se habilita el uso de determinados recursos territoriales excedentes del sector salud, incluidos saldos no comprometidos de recursos de oferta del Sistema General de Participaciones y recursos provenientes de estampillas, para el pago de deudas por prestación de servicios de salud, la atención de urgencias de población migrante no afiliada y cuando corresponda, el saneamiento fiscal y financiero de las ESE. En sexto lugar, el proyecto establece reglas dirigidas a proteger y priorizar la financiación del Régimen Subsidiado, disponiendo que el esfuerzo propio de las entidades territoriales no podrá disminuir, salvo que se acredite una insuficiencia de recursos, y estableciendo que el pago de la Unidad de Pago por Captación de los afiliados al Régimen Subsidiado tendrá prioridad sobre los demás gastos en salud de las entidades territoriales. En séptimo lugar, se establece un procedimiento para financiar proyectos de saneamiento fiscal y financiero de las ESE con cargo a recursos de regalías, tomando como soporte las cuentas por pagar y las obligaciones relacionadas con el talento humano, proveedores y atención de población no afiliada al Régimen Subsidiado. Estos proyectos serán estructurados por las respectivas entidades territoriales y tendrán la naturaleza de proyectos de inversión. En octavo lugar, se establece un mecanismo de reconocimiento y certificación de las deudas del sistema de salud. Los pagadores, incluida la ADRES, deberán auditar las cuentas pendientes y certificar periódicamente los recursos a pagar, independientemente de la liquidez disponible, de manera que dichas certificaciones puedan servir como respaldo para la generación de liquidez mediante mecanismos de financiación. En noveno lugar, se dispone la utilización de recursos remanentes de patrimonios autónomos provenientes de liquidaciones de entidades del sector salud y protección social, cuando estos no sean requeridos para atender acreencias calificadas, para el saneamiento de pasivos derivados de servicios de salud prestados por IPS a • Priorización del talento humano: Se establece que, en cualquier proceso de saneamiento de pasivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) financiado con estos saldos, el pago de las deudas laborales con los trabajadores de la salud es una prioridad absoluta e irrenunciable. • Atención a población migrante: Se formaliza el uso de excedentes para cubrir las deudas derivadas de la atención de urgencias a la población migrante no asegurada, aliviando la carga financiera de los departamentos y distritos. • Flexibilidad en la cofinanciación: Se permite cubrir el esfuerzo propio territorial independiente de su vigencia de causación, garantizando que las entidades territoriales puedan ponerse al día con sus aportes al sistema de aseguramiento. Al eliminar las barreras administrativas para el uso de estos saldos, el proyecto busca inyectar liquidez inmediata a la red pública hospitalaria, asegurando que los recursos "atrapados" en las cuentas maestras cumplan su fin constitucional de garantizar el derecho fundamental a la salud. 2. Redistribución de recursos del Situado Fiscal y el Sistema General de Participaciones (SGP) Históricamente, los recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones han sido una fuente clave para la financiación del sistema de salud, específicamente para los aportes de seguridad social del personal de hospitales públicos. Sin embargo, la falta de una conciliación precisa entre los montos girados y los costos reales de nómina ha generado excedentes que permanecen sin ejecutar. Este proyecto de ley propone una reorientación de estos saldos hacia la mejora de la cobertura y la calidad de los servicios de salud, priorizando a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, quienes presentan mayores riesgos de salud y limitaciones en el acceso. La necesidad de esta medida se sustenta en la existencia de importantes saldos que han quedado atrapados en el flujo financiero por falta de saneamiento de aportes patronales. De acuerdo con los conceptos técnicos remitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se han identificado recursos pendientes de ejecución por un valor total significativo que incluye: • \$18.900 millones correspondientes a las vigencias 1994-2011, que se encuentran en poder de las entidades territoriales sin haber sido ejecutados. • \$23.100 millones bajo administración de la ADRES, también de las vigencias 1994-2011, pendientes de un mecanismo de distribución. • \$46.096 millones adicionales correspondientes al proceso de saneamiento de las vigencias 2012-2016. En cumplimiento de la Ley 2294 de 2023 (Plan Nacional de Desarrollo), este proyecto busca armonizar la legislación para que estos recursos no solo se limiten a saldos en poder de las administradoras de pensiones o EPS, sino que incluyan explícitamente aquellos recursos que ya se encuentran en las Empresas Sociales del Estado (ESE) o en las propias Entidades Territoriales. Prioridades de Inversión Bajo la nueva orientación propuesta por el Ministerio de Salud, los recursos de estas vigencias anteriores se destinarán obligatoriamente a: 1. Pago de deudas por servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. 2. De no existir deudas por el concepto anterior, se autoriza su uso para el saneamiento de deudas laborales y con el talento humano en salud de las ESE.
--	---

Esta redistribución no genera nuevos gastos públicos, sino que optimiza el uso de recursos parafiscales que ya pertenecen al sector salud, dotando de liquidez a los hospitales públicos y garantizando que los saldos históricos de nómina contribuyan finalmente a la sostenibilidad operativa del sistema. 3. Utilización de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar Las rentas cedidas y los monopolios de actividades como los juegos de suerte y azar son mecanismos de financiamiento tradicionales en el sector salud, derivados de la potestad constitucional del Estado para reservarse ciertas actividades económicas con fines sociales. Aunque estos recursos han sido útiles para el sector, permanecen saldos de vigencias recientes (2022 a 2024) que podrían ser utilizados sin comprometer la sostenibilidad del régimen subsidiado ni el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS. Este proyecto de ley busca maximizar el uso de estos recursos, especialmente en áreas donde la financiación del régimen subsidiado es insuficiente y afecta la atención y cobertura de los servicios básicos de salud. La intervención legislativa se hace necesaria ante la identificación de importantes recursos que no han sido programados ni ejecutados efectivamente. Según los conceptos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a la vigencia actual, se han detectado los siguientes saldos: • \$128.001 millones correspondientes a la ejecución acumulada de la vigencia 2023. • \$106.832 millones que se encuentran en cabeza de las entidades territoriales sin programación de ejecución para el año 2024. Estos recursos representan una oportunidad de liquidez inmediata para el sistema, permitiendo que fondos que hoy se encuentran estancados en las cuentas territoriales se transformen en servicios efectivos para la población. Si bien leyes anteriores como la Ley 1608 de 2013 y la Ley 1797 de 2016 habilitaron el uso de estos excedentes para infraestructura y saneamiento, el marco vigente contempla procedimientos que han perdido aplicación práctica o que resultan insuficientes frente a la crisis actual. Por lo tanto, el presente proyecto propone un ajuste integral para reorientar estos saldos hacia: 1. El pago de deudas por servicios y tecnologías en lo no cubierto con subsidios a la demanda. 2. La cofinanciación de la atención de urgencias a la población migrante no asegurada, aliviando la presión financiera en zonas de frontera y grandes centros urbanos. 3. El saneamiento de pasivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE), asegurando su operación continua. Finalmente, acogiendo las recomendaciones técnicas de MinSalud, el proyecto establece que los excedentes determinados a partir de la vigencia 2024 y posteriores permanezcan bajo la administración de la ADRES. Esta medida garantiza que los recursos se centralicen para la financiación del aseguramiento en salud de manera más ágil, evitando la fragmentación de los saldos y asegurando que su uso guarde total armonía con las necesidades globales de sostenibilidad del sistema. 4. Reactivación de mecanismos financieros a través de la ADRES De conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional (Sentencia C-252 de 2020), se ratifica la administración de los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) por parte de la ADRES, lo que habilita la operación de mecanismos de compra de cartera y otorgamiento de garantías financieras. El presente proyecto de ley busca potenciar estos	instrumentos mediante una asignación prevista de \$100.000 millones de pesos para fortalecer financieramente al sector, asegurando que los saldos disponibles se transformen en liquidez inmediata para los prestadores. Este esquema optimiza el flujo de recursos mediante la compra de cartera reconocida y certificada, estableciendo una prioridad legal para las Empresas Sociales del Estado (ESE) y aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cuya facturación dependa en más de un 70% de la atención a usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para garantizar la sostenibilidad del mecanismo, la operación se respalda con descuentos directos sobre el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS, los cuales tendrán un límite técnico del 3% de la UPC anualizada, evitando así cualquier afectación a la financiación del aseguramiento básico. Asimismo, se habilita la compensación de tasas y el otorgamiento de garantías para acceder a líneas de crédito blando con la banca de segundo piso (como Findeter) y comercial, permitiendo que las IPS y proveedores reduzcan su dependencia de financiamiento comercial oneroso y alivien su flujo de caja. Al consolidar a la ADRES como pagador en la fuente y facilitador de garantías, el proyecto elimina barreras administrativas históricas, logrando que la red prestadora cuente con pagos adelantados y garantizados que aseguren una operación hospitalaria eficiente y sostenible en el largo plazo. 5. Asignación de recursos de regalías hacia el sector salud Las regalías han sido tradicionalmente distribuidas entre diversos sectores, pero su impacto en salud ha sido limitado. En muchas ocasiones, los recursos no han sido aplicados a programas de salud, lo que ha privado al sistema de un financiamiento valioso. Con esta iniciativa se propone que las regalías se destinen a programas específicos de saneamiento fiscal y financiero en las Empresas Sociales del Estado (ESE), quienes, en muchos casos, presentan una situación crítica en términos de infraestructura, personal y recursos operativos. Esto no solo optimizará el uso de estos fondos, sino que también fortalecerá la atención en las áreas rurales y de difícil acceso, donde el Estado tiene un compromiso prioritario en garantizar la salud pública. Para superar los obstáculos técnicos que históricamente han impedido el uso de regalías en el sector, el presente proyecto de ley introduce un cambio de paradigma administrativo: los proyectos orientados al saneamiento de pasivos de las ESE serán considerados legalmente como proyectos de inversión. Esta disposición permite que las entidades territoriales puedan estructurar y presentar iniciativas ante el Sistema General de Regalías cuyo objeto principal sea el pago de acreencias, siempre que estas se deriven de la atención prestada a la población no afiliada al régimen subsidiado. La medida contempla la creación de un procedimiento expedito definido por el Gobierno nacional, diseñado para agilizar el flujo de recursos hacia la red prestadora. El soporte técnico de estos proyectos radicará en las cuentas por pagar y las partidas contables del pasivo, estableciendo una prioridad absoluta en el pago al talento humano en salud y a los proveedores de insumos esenciales. Bajo este esquema, se otorga autonomía a las entidades territoriales para la estructuración de los proyectos, imponiendo al mismo tiempo la obligación de garantizar la consistencia de las facturas y la correcta aplicación de los fondos. De esta manera, el proyecto asegura que los recursos de las regalías no solo financien obras de infraestructura física, sino que se conviertan en una herramienta de oxigenación financiera inmediata para estabilizar la operación de los hospitales públicos, protegiendo así la prestación continua de los servicios de salud en las regiones más vulnerables del país. 6. Implementación de un mecanismo de certificación de deudas El mecanismo de certificación de deudas resulta esencial para agilizar las transacciones comerciales y crediticias entre los diferentes actores del sistema de salud. Al certificar la existencia de cuentas por cobrar, se
otorga a los prestadores y proveedores un respaldo financiero que facilita el acceso a créditos y líneas de financiamiento necesarias para su operación diaria. Este sistema aporta mayor liquidez y estabilidad al sector, permitiendo una operación continua de las IPS, quienes podrán mantener la prestación de sus servicios sin interrupciones. Para que este sistema sea efectivo, el proyecto establece que todos los pagadores de servicios de salud, incluyendo de manera explícita a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), tendrán la obligación de realizar auditorías periódicas y certificar los recursos a pagar. Estas certificaciones se producirán con cortes trimestrales y deberán generarse de oficio, incorporando todas las facturas radicadas que cumplan con los requisitos legales de prestación efectiva del servicio, con independencia de la liquidez que posea el pagador en ese momento. De acuerdo con las observaciones técnicas del Ministerio de Salud, la importancia de este mecanismo radica en su capacidad para brindar seguridad jurídica a las Entidades Responsables de Pago (ERP) y a los prestadores. Al formalizar el reconocimiento de la deuda, estas certificaciones —expedidas por el representante legal y el responsable de auditoría— podrán servir como garantía idónea para que las IPS accedan a operaciones de crédito público, financiamiento privado o mecanismos de liquidez administrados por la ADRES. Este sistema busca corregir la asimetría de información que hoy impide que la cartera de los hospitales fluya eficientemente en el mercado financiero. Al contar con un título de deuda certificado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) podrán reducir su exposición al riesgo de mora, facilitando la obtención de recursos inmediatos para cumplir con sus obligaciones operativas, especialmente el pago prioritario de salarios y honorarios del personal de salud. 7. Pago de saldos insolutos a las IPS por EPS en proceso de liquidación El apartado sobre el pago de saldos insolutos a las IPS por EPS en proceso de liquidación constituye una de las medidas de mayor urgencia técnica del proyecto de ley, debido al impacto sistémico que genera el "estancamiento" de recursos en entidades que han concluido su existencia legal. Cuando una EPS entra en liquidación, se suspende el flujo normal de recursos, y las IPS (hospitales y clínicas) quedan sujetas a la capacidad de pago de la masa liquidatoria. Históricamente, muchas EPS terminan su proceso liquidatorio dejando saldos insolutos (deudas no pagas) debido a que los activos no alcanzan para cubrir todos los niveles de relación. El proyecto identifica que este déficit de pago deteriora la calidad del servicio y puede llevar al cese de operaciones de los prestadores por falta de liquidez. El proyecto de ley establece un mecanismo para movilizar recursos que hoy no fluyen eficientemente. Sus puntos clave son: • Uso de activos remanentes: Se autoriza el uso de recursos de los patrimonios autónomos o mandatos de activos remanentes que no se requieran para pagar acreencias calificadas (aquellas ya protegidas por la ley). • Destinación específica: Estos saldos deben usarse exclusivamente para el saneamiento de pasivos derivados de servicios de salud que fueron reconocidos pero no pagados durante el proceso de liquidación. • Base de distribución: El reparto de estos fondos se hará con base en la información de facturas pendientes que remita la Superintendencia Nacional de Salud y que coincidan con los estados financieros de las IPS beneficiarias. La documentación remitida por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y el MinSalud aporta una visión crítica para la implementación de esta medida:	• Inexistencia de patrimonios autónomos: La Supersalud informó que, en la mayoría de las liquidaciones actuales, no se ha acudido a la constitución de patrimonios autónomos. En su lugar, se utiliza la figura del mandato a cargo de personas naturales. Por tanto, la ley debe ajustarse para incluir los recursos en poder de estos mandatarios. • Falta de inventario centralizado: La autoridad manifestó que no cuenta con un inventario actualizado y centralizado de estos recursos al cierre de cada vigencia, ya que la información está fragmentada en cada mandato individual. • Caso de éxito (Comfamiliar Huila): Como evidencia de la utilidad de la medida, el mandato de la liquidada EPS Comfamiliar Huila reportó que, a mayo de 2026, posee \$21.574 millones de pesos efectivamente recuperados y no utilizados, disponibles para ser redirigidos al pago de acreencias certificadas del sector público y privado. El proyecto y los conceptos técnicos de MinSalud subrayan que el uso de estos remanentes debe respetar estrictamente el orden de prelación de créditos. Una vez cubiertos los gastos de administración y los créditos excluidos de la masa, los recursos recuperados por los mandatarios deben fluir hacia las IPS, permitiendo una oxigenación financiera que hoy es impedida por barreras administrativas. Esta medida busca que el dinero que las EPS liquidadas logran recuperar después de su cierre (por recobros o sentencias judiciales) no se quede inactivo en cuentas bancarias de mandatos, sino que sea girado de inmediato a las IPS que efectivamente prestaron el servicio, garantizando que el usuario final no vea interrumpida su atención por deudas históricas del sistema. 8. Simplificación de los pagos derivados del SOAT Actualmente, el pago de los siniestros cubiertos por el SOAT se distribuye entre tres entidades: la ADRES, la compañía aseguradora y la EPS correspondiente. Esta división genera demoras en los pagos y complejidad administrativa, afectando directamente la liquidez de los prestadores de servicios. Este proyecto de ley propone simplificar este proceso, estableciendo que las compañías aseguradoras cubran los pagos hasta 800 SMLDV (o su equivalente en UVT según el rango de riesgo), mientras que los excesos serán cubiertos por las EPS, facilitando así la operación y optimizando el flujo de recursos. La norma pretende corregir lo que se considera un retroceso administrativo en el sistema. Antes de la expedición del Decreto Ley 019 de 2012, el pago ya se dividía entre tres entidades, pero dicha norma logró simplificar el proceso a solo dos actores: la aseguradora y la EPS frente al exceso de cobertura. La configuración actual ha vuelto a fragmentar el flujo, obligando a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) a gestionar cobros ante tres ventanillas diferentes por un mismo accidente. La experiencia operativa demuestra que el fraccionamiento de las cuentas de servicios en valores menores, que se consumen rápidamente en accidentes graves, resulta en un desgaste administrativo oneroso tanto para las IPS como para las víctimas. Al retornar a un esquema de dos pagadores, se reconoce la eficiencia y agilidad del sector asegurador, permitiendo que la factura fluya sin las barreras que hoy impone la intervención de la ADRES como tercer pagador en siniestros de vehículos asegurados. Se establece explícitamente que los servicios de salud que excedan el tope a cargo de la aseguradora serán asumidos por la EPS de la víctima, pero financiados mediante la contribución del SOAT. Para tal fin, la ADRES definirá un procedimiento expedito de cobro y giro que garantice que la EPS reciba los recursos necesarios para cubrir estas atenciones, protegiendo así la estabilidad financiera de las aseguradoras de salud y garantizando que la víctima no vea interrumpido su tratamiento médico. Finalmente, el proyecto armoniza los montos de indemnización con los decretos más recientes, como el Decreto 2497 de 2022 y el Decreto 2644 de 2022, que establecieron rangos diferenciales por riesgo y expresaron las

coberturas en Unidades de Valor Tributario (UVT). Esto evita que la ley quede desactualizada ante ajustes futuros y garantiza que el sector salud cuente con un marco jurídico robusto que promueva la eficiencia y la transparencia en la atención de accidentes de tránsito.

1. Redistribución de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC)

El FOSFEC, creado por la Ley 1438 de 2011, se destinó en su momento a apoyar al sector salud, aunque posteriormente fue redirigido a otros fines mediante la Ley 1636 de 2013. Este proyecto propone que los saldos no ejecutados de este fondo sean reorientados nuevamente hacia el sistema de salud, aportando al financiamiento de la cadena productiva de este sector y maximizando el uso de estos recursos para cubrir las necesidades actuales del sistema.

Establecemos la posibilidad de destinar los recursos no ejecutados del Fondo de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) para el saneamiento de pasivos en el sector salud, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera de las Cajas de Compensación Familiar en su rol de aseguramiento y prestación de servicios de salud.

Durante un periodo de cinco años, se habilitaría el uso de hasta el 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, así como de los saldos no ejecutados del FOSFEC al 31 de diciembre de 2024 y los saldos no ejecutados al cierre de cada anualidad. Dichos recursos podrán destinarse a los siguientes fines:

1. Fortalecimiento patrimonial de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que operan como programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar.
2. Fortalecimiento patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que funcionan como programas de salud de las Cajas y/o capitalización de aquellas en las que las Cajas tengan participación accionaria.
3. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud, incluidos los pasivos laborales y de talento humano en salud, en los programas de aseguramiento, prestación de servicios y gestión farmacéutica.
4. Reconocimiento y pago de cuentas por cobrar de las IPS y/o gestores farmacéuticos que operan como programas de salud de las Cajas y que registren obligaciones con EPS en las que éstas tengan participación accionaria. Dichas cuentas deberán estar debidamente radicadas, auditadas, conciliadas y reconocidas. En estos casos, la EPS deudora estará obligada a ejecutar estos recursos sin situación de fondos, realizándose el giro directamente desde el FOSFEC a los programas de salud.
5. Saneamiento de pasivos netos de liquidación de los programas de aseguramiento en salud en el régimen contributivo y/o subsidiado, que hayan sido liquidados o estén en proceso de liquidación, en favor de los demás programas autosostenibles de las Cajas.
6. Saneamiento de pasivos acumulados antes del perfeccionamiento de la escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar.
7. Pago de créditos excluidos de la masa de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, incluyendo aquellos reconocidos en favor de ADRES, la Cuenta de Alto Costo, los usuarios por prestaciones económicas y otros determinados por el liquidador.
8. Cobertura de gastos de administración asociados a los procesos de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, conforme a la normativa vigente.

La compleja situación financiera del Sistema de Salud, derivada del deterioro en el flujo y la suficiencia de recursos de la UPC y los presupuestos máximos ha tenido un efecto sistémico, y ha afectado el equilibrio

financiero de los programas de salud de las Cajas en sus roles de aseguramiento como EPS, la prestación de servicios de salud como IPS y la gestión farmacéutica.

Ante la crisis financiera y el déficit de recursos en el sector salud, que no presenta señales de mejora a corto plazo, es fundamental identificar mecanismos de liquidez que garanticen la continuidad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Por consiguiente, es necesario mitigar el impacto patrimonial en las Cajas, asegurando recursos para el saneamiento de pasivos, el pago de las cuentas por cobrar que mantienen las EPS, de las cuales son accionistas, en el propósito de proteger los recursos del Sistema de Subsidio Familiar.

Por lo anterior se hace necesario utilizar los recursos del Fondo de Fomento al Empleo y Protección al Cesante – FOSFEC como se hizo en el pasado reciente con las leyes 1753 de 2015, 1797 de 2016 y 1929 de 2018 que permitieron su destinación al saneamiento de pasivos en materia de salud y cumplimiento de condiciones financieras del aseguramiento en salud. Como referente, es pertinente señalar que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 46 definió la destinación de ¼ de punto del subsidio familiar para atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, que posteriormente fueron incorporados a la financiación del FOSFEC mediante la Ley 1636 de 2013.

Para mayor entendimiento debe recordarse que el Fondo de Fomento al Empleo y Protección al Cesante - FOSFEC se crea en el 2013 como la fuente de recurso de las CCF para atender al Mecanismo de Protección al Cesante. De acuerdo con lo establecido en la normativa el fondo se constituye por las siguientes fuentes:

1. La diferencia por el valor del 55% de los mayores de 18 años. Constituye el 8% del Fondo.
2. Valor del porcentaje no ejecutado por sostenimiento de la Superintendencia del Subsidio Familiar - SSF. Constituye el 3% del Fondo.
3. Porcentaje en que se reduzcan los gastos de administración. Constituye el 15% del Fondo.
4. Porcentaje según cociente particular de Caja (entre el 1 y 3 dependiendo del cociente). Constituye el 17% del Fondo.
5. Multas impuestas por la SSF a la corporación (art. 24, ley 789 /02, vi) Los rendimientos financieros diferentes de microcréditos. Constituye el 11% del Fondo.
6. Los recursos del artículo 46 ley 1438 de 2011 (destinación de un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal. Constituye el 46% del Fondo.

Así las cosas, la ejecución del FOSFEC responde a una normativa compleja, con diversas restricciones y en función del comportamiento de los mercados laborales regionales. Es por esto por lo que a junio de 2024 se cuenta con saldos no ejecutados de \$776.686 mil millones, de los cuales el 51% está concentrado en tres Cajas que tienen la mayor disponibilidad de recursos y se encuentran ubicadas en las ciudades con menor tasa de desempleo (Bogotá con 9,9% y Medellín con 9,0%), y por lo tanto menos demanda en el uso del fondo. En este sentido, es importante resaltar que el uso de los saldos del FOSFEC con destino a salud no afecta el funcionamiento del fondo para los fines específicos del mismo, es decir, no tendría ningún compromiso sobre los temas actuales en la política de empleo.

Por otro lado, utilizar hasta el 40% de los recursos que provienen del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, significa utilizar hasta el 19% del total del Fondo. Actualmente la ejecución de los recursos recaudados es del 79%, por lo tanto, es posible que las Cajas que lo requieran transfieran el 19% para los fines de salud sin afectar a los beneficiarios de los programas de empleo.

Ante las medidas de intervención de las EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, motivadas entre otros aspectos por el deterioro de los indicadores financieros y de solvencia, comprometidos por la crisis financiera del Sistema de Salud, que puede llegar a afectar el acceso a los servicios de salud y por tanto el

patrimonio de los trabajadores en las Cajas de Compensación Familiar, es necesario contar con una disposición legal que permita el uso de estos recursos por las mismas Cajas de Compensación Familiar sin que ello implique asignaciones del Presupuesto General de la Nación ni de otras fuentes distintas.

En el caso de las cuentas por cobrar de los programas de Salud de las Cajas de Compensación Familiar que tienen con los diferentes pagadores del Sistema de Salud, a corte junio 2024, ascienden a \$1.3 billones de pesos de los cuales el 93% corresponden a EPS del contributivo y/o subsidiado en operación, gran parte de estas se encuentran con medida de intervención forzosa para administrar.

Tabla 1. Cuentas por cobrar de los programas de Salud de las Cajas de Compensación Familiar a los diferentes pagadores del Sistema de Salud, corte junio 2024. (cifras en miles de pesos)

Cartera por Tipo de Deudor Corte a junio de 2024	Corriente	0-30 días	31-60 días	61-120 días	121-180 días	181-365 días	Mile de 365 días	Totales	%
Saldo de cartera con EPS del RC y RS en operación	480.517.067	120.406.580	94.587.169	90.378.822	71.211.213	207.083.678	228.704.518	1.292.888.955	93.0%
Saldo de cartera con Otras Entidades	9.222.298	3.288.318	1.712.212	1.041.584	2.284.676	2.371.986	6.446.737	26.368.410	1.9%
Saldo de cartera con EPS liquidadas						60.552	24.095.181	24.155.733	1.7%
Saldo de cartera con Entidades de Regímenes Especiales y de Excepción	9.280.507	1.225.244	1.542.123	779.809	1.106.013	887.923	3.203.697	18.025.317	1.3%
Saldo de cartera con ADRES	5.181.168	254.056	388.900	574.415	1.303.728	1.917.400	7.194.443	16.824.111	1.2%
Saldo de cartera con IPS y Prestadores de Servicios de Salud	1.765.933	127.409	238.893	166.949	520.359	128.976	1.029.825	3.978.344	0.3%
Saldo de cartera con UNGRD	329.826				11.158	3.405.406	3.746.389	3.746.389	0.3%
Saldo de cartera con EPS en liquidación	1.475		554	1.929	119	560	3.132.661	3.137.298	0.2%
Saldo de cartera con Entidades Territoriales	95.851	12.775	23.145	78.471	175.164	23.887	1.044.881	1.454.174	0.1%
Total Cartera	506.394.115	125.314.382	98.503.534	83.021.950	76.601.73	212.486.18	278.257.348	1.390.578.731	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de las Cajas

Por otra parte, las necesidades para saneamiento de pasivos de los programas de salud de EPS, IPS y/o gestores farmacéuticos superan los \$1.5 billones de pesos, como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 2 . Necesidad de recursos para el saneamiento de pasivos de los programas de salud de las CCF a diciembre 2023. (cifras en miles de pesos)

Cuentas por pagar	Valor en pesos	%
Cuentas por pagar de programas en liquidación de aseguramiento	\$ 721.872.081	49%
Cuentas por pagar correspondientes a CCF IPS	\$ 479.753.621	32%
Cuentas por pagar de programas activos de aseguramiento	\$ 278.685.562	19%
TOTAL	\$ 1.480.311.264	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la Superintendencia del Subsidio Familiar. Incluye IPS Panamericana en Antioquia, de la cual Confama es accionista.

Frente a los procesos de liquidación de los programas de aseguramiento del Régimen Subsidiado y/o Contributivo, la Ley 100 de 1993 en su artículo 181 literal c, contempló que las Cajas de Compensación Familiar, ya fuese por convenio o por preexistencia de un programa de salud, fueran autorizadas como Entidades Promotoras de Salud. Así mismo en el artículo 217 Ibidem, señaló las condiciones para la participación de las Cajas de Compensación en el Sistema del General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 240 Ley 100 de 1993 y las directrices señaladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar mediante circular externa 035 de 1995, las cajas de compensación familiar podían prestar el servicio de salud bajo la modalidad de régimen contributivo o subsidiado.

Es esencial hacer hincapié en el Decreto 2702 de 2014, por medio del cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Así, en su artículo 2º, relativo a su alcance y ámbito de aplicación, estatuye que las Cajas de Compensación Familiar que operen en programas de salud deberán manejar sus cuentas, recursos y demás de forma separada.

Conforme a lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, el procedimiento administrativo para liquidar una entidad por parte de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Financiera, el artículo 1 del Decreto No 1015 de 24 de mayo de 2002 y en el artículo 1 del Decreto 3023 del 11 de diciembre de 2002; establecen que la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, el artículo 2.5.5.1.1 del Decreto 780 de 2016, aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar las normas de procedimiento previstas en el Decreto-Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), la Ley 510 de 1999 y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

Para el pago de obligaciones a cargo de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar en proceso de liquidación, se debe salvaguardar los órdenes de preferencia y prelación de créditos, cuya conformación corresponde a la naturaleza propia de los procesos concursales, entendiéndose que la preferencia son aquellos créditos que gozan de una especial salvaguarda y que deben ser pagados con prioridad dentro del proceso liquidatorio, dentro de este tipo de créditos tenemos los gastos de administración que comprenden las obligaciones causadas al interior del proceso liquidatorio, como lo son: los gastos propios del proceso liquidatorio, la gestión del archivo, la prestación del servicio de salud desde la toma de posesión hasta el traslado efectivo de los usuarios a las EPS receptoras, las indemnizaciones de carácter laboral con ocasión a la terminación de los contratos laborales y demás conceptos categorizados y reconocidos de esta forma por parte del Agente Especial Liquidador con base en la normatividad vigente. Después de pagados los gastos de administración, tendrán preferencia los créditos excluidos de la masa debidamente reconocidos al interior del proceso liquidatorio y finalmente los créditos a cargo de la masa de liquidación en estricto orden de prelación legal establecido en el artículo 12 de la ley 1797 de 2016, cuya prelación se encuentra en estricto orden desde la categoría “A” hasta la “E” o quirografaria.

2. Implementación generalizada del giro directo

El giro directo es una medida esencial para asegurar el flujo de recursos en el sistema de salud. La implementación generalizada de este mecanismo permitirá que los prestadores de servicios de salud y proveedores de insumos reciban los pagos de manera oportuna, evitando demoras que afectan la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Además, este esquema reduce la burocracia y mejora la gestión de los recursos, garantizando la estabilidad operativa de los prestadores.

Este proyecto de ley representa una medida pragmática que aborda las urgencias financieras del sistema de salud, optimizando el uso de recursos acumulados y fortaleciendo la sostenibilidad del sistema a través de la mejora en el flujo de recursos. Al centrar estas medidas en el corto plazo, se busca brindar un alivio temporal mientras se sigue trabajando en la construcción de consensos en torno a una reforma estructural que asegure un sistema de salud más inclusivo, eficiente y sostenible en el largo plazo.

3. Proyección de recursos a cinco años

En este sentido, contar con los recursos de saldos del FOSFEC acumulados a 31 de diciembre de 2024 así como los saldos no ejecutados durante los cinco años calendario de vigencia de la Ley permitirán contar con una cifra aproximada de \$1.3 billones de pesos contando con los saldos a 31 de diciembre de 2024. El uso del 40% de los recursos de que trata el Art. 46 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el Art 6 de la Ley 1636 de 2013, contribuyen a aliviar la falta de liquidez de los programas de salud de las Cajas, sin comprometer los derechos de los trabajadores y sus familias, esta cifra se estima en \$946 mil millones de pesos para un total proyectado a cinco años de **\$2.8 billones de pesos** que sin duda alivia la presión de recursos sobre el Presupuesto General de la Nación y demás fuentes que financian el Sistema de Salud.

Estos recursos podrían destinarse al saneamiento de pasivos, cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia de las Cajas que aseguran o prestan servicios de salud, así como a la capitalización de programas de salud y/o de las IPS en las que las Cajas tengan participación, o en liquidaciones de EPS. Esta medida es positiva, ya que no solo beneficiará a toda la cadena productiva del sector, sino también, y de manera primordial, a los usuarios de los servicios de salud.

A continuación, detalle del cuadro:

Tabla 3 Proyección de recursos FOSFEC para saneamiento de pasivos y/o capitalización años 2025 a 2029

Concepto	2025	2026	2027	2028	2029	Total Recursos Esperados
Saneamiento de Pasivos (40% artículo 46 Ley 1438 2011)	169.160.824	178.464.669	188.280.226	198.635.639	209.560.599	944.101.957
Saldos de FOSFEC	750.552.485	136.464.088	143.969.613	151.887.942	160.241.779	1.343.115.907
Total	919.713.309	314.928.758	332.249.839	350.523.580	369.802.377	2.287.217.864

Fuente: 1. Cálculos ASOCAJAS a partir de la información publicada en la Resolución 070 de 2023 (30 enero) de la Superintendencia del Subsidio Familiar, cifras en pesos. 2. Recursos proyectados con inicio de vigencia enero 2025.

4. CONCEPTOS TÉCNICOS

Según datos del MinSalud, el flujo de recursos esperado gracias al proyecto de ley es el siguiente:

CONCEPTO	VALOR (Cifras en millones de pesos)
----------	-------------------------------------

Recursos que tiene previsto el gobierno para otorgar líneas de crédito con tasa compensada u otros mecanismos para otorgar liquidez en el sector salud y los saldos de recursos asignados en vigencias anteriores, pero no ejecutados (100.000mm sería vía ADRES, 400.000mm vía Findeter y 2.000 no ejecutaSo)	\$ 502.000
Recursos de activos remanentes de los patrimonios autónomos de las liquidaciones de entidades del sector salud y de protección social que no han sido utilizadas en el pago de acreencias certificadas	No reportado
Saldos FOSFEC y destinación del 40% art 46 ley 1438 de 2011 proyectados para los años 2025-2029	\$ 2.287.217
TOTAL ESTIMADO EFECTO PROYECTO DE LEY	\$ 3.252.730

A continuación, se desgrega el oficio del MinSalud:

1. ¿Cuál es el monto de los saldos de cuentas maestras de las entidades territoriales destinados a la financiación del régimen subsidiado y que a la fecha no se están aplicando para ese propósito?

Respuesta. La Ley 1608 de 2013 estableció medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector salud a través del uso de saldos o excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado, dentro de las cuales determinó los mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas por las entidades territoriales por concepto del régimen subsidiado.

En este sentido, el artículo 2 de la referida ley habilitó el uso del saldo no comprometido de la cuenta maestra de régimen subsidiado, en cinco (5) posibles aplicaciones y determinó que "(...) podrán usarse conforme se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud (...)". (negrilla fuera de texto), así:

- Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que, durante las vigencias de 2011, 2012 y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios (hoy denominado servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado) a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.

Para lo dispuesto en este numeral, las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado en todos los casos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En estos pagos se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.
- Para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. [...]
- En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones

Saldos de cuentas maestras de las entidades territoriales destinados a la financiación del régimen subsidiado y que a la fecha no se están aplicando para ese propósito (Corte a 31 dic 2023)	\$ 34.700
Saldos de cuentas maestras de las entidades territoriales destinados a la financiación del régimen subsidiado y que a la fecha no se están aplicando para ese propósito (Programado para ejecutar en 2024)	\$ 105.884
Saldos de aportes patronales correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones asignado a las entidades territoriales sin situación de fondos y por concepto de subsidio a la oferta y girado directamente a las EPS, fondos de pensiones y fondos de cesantías para el pago de estos conceptos de seguridad social respecto de la nómina de las Empresas Sociales del Estado y que no ha sido posible conciliar (No ejecutado por entidades terrotales con corte a septiembre 2024-Vigencias 1994-2011)	\$ 18.900
Saldos de aportes patronales correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones asignado a las entidades territoriales sin situación de fondos y por concepto de subsidio a la oferta y girado directamente a las EPS, fondos de pensiones y fondos de cesantías para el pago de estos conceptos de seguridad social respecto de la nómina de las Empresas Sociales del Estado y que no ha sido posible conciliar (Pendientes de distribución por la ADRES con corte 30 sept de 2024 - Vigencias 1994-2011)	\$ 23.100
Saldos de aportes patronales correspondientes al situado fiscal y al sistema general de participaciones asignado a las entidades territoriales sin situación de fondos y por concepto de subsidio a la oferta y girado directamente a las EPS, fondos de pensiones y fondos de cesantías para el pago de estos conceptos de seguridad social respecto de la nómina de las Empresas Sociales del Estado y que no ha sido posible conciliar (Vigencias 2012-2016)	\$ 46.096
Saldos de recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar en cabeza de las entidades territoriales que no se hayan estimado para la cofinanciación del régimen subsidiado (Ejecución acumulada vigencia 2023)	\$ 128.001
Saldos de recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar en cabeza de las entidades territoriales que no se hayan estimado para la cofinanciación del régimen subsidiado (Sin programación de ejecución en 2024)	\$ 106.832

Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bial de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.

- Para financiar en los municipios y distritos categorías Especial, 1 y 2, pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del Régimen Subsidiado de Salud en la forma como lo determine y reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

Posteriormente, mediante el numeral 4 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016 se estableció que, con el fin de priorizar las necesidades del sector salud, "Los excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado de salud se podrán utilizar además de los usos definidos en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, en la capitalización para el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tengan participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta."

En desarrollo de lo anterior, este Ministerio expidió la Resolución 292 de 2013, modificada por las Resoluciones 2472 de 2014 y 4624 de 2016, en la cual se establecieron los términos y condiciones del reporte del plan de aplicación y ejecución de los recursos de excedentes y saldos no comprometidos de la cuenta maestra de régimen subsidiado, para los usos establecidos en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013.

La Resolución 292 de 2013 y sus reformas fue derogada integralmente por la Resolución 1756 de 2019. Esta última norma define, en el artículo 3, que los municipios deben reportar al respectivo departamento la actualización del plan de aplicación de los excedentes a 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior, de conformidad con el Anexo Técnico No.1. Por su parte, el artículo 5 señala que los departamentos, una vez validen la información reportada por los municipios de su jurisdicción, deben realizar la consolidación de la información y reporte al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el archivo plano del Anexo Técnico No. 2, a través de la plataforma PISIS del SISPRO. Otro tanto disponía ese artículo respecto de los distritos a través de la mencionada plataforma. De igual manera, el artículo 6 define que los municipios deben reportar trimestralmente al departamento la ejecución de los excedentes y saldos no comprometidos de la cuenta maestra del régimen subsidiado (Anexo Técnico No. 3) y los departamentos consolidar, validar y reportar al MSPS (Anexo Técnico No. 4).

De acuerdo con la normas expedidas durante el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica ocasionada por la COVID -19 y en el marco de los Decretos Legislativos 538 y 800 de 2020, este Ministerio expidió la Resolución 1413 del 19 de agosto de 2020, por la cual se modifican los artículos 3 y 5 de la Resolución 1756 de 2019, con el propósito de adicionar en el plan de aplicación y ejecución de los excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado, el uso para adelantar las acciones de salud pública para contener y mitigar el virus, y para la atención de urgencias que se haya prestado o se preste a la población migrante regular no afiliada o irregular, cuyos usos estuvieron vigentes durante el término de la emergencia sanitaria, de conformidad con las sentencias de control de constitucionalidad emitidas por la Honorable Corte Constitucional.

De lo anterior, este Ministerio señala que, si bien la aplicación del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 es potestad de la entidad territorial, si decide aplicarlo, debe realizarlo de manera integral con sujeción a todas las reglas y condiciones señaladas en la ley, a las instrucciones impartidas por parte de este Ministerio y de acuerdo con los procedimientos presupuestales que rigen a la misma. En la tabla 1, se presenta la ejecución de excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado con corte a 31 de diciembre de 2023, y en virtud de los usos anteriormente definidos, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 y el numeral 4 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, los planes de aplicación y ejecución trimestral acumulada.

Tabla No. 1. Ejecución de Excedentes de Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado – artículos 2 de la Ley 1608 de

800226175	COMPANIA DE SEGURO DE VIDA COLMENA S.A COLMENA COMPANIA DE V	97.630.780,00	1/04/2024
800226175	COMPANIA DE SEGURO DE VIDA COLMENA S.A COLMENA COMPANIA DE V	3.225.699,00	2/04/2024
800227940	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S A	6.589.942,00	12/04/2024
800227940	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S A	939.121,00	12/04/2024
800227940	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S A	24.538.740,00	12/04/2024
800227940	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS S A	4.842.740,00	12/04/2024
Tot al		505.676.017,00	0

De otra parte, en lo que corresponde a los rendimientos financieros generados por las cuentas de ahorros del Banco BBVA mencionadas anteriormente se informa lo siguiente:

Valores en pesos corrientes			
Numero Identificacion	Nombre Entidad	Valor	Cuenta Bancaria
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	83.558.963,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	206.254.793,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	193.820.783,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	192.599.149,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	192.330.552,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	343.645.306,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	363.977.299,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	360.278.201,00	309049872
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	864.647,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	4.489.297,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	4.363.823,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	4.429.997,00	309049880
Total		1.985.422.294,00	

Numero Identificacion	Nombre Entidad	Valor	Cuenta Bancaria
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	4.437.202,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	4.278.501,00	309049880
860003020	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BEVA COLOMBIA	4.214.891,00	309049880
Total		1.985.422.294,00	

3. ¿Cuál es el monto de los saldos de recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar en cabeza de las entidades territoriales que no se hayan estimado para la cofinanciación del régimen subsidiado de salud en estas vigencias?

Respuesta. Respecto a las rentas cedidas, se precisa que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 1608 de 2013, los departamentos y distritos que tengan excedentes de rentas cedidas de las vigencias 2012 y 2013, podrán destinarlos en: a) el fortalecimiento de la infraestructura; b) la renovación tecnológica; c) el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado; y d) el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud.

Posteriormente, los artículos 83 de la Ley 1769 de 2015 y 4 de la Ley 1797 de 2016, habilitaron a los departamentos y distritos el uso de estos excedentes de rentas cedidas para los siguientes conceptos:

- 1) Pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda.

- 2) Fortalecimiento de la infraestructura y renovación tecnológica.
3) Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE.
4) Pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud – Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015 compilados en el Decreto 780 de 2016.

Es importante mencionar que los usos relacionados en los numerales 2, 3 y 4 solo proceden en el evento que las entidades territoriales no tengan deudas por concepto de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

En virtud de lo expuesto, este Ministerio estableció, a través de la Resolución 6348 de 2016, los términos y condiciones para el reporte de información sobre la utilización de los recursos de que tratan los artículos 4, 19 y 21 de la Ley 1797 de 2016. Así, el artículo 2 de esta resolución, estableció que “los departamentos y distritos que decidan utilizar los recursos excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas en los usos a que refiere el artículo 4” de la Ley 1797 de 2016, deberán enviar diligenciado a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o a la dependencia que haga sus veces, el formato denominado “Aplicación de recursos de excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas” que se adopta como Anexo Técnico número 1 [...].” Así mismo, el artículo 3 de la Resolución 6348 de 2016, señaló que “los departamentos y distritos deberán remitir la ejecución de los excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas, a través del diligenciamiento del formato denominado “Ejecución de recursos de excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas”, del Anexo Técnico número 2, que se adopta en la presente resolución [...].”

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se presenta la ejecución de los recursos excedentes de rentas cedidas para la vigencia 2023:

Tabla No. 3 Ejecución de Excedentes de Rentas Cedidas, vigencia 2023			
Cifras en Millones de \$			
USOS	PLAN DE APLICACION	EJECUCION 2023	PORCENTAJE DE EJECUCION / PLAN APLICACION
Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda y NO UPC Régimen Subsidiado	\$ 121.679,76	\$ 22.316,43	18,34%
Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de las ESE	\$ 191.900,21	\$ 163.563,23	85,23%
Recursos para el saneamiento fiscal y financiero de las ESE	\$ 2.830,60	\$ 2.530,00	89,38%
Recursos para el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo	\$ 800,33	\$ 800,33	100%
Total	\$ 317.210,89	\$ 189.209,99	59,66%

Fuente: Reporte Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016.
Nota: Se incluye la información consistente entre los Planes de Aplicación y la Ejecución, reportada por 21 entidades territoriales.
Corte: Plan de Aplicación con corte a 31 de diciembre de 2022, ejecutado en la vigencia 2023.

En la tabla No. 3 se presenta la ejecución acumulada de la vigencia 2023 (\$189.209,99 millones), los cuales representan el 59,66% del total de recursos programados en el Plan de Aplicación (\$317.210,89 millones) para la misma vigencia. Sobre el particular, el concepto que presenta el mayor valor ejecutado durante la mencionada vigencia es el de “Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de la ESE”, con un valor de \$163.563,23 millones, seguido de “Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda y NO UPC Régimen Subsidiado” por valor de \$22.316,43 millones.

Ahora bien, frente a la vigencia 2024, de acuerdo con el reporte de información realizado por los departamentos y el Distrito de Bogotá en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 6348 de 2016, se tiene lo siguiente:

Tabla No. 4
Reporte programación uso Excedentes de Rentas Cedidas, vigencia 2024

Cifras en Millones de \$			
USOS	PLAN DE APLICACION	PORCENTAJE DE PLAN APLICACION / TOTAL	
Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda y NO UPC Régimen Subsidiado	\$184.745,10	35,08%	
Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de las ESE	\$176.550,31	33,53%	
Recursos para el saneamiento fiscal y financiero de las ESE	\$53.824,96	10,22%	
Recursos para el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo	\$4.623,80	0,88%	
Sin programación de uso*	\$106.832,90	20,29%	
Total	\$526.577,01	100%	

Fuente: Reporte Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016.
Nota 1: Se incluye la información consistente, reportada por 20 entidades territoriales.
* El Distrito de Bogotá D. C. no realizó la programación de uso de la totalidad de los excedentes reportados a cierre de 2023.
Corte: Plan de Aplicación con corte a 31 de diciembre de 2023, para ser ejecutado durante la vigencia 2024.

En la tabla No. 4 se presenta la programación para la vigencia 2024 (\$526.577 millones). Sobre el particular, el concepto que presenta el mayor valor programado es el de “Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda y NO UPC Régimen Subsidiado”, con un valor de \$184.745 millones, seguido de “Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de las ESE” por valor de \$176.550 millones.

4. ¿Cuál es el monto de los recursos que tiene previsto el gobierno para otorgar líneas de crédito con tasa compensada u otros mecanismos para otorgar liquidez en el sector salud y los saldos de recursos asignados en vigencias anteriores, pero no ejecutados?

En atención a las competencias asignadas a la ADRES, se solicitaron los insumos correspondientes a través de oficio 2024300000988441, quien dio respuesta a través de comunicación 20241200000261, en los siguientes términos:

“(…) En relación con el monto de los recursos que tiene previsto el Gobierno para otorgar líneas de crédito con tasa compensada u otros mecanismos para otorgar liquidez en el sector salud y los saldos de recursos asignados en vigencias anteriores y no ejecutados informamos lo siguiente:

Una vez se tenga garantizado el cierre financiero del aseguramiento la ADRES solicitara a la Junta Directiva la aprobación para la vigencia 2025 recursos por la suma de \$100.000.000.000, con el objeto de otorgar liquidez en el sector salud para los mecanismos de fortalecimiento financiero.

En la actualidad esta Administradora no cuenta con recursos disponibles de saldos de vigencias anteriores y no ejecutadas para operaciones de financiamiento descritas en el artículo 2.5.2.2.2.3 del Decreto 780 de 2016”.

Así mismo, en atención a las competencias que sobre el particular tiene Findeter, se solicitaron los insumos correspondientes a través de oficio 2024300000987941, quien dio respuesta a través de comunicación 220244611076, en los siguientes términos:

“(…) Desde Findeter se contempla una adición de recursos de hasta cuatrocientos mil millones de pesos (\$400.000.000.000) a la línea de rescuento ya existente denominada Compromiso Salud.

Ya se están adelantando los trámites pertinentes para adicionar dichos recursos.

Por otra parte, es de destacar que en enero del presente año se habían adicionado recursos por valor de cuatrocientos cincuenta y cinco mil ciento siete millones cuatrocientos treinta y cinco mil sesenta y tres pesos (\$455.107.435.063), de los cuales se han desembolsado cuatrocientos cincuenta y dos mil novecientos cincuenta y seis millones ochocientos ochenta y cuatro mil quince pesos (\$452.956.884.015), teniendo un saldo por ejecutar de dos mil ciento cincuenta millones quinientos cincuenta y un mil cuarenta y ocho pesos (\$2.150.551.048)”.

5. ¿Cuál es el monto de los recursos de activos remanentes de los patrimonios autónomos de las liquidaciones de entidades del sector salud y de protección social que no han sido utilizadas en el pago de acreencias certificadas?

Respuesta. En atención a las competencias que sobre el efecto tiene la Superintendencia Nacional de Salud, se solicitaron insumos a través de oficio 2024300000982961, quien dio respuesta a través de comunicación 2024100001901000001E en los siguientes términos:

“(…) En el caso de las liquidaciones ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud, ninguna de las EPS que han sido objeto de esta medida ha acudido al patrimonio autónomo para administrar sus activos remanentes. En tales casos, se ha recurrido, en su gran mayoría, a la figura del mandato a cargo de personas naturales, para la realización de actividades relacionadas con la liquidación, de conformidad con lo establecido en el literal b) del artículo 9.1.3.6.3 del Decreto 2555 de 2010 “por el cual se recogen y reexpiden las normas en materia del sector financiero, asegurador y del mercado de valores y se dictan otras disposiciones”

6. Informe para las vigencias 2021, 2022 y 2023 cuales el monto de los recursos ejecutados por ADRES mediante el mecanismo de giro directo tanto en régimen contributivo como en régimen subsidiado y el porcentaje que representan estos giros sobre la sumatoria total de las UPC reconocidas a las EPS durante esos periodos.

Respuesta. En atención a las competencias con que cuenta la ADRES, dicha entidad dio respuesta en la comunicación citada, en los siguientes términos:

“1. Unidad de Pago por Capitalización – UPC

En virtud de los artículos 2.6.4.3.1.1.1 y 2.6.4.3.2.2 del Decreto 780 de 2016, la ADRES ejecuta los procesos de compensación del régimen contributivo y la Liquidación Mensual de Afiliados – LMA del régimen subsidiado, respectivamente, con los cuales reconoce la Unidad de Pago por Capitalización - UPC a las EPS y EOC para garantizar el aseguramiento en salud de la población colombiana.

Ahora bien, en el marco de los procesos de reconocimiento de la UPC, se debe observar el mecanismo de giro directo previsto en los artículos 29 de la Ley 1438 de 2011, 10 de la Ley 1608 de 2013 y el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, así como en el Decreto 780 de 2016 – Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - la ADRES efectúa el giro directo para los regímenes contributivo y subsidiado, a las IPS y/o proveedores de servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la información de las facturas y montos autorizados y cargados directamente por las EPS, para cada proceso de compensación y LMA, en archivos transmitidos vía plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social.

El giro directo que realiza la ADRES es un instrumento para facilitar el flujo de recursos hacia las IPS y proveedores de tecnologías y servicios de salud, el cual no modifica las obligaciones contractuales entre estos y las EPS, ni exonera a las últimas del pago de sus obligaciones con las primeras; así mismo, la ADRES no posee competencias para intervenir en las relaciones contractuales y/o acuerdos de pago efectuados entre las EPS e IPS.

En respuesta a lo requerido, en el archivo Excel anexo titulado "Norma Hurtado UPC y GD 2021 - 2023.xlsx" encuentra la UPC y el giro directo de los regímenes contributivo y subsidiado, reconocidos entre 2021 y 2023 discriminados por EPS. Así mismo, en relación con la información remitida, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El giro directo para entidades objeto de medidas de vigilancia especial, intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar es del 80% de la UPC, no obstante, es posible que producto de los descuentos aplicados sobre los procesos de liquidación reconocimiento de la UPC, en los términos previstos en los artículos 2.6.4.3.1.1.1 y 2.6.4.3.2.2 del Decreto 780 de 2016, el valor comparado de giro directo frente al de la UPC reconocida, sea inferior en algunos puntos porcentuales.
- En el caso del régimen subsidiado, el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016 prevén el mecanismo de giro directo para todas las EPS que operan en este régimen, no obstante, el porcentaje de giro directo postulado depende de la EPS según lo indicado en el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y no de un porcentaje fijo determinado sobre el resultado de la Liquidación Mensual de Afiliados – LMA.
- En el caso de giro directo supeditado a la autorización de un contralor, como ocurre con la adopción de medidas cautelares por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, el porcentaje de giro aplicado cuenta con esta condición, si bien generalmente al ser la EPS objeto de las medidas señaladas en el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, le corresponde programar el giro como mínimo sobre el 80% de la UPC. Como ejemplo se trae a colación la EPS Dusakawi.
- En el caso en que el valor de giro frente al valor reconocido varía teniendo en cuenta la fecha de entrada en vigencia de la medida adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud, en tanto, en el caso del régimen contributivo existen cuatro (4) procesos de compensación mensuales, por lo que la aplicación de la medida en algunos y no todos estos, genera que el valor porcentual del giro directo frente al mes, sea menor al 80%.
- Para los procesos de compensación de octubre de 2023, de acuerdo con el artículo 11 del Decreto 1270 de 2023 y la Circular Conjunta Externa 17 de 02 de octubre de 2023, se efectuó giro directo a las EPS sobre la UPC reconocida por sus afiliados en el Departamento de La Guajira, por lo que el porcentaje del giro directo aplicado (en el caso de las EPS que eran objeto de medida de intervención) es inferior a la UPC reconocida.

Ahora bien, el mecanismo de giro directo también se encuentra en el proceso de reconocimiento de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, en los siguientes términos:

2. Servicios y Tecnologías en Salud no Financiados con cargo a la UPC.

El artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados con cargo al techo o presupuesto máximo que asigne el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la metodología que este defina.

En virtud de lo anterior, la ADRES expidió la Resolución 2067 del 4 de marzo de 2020, a través de la cual implementó el proceso para la transferencia de los recursos del presupuesto máximo y, en su artículo 5, dispuso que las Entidades Promotoras de Salud podrán autorizar a la ADRES para que

en nombre de estas efectúe el giro directo de presupuesto máximo a la red prestadora y proveedora de servicios de salud. Es decir, el giro directo se predica de la voluntad de la Entidad Promotora de Salud y no en la ADRES.

Entendido lo anterior, esta Administradora consultó las bases de pago e identificó que, desde la vigencia 2021 y hasta la vigencia 2023, las Entidades Promotoras de Salud autorizaron el giro directo de presupuesto máximo por valor total de \$57.187.505.355,00, sobre el cual, \$ 42.187.505.355,00 corresponde a la vigencia 2022 y \$ 15.000.000.000,00 para la vigencia 2023.

Así las cosas, el porcentaje del giro directo de presupuesto máximo frente al valor total asignado por este concepto corresponde al siguiente detalle:

Tabla No. 1.				
Año Giro	Valor Giro Directo Presupuesto Máximo a Prestador y Proveedor	Valor a EPS	Valor total	Porcentaje de giro directo
2021	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 6.032.428.336.679,27	0,00 %
2022	\$ 42.187.505.355,00	2.658.235.847.009,05	\$ 2.700.423.352.364,05	1,56 %
2023	\$ 15.000.000.000,00	3.682.660.764.134,89	\$ 3.697.660.764.134,89	0,41 %
Tot al gener al	\$ 57.187.505.355,00	12.373.324.947.823,20	\$ 12.430.512.453.178,20	0,46 %

7. ¿A cuánto ascienden son los recursos de la póliza SOAT que se están recaudando en la ADRES durante la vigencia 2023 y 2024 y qué porcentaje de la póliza total representan?

En atención a las competencias de la ADRES, se solicitaron los insumos correspondientes a través de oficio 2024300000988441, quien dio respuesta a través de comunicación 20241200000261, en los siguientes términos:

“(…) La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), fue creada a través del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para lo cual le otorga una naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional, asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado, la cual en materia de contratación se registró por el régimen público.

La Entidad hace parte del SGSSS, es adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente; tiene como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad.

Por su parte, el artículo 67 de la ley en mención, definió los recursos que serán administrados por la ADRES, así como, la destinación de los mismos, y ratificó que los recursos a que hace referencia el artículo señalado, harán unidad de caja excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada dentro del fondo y precisa, que en la estructuración del presupuesto de gastos de la entidad, dando prioridad al componente de aseguramiento en salud de la población del país.

En este contexto, los artículos 2.6.4.2.1.12 y 2.6.4.2.1.13 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 2265 de 2017, establecen los términos y condiciones para el giro de los recursos de la contribución SOAT y el FONSAT, los cuales deben ser girados por las compañías Aseguradoras.

La Ley 2161 de 2021 estableció medidas para promover la adquisición, renovación y no evasión del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). Entre las medidas incluidas, el artículo 2 adiciona el párrafo 1 al artículo 42 de la Ley 769 de 2002 señalando que los usuarios que demuestren un buen comportamiento vial tendrán derecho a un descuento, por única vez, del diez por ciento (10%) sobre el valor de la prima emitida del SOAT aplicable sobre las tarifas determinadas para la vigencia 2022, la cual, de ninguna manera afectará el valor de la contribución a la ADRES, que se calcula sobre el valor de la prima fijado por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Que la Ley Ibidem, en el artículo 3 modificadorio del literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993, se ajusta el porcentaje de la contribución del valor de la prima del SOAT que se cobra en adición a esta, pasando del 50% al 52%, (subrayado fuera de texto).

A partir de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1231 de 2015 modificado por la Resolución 137 de 2022, definió la estructura tendiente al reporte de la información por parte de las entidades aseguradoras que operan el ramo SOAT a la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), tendiente a la generación de la liquidación de la contribución SOAT y la transferencia del FONSAT.

A partir de lo señalado, los recursos que por concepto de contribución SOAT transfieren las aseguradoras a la ADRES, corresponde al 52% de la prima establecida por la Superintendencia Financiera de Colombia y se cobra en adición a esta a los tomadores al momento de la expedición del seguro.

En el caso de la transferencia FONSAT, el artículo 2.6.4.2.1.13 del Decreto 2265 de 2017 señala que, “(…) corresponde a las transferencias que deben efectuar las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, constituidas por la diferencia entre el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior y el monto definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento. Lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto Ley 019 de 2012. (...)”

Por otra parte, la Resolución 2709 de 2022 define el porcentaje de la prima del SOAT para el cubrimiento del pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento de dichas indemnizaciones como consecuencia de accidentes de tránsito, el cual asciende a 52,5%.

En consecuencia, para determinar el porcentaje correspondiente a la transferencia FONSAT el ejercicio es el siguiente:

Tabla No. 2.	
valor primas emitidas en el bimestre (1)	20,00 %
porcentaje monto para cobertura de indemnizaciones (Resolución 2709 de 2022) (2)	52,50 %
valor FONSAT (1) – ((1) * (2))	9,50%

Fuente: Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud

Por ende, la transferencia FONSAT corresponde al 9,5% sobre el valor de la prima, monto que asumen directamente las aseguradoras.

Expuesto lo anterior, a continuación, se suministra la información de las transferencias realizadas por las aseguradoras a la ADRES durante la vigencia 2023 y con corte a septiembre de 2024, conforme la solicitud efectuada en el requerimiento.

Tabla No. 3.		
	% Prima FONSAT	Contribución Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT
Vigencia 2023	345.476.540.146,72	1.713.654.825.171,84
Vigencia 2024 (a septiembre)	297.680.476.829,68	1.482.801.954.600,00

Fuente: Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud

8. ¿A cuánto ascienden los recursos de la contribución de la póliza SOAT que se recaudan en la ADRES, es por mes, en los años 2023 y 2024?

Respuesta. En atención a las competencias de la ADRES, se solicitaron los insumos correspondientes a través de oficio 2024300000988441, quien dio respuesta a través de comunicación 20241200000261, en los siguientes términos:

“(…) A continuación, se suministra la información de las transferencias realizadas por las aseguradoras a la ADRES mensualmente durante la vigencia 2023 y con corte a septiembre de 2024. Es importante aclarar que, para el caso de la transferencia FONSAT, esta se realiza bimestralmente según lo establece el artículo 2.6.4.2.1.13 del Decreto 2265 de 2017.

Tabla No. 4.		
	% Prima FONSAT	Contribución Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT
2023	100.000.000,00	219.233.889.889,00
ene-23	49,49	107.616.944.944,50
feb-23	0,00	0,00
mar-23	50.509.055,00	111.616.944.944,50
abr-23	0,00	0,00

may-23	44.037.046,154	75	103.167.347.200,00
jun-23	0,00	0	119.594.927.590,00
jul-23	40.547.189.312	93	132.164.311.300,00
ago-23	0,00	0	141.055.216.100,00
sep-23	52.436.178.355	76	145.861.133.700,00
oct-23	0,00	0	149.263.371.100,00
nov-23	52.938.329.775	85	149.700.956.590,00
dic-23	0,00	0	145.235.880.700,00
Asumido año	345.476.546,154	75	1.715.654.825.175,84

Fuente: Dynamics ERP módulo de presupuesto-Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud

Tabla No. 5.

2024	% Prima FONS AT	Contribución Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT
ene-24	65.269.314.862,34	212.306.935.600,00
feb-24	0,00	163.736.698.600,00
mar-24	59.905.118.295,99	163.969.811.600,00
abr-24	216.086.449,00	153.372.624.900,00
may-24	53.339.655.603,55	138.508.910.300,00

Fuente: Dynamics ERP módulo de presupuesto -Dirección de Recursos Financieros de Salud

9. ¿A qué montos ascienden las reclamaciones radicadas por atención en salud de víctimas de accidentes de tránsito cuando no hay póliza o por agotamiento de la cobertura a cargo de la aseguradora? Incluir el dato del número de reclamaciones.
10. ¿A qué montos ascienden las reclamaciones auditadas y glosadas por atención en salud de víctimas de accidentes de tránsito cuando no hay póliza o por agotamiento de la cobertura a cargo de la aseguradora? Incluir el dato del número de reclamaciones.

Respuesta a las preguntas 9 y 10. La ADRES, por competencia y en la comunicación señalada, respondió en los siguientes términos:

“(…) Al respecto, es importante señalar que, en el marco de las disposiciones contenidas en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016 y otras normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, como la Resolución 1236 de 2023, la ADRES reconoce y paga, cuando corresponda, las reclamaciones por concepto de servicios de salud y gastos derivados de accidentes de tránsito, en aquellos casos en los que el vehículo involucrado no esté cubierto por póliza SOAT o no haya sido identificado.

Con la expedición de los Decretos 2497 y 2644 de diciembre de 2022, la ADRES también reconoce y paga las reclamaciones por servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito en vehículos que estén cubiertos por póliza SOAT con rango diferencial de riesgo, siempre que el valor reclamado supere las doscientas sesenta y tres coma trece (263,13) UVT y hasta un máximo de seiscientos una coma sesenta y ocho (701,68) UVT.

Vehículo fantasma	\$538.266.009.753,95	242.139
(en blanco)	\$-	40
Total general	\$2.465.759.884.416,06	1.152.581

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones SII_ECAT

Tabla No. 7. Respuesta pregunta 10. Estado de auditoría reclamaciones radicadas entre enero 2023 y septiembre 2024

Año Radicación	VLReclamado	VLRTotal Aprobado	VLRGlosado	Total Reclamaciones
2023	\$1.287.460.317,0	\$542.192.037,1	\$745.268.279,91	622.444
Asegurado D.2497	\$7.369.964.403,0	\$115.256.947,4	\$7.254.707.455,6	2.766
No asegurado	\$527.970.614.978,64	\$252.326.562,2	\$275.644.052,72	258.422
No Asegurado - Sin Placa	\$913.798.850,00	\$118.588.153,2	\$795.210.696,80	76
No asegurado Propietario Indeterminado	\$5.671.776.591,0	\$1.981.687.601,56	\$3.690.088.989,44	2.297
Póliza falsa	\$149.133.501,50	\$61.280.303,82	\$87.853.197,68	4
Vehículo en fuga	\$5.445.103.398,0	\$156.305.194,82	\$5.288.798.203,18	4.291
Vehículo fantasma	\$730.850.973.532,52	\$283.682.197,9	\$447.168.775,63	326.577
(en blanco)	\$9.088.951.838,6	\$3.750.158.833,12	\$5.338.793.005,49	27.289
2024	\$375.723.587.653,50	\$126.916.475,0	\$248.807.112,64	154.745
Asegurado D.2497	\$111.079.645,00	\$9.984.449,74	\$101.095.195,26	2.649
Año Radicación	VLReclamado	VLRTotal Aprobado	VLRGlosado	Total Reclamaciones
No asegurado	\$175.822.366.348,40	\$71.280.076,4	\$104.542.289,91	65.397
No Asegurado - Sin Placa	\$2.609.130.714,0	\$446.576.641,4	\$2.162.554.072,6	89
No asegurado Propietario Indeterminado	\$7.756.351.452,8	\$2.827.750.770,96	\$4.928.600.681,84	1.505
Póliza falsa	\$5.678.617,00	\$2.683.546,00	\$2.995.071,00	1
Vehículo en fuga	\$371.953,00	\$-	\$371.953,00	1
Vehículo fantasma	\$189.418.608.922,30	\$52.349.403,1	\$137.069.205,75	84.281
Total general	\$1.663.183.904,7	\$669.108.512	\$994.075.392,55	777.189

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones SII_ECAT

Año Radicación	VLReclamado	VLRTotal Aprobado	VLRGlosado	Total Reclamaciones
No asegurado	\$175.822.366.348,40	\$71.280.076,4	\$104.542.289,91	65.397
No Asegurado - Sin Placa	\$2.609.130.714,0	\$446.576.641,4	\$2.162.554.072,6	89

Para ello, el MSPS expidió la Resolución 326 de 2023 por la cual se determina el procedimiento de cobro y pago que aplicará la ADRES en relación con los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparados por el SOAT con rango diferencial por riesgo, señalando además en su artículo 4 que, los prestadores de salud deberán anexar a la radicación Certificado de agotamiento de cobertura expedido por las aseguradoras con el detalle del servicio prestado y el valor expresado en pesos y en Unidades de Valor Tributario (UVT).

A partir de las inconformidades que manifestaron algunos Prestadores de Servicios de Salud – PSS, esta Entidad Administradora promovió ante el MSPS la modificación del artículo 4 de la Resolución 326 de 2023 en lo relacionado con el certificado de agotamiento de cobertura y su obligatoriedad de incorporar <<el detalle de los servicios de salud reconocidos por la aseguradora>>.

En atención a dicha solicitud, el MSPS expidió la Resolución 2225 de 2023 modificando el artículo 4 de la Resolución 326 y determinó que el certificado de agotamiento de cobertura deberá gestionarse sin el desglose detallado de cargos reconocidos por la aseguradora.

En concordancia con estos cambios normativos, la ADRES expidió la Circular 000008 del 11 de abril de 2023, la cual fue modificada por la Circular 000022 del 12 de septiembre de 2023.

Esta actualización incluyó modificaciones en los formularios de presentación de reclamaciones, específicamente en el campo V (Datos del vehículo involucrado en el accidente de tránsito) del Formulario Único de Reclamación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – FURIPS, donde ahora se debe especificar el estado de aseguramiento como Asegurado D.2497, dando inicio al periodo de radicación permanente de reclamaciones a partir del 01 de julio de 2023.

A continuación, se reportan las tablas de información en respuesta a los numerales 9 y 10.

Tabla No. 6. Respuesta pregunta 9. Reclamaciones radicadas entre enero 2023 y septiembre 2024

Año Radicación	VLReclamado	Total Reclamaciones
2023	\$1.368.167.533.093,17	674.479
Asegurado D.2497	\$17.792.273.258,00	6.342
No asegurado	\$558.312.786.736,64	280.110
No Asegurado - Sin Placa	\$1.021.315.115,00	803
No asegurado Propietario Indeterminado	\$5.958.061.105,00	2.440
Póliza falsa	\$149.133.501,50	41
Vehículo en fuga	\$5.678.347.373,00	4.425
Vehículo fantasma	\$770.166.664.165,42	353.029
(en blanco)	\$9.088.951.838,61	27.289
2024	\$1.097.592.351.324,89	478.102
Asegurado D.2497	\$111.605.917.062,00	49.029
No asegurado	\$428.230.610.382,84	181.479
No Asegurado - Sin Placa	\$4.801.763.720,00	1.645
No asegurado Propietario Indeterminado	\$14.653.672.628,10	3.736
Póliza falsa	\$33.945.825,00	33
Vehículo en fuga	\$371.953,00	1

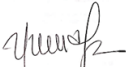
No asegurado Propietario Indeterminado	\$7.756.351.452,8	\$2.827.750.770	\$4.928.600.681,84	1.505
Póliza falsa	\$5.678.617,00	\$2.683.546,00	\$2.995.071,00	1
Vehículo en fuga	\$371.953,00	\$-	\$371.953,00	1
Vehículo fantasma	\$189.418.608.922,30	\$52.349.403,1	\$137.069.205,75	84.281
Total general	\$1.663.183.904,7	\$669.108.512	\$994.075.392,55	777.189

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones SII_ECAT

En los anteriores términos se da respuesta a su solicitud.”

En todo caso, se hace necesario clarificar la intención del artículo 9 del texto propuesto en los siguientes términos:

1. Es innegable el aporte del sector asegurador al desarrollo y consolidación del SOAT de la misma manera que es indiscutible las bondades del SOAT para la garantía de la atención en salud de las personas víctimas de accidentes de tránsito.
2. El SOAT cuya existencia se remonta antes de la ley 100 de 1993 ha constituido una experiencia exitosa en relación con el valor del esquema de aseguramiento y fue un acierto que el sistema general de seguridad social lo haya mantenido.
3. El SOAT representa no sólo una seguridad de atención en salud para las víctimas de accidentes de tránsito sino para los prestadores de servicios de salud que anteriormente no tenían garantizado el pago de del costo de la atención de urgencias en estos casos, al margen de que algunos prestadores de servicios pueden haber abusado de la figura según denuncias públicas.
4. Es absolutamente claro que todo sistema o modelo de aseguramiento se soporta en un principio de suficiencia que en síntesis significa que los ingresos derivados de la prima deben ser suficientes para atender los costos de los siniestros, un margen de administración y aún un margen de utilidad. El SOAT no puede ser la excepción a esa regla.
5. La pretensión del artículo no es desequilibrar o afectar el principio de suficiencia sino mejorar los aspectos administrativos para la realización de los procesos de facturación y cobro por parte de las IPS.
6. Tampoco pretende el artículo modificar la política de subsidios y descuentos implementada por este gobierno, aunque es cierto que los efectos de esa política ameritan una evaluación sobre su efectividad.
7. El artículo pretende mejorar el proceso operativo de cobro reconociendo la eficiencia, agilidad y seriedad del sector asegurador en los pagos de los siniestros derivados del SOAT.
8. La experiencia ha demostrado que el fraccionamiento de las cuentas de servicios en valores relativamente menores que se consumen rápidamente en accidentes de tránsito graves donde es fácil agotar las coberturas resulta en un desgaste administrativo tanto para las IPS como para los beneficiarios del servicio.
9. La norma pretende corregir algo que se considera un retroceso que ya el país había superado en el sentido de realizar el menor fraccionamiento posible de las facturas por este concepto pasando de tres pagadores a dos pagadores.
10. En efecto hasta antes de la expedición del Decreto ley 019 de 2012 el pago se dividía entre la compañía aseguradora, el Fosyga (hoy ADRES) y las EPS pero a partir de la expedición de esa norma el pago sólo se dividió entre la aseguradora y la EPS frente al exceso de la cobertura de la póliza.
11. Actualmente se presenta un retroceso al volver a tres pagadores diferentes con el desgaste y complejidades que eso implica razón por la cual la norma pretende retornar a dos pagadores.
12. Es posible realizar mejoras y precisiones a la redacción propuesta manteniendo el espíritu de la norma que es conveniente para todas las instituciones involucradas y sobre para las víctimas de estos

accidentes. IV. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y NORMATIVO. 1. Ley 1608 de 2013: Esta ley se centró en la recuperación de recursos para el sector salud mediante la reorientación de fondos no comprometidos, especialmente aquellos acumulados en cuentas maestras y provenientes de fuentes como las rentas cedidas, las cuales incluyen ingresos generados por actividades monopolizadas por el Estado (e.g., juegos de suerte y azar, licores). La Ley 1608 posibilitó que los recursos acumulados desde 1994 fueran redistribuidos a nivel territorial, permitiendo el pago de obligaciones pendientes con los prestadores de servicios de salud y con el talento humano, así como la atención de necesidades críticas en las Empresas Sociales del Estado (ESE). Este flujo mejorado de recursos contribuyó a mejorar la estabilidad financiera de los hospitales públicos y a garantizar el acceso oportuno de los usuarios a los servicios de salud. 2. Ley 1797 de 2016: Esta ley amplió el alcance de la Ley 1608 al permitir que los recursos acumulados en el sistema de salud se destinaran a objetivos específicos, tales como el saneamiento fiscal y financiero de las ESE. La Ley 1797 también fortaleció el rol del Fonsaet y el Fosyga (luego ADRES) en la administración de los recursos destinados a los prestadores de salud, incluyendo la posibilidad de ejecutar compras de cartera y otorgar liquidez al sector. Esta ley permitió agilizar los pagos y, además, estableció disposiciones para la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado, abordando de manera integral las deudas de las IPS con las EPS y las obligaciones acumuladas por las entidades territoriales. 3. Ley 1929 de 2018: Esta ley modifica de manera temporal y parcial la destinación de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), establecido en la Ley 1636 de 2013. Esta ley autoriza a las Cajas de Compensación Familiar a destinar recursos específicamente para el saneamiento de pasivos en salud o para cumplir con las condiciones financieras aplicables a las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Con esta medida, se busca apoyar financieramente a las EPS y contribuir a la estabilidad del sistema de salud, atendiendo necesidades de sostenibilidad en el sector. V. PLIEGO DE MODIFICACIONES. El proyecto de ley no cuenta con pliego de modificaciones, debido a que se adopta el texto radicado. VI. IMPACTO FISCAL. El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.	Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional: <i>"Las obligaciones previstas en el artículo 7° 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 provisiones 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 7° de la Ley 819 de 2003 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.</i> Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. <i>"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.</i> <i>Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.</i> <i>Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".</i> La viabilidad fiscal de la Ley 1608 de 2013 y la Ley 1797 de 2016 ha sido clave para gestionar recursos en el sector salud, permitiendo el aprovechamiento de fondos acumulados para apoyar la sostenibilidad del sistema, optimizar el flujo de recursos y cubrir obligaciones financieras de manera oportuna. Estas leyes lograron la
implementación de mecanismos efectivos para el uso de excedentes financieros y la administración de recursos específicos destinados al sector salud, generando un impacto positivo en la operación del sistema. Estas leyes, al contar con viabilidad fiscal confirmada, facilitaron una administración más eficiente de los recursos en el sector salud. Esto no solo ha contribuido a aliviar las cargas financieras de las entidades de salud y mejorar la liquidez en el sistema, sino también ha sentado un precedente que permite al actual proyecto de ley continuar utilizando saldos acumulados y recursos no ejecutados en áreas que necesitan financiamiento urgente, manteniendo así la estabilidad y sostenibilidad del sistema de salud colombiano. Respecto del impacto fiscal del proyecto es muy importante precisar que el articulado no tiene efectos directos respecto del gasto público en el sentido de que no genera nuevos conceptos de gasto ni presiona o compromete adiciones al presupuesto general de la nación o los presupuestos de las entidades territoriales. En otras palabras el proyecto no crea ni modifica las cargas fiscales del sector público en razón a que su esencia es el direccionamiento y uso de recursos que ya existen pero que por disposiciones de orden legal no pueden ser usados para el saneamiento de pasivos del sector salud. En su gran mayoría se trata de recursos parafiscales que conforme lo ha señalado la Corte Constitucional en sentencia SU-480 de 1997 y posteriores son recursos de naturaleza pública pero no deben ser incorporados en el presupuesto general de la nación. De otro lado también es relevante destacar que el presente proyecto de ley no impone a los ciudadanos ni a las empresas en Colombia cargas fiscales o parafiscales adicionales a las ya existentes de manera que no implica erogaciones adicionales de recursos por parte de personas naturales o jurídicas. No obstante que el proyecto no tiene impacto fiscal sobre las finanzas públicas, sí tiene un impacto financiero muy importante en el sector salud. Ya las leyes anteriores con contenidos similares mostraron su efecto positivo. Por ejemplo en el caso de ley 1608 de 2013 se tiene un estimativo de un efecto positivo de destinación de recursos del orden de 1,1 billones de pesos cifra que puede ser similar en el caso de la ley 1797 de 2016. Respecto de la ley 1929 de 2018 se tiene estimado un efecto de redireccionamiento de recursos hacia el sector salud por el orden de 1,03 billones de pesos que terminaron por beneficiar no sólo a los prestadores de servicios de salud sino también al talento humano en salud. En el presente proyecto de ley se estima un beneficio agregado de todas las fuentes utilizadas que puede estar por encima de los 3.5 billones de pesos que si bien no tiene como efecto el saneamiento total de los pasivos del sector salud en Colombia, si corresponde a un apoyo que en las actuales circunstancias resulta fundamental para poder garantizar la continuidad de la operación del sistema y de la prestación de servicios de salud a los usuarios beneficiarios. VII. CONFLICTO DE INTERESES. Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente: <i>"ARTÍCULO 1° El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:</i> <i>ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como</i>	<i>conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.</i> <i>a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.</i> <i>b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión</i> <i>c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."</i> Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa. Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso. VIII. PROPOSICIÓN. Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, propongo a la Honorable Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República, dar primer debate al Proyecto de Ley No. 016 de 2026 <i>"Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"</i> conforme al texto propuesto. Atentamente,  NORMA HURTADO SANCHEZ SENADORA DE LA REPÚBLICA IX. TEXTO PROPUESTO. PROYECTO DE LEY 016 DE 2026 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN FINANCIERA Y DE FLUJO DE RECURSOS 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 adoptar medidas que permitan mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de todos los habitantes del país. Artículo 2º. Uso de los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado. Los recursos excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado de los municipios, distritos y departamentos que, validado el cumplimiento de metas, no se hayan destinado a alguno de los usos señalados en el artículo 2º de la ley 1608 de 2013, incluidos los recursos no comprometidos con corte a 31 de diciembre de la vigencia fiscal inmediatamente anterior a la expedición de la presente ley a que hace referencia el numeral i) literal b) del artículo 7º del Decreto 2154 de 2019, podrán usarse conforme a la siguiente prioridad, siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias actuales del Régimen Subsidiado de Salud: 1. Saneamiento fiscal y financiero, destinado a los programas de saneamiento de las ESE, donde igualmente se pagarán primero las deudas laborales del personal de salud. 2. Cofinanciación del esfuerzo propio para asumir el aporte a cargo de municipios y distritos para el Régimen Subsidiado, independiente de su vigencia de causación. 3. Atención a población pobre no asegurada y migrante, mediante el pago de servicios a población pobre no asegurada, servicios no incluidos en el Plan de Beneficios prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, y atención de urgencias a la población migrante no asegurada. 4. Pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE), mediante pago de deudas a cargo de las entidades territoriales, priorizando obligatoriamente las deudas con el talento humano en salud. 5. Infraestructura y dotación, mediante la inversión para el mejoramiento de la red pública de prestadores, siempre que las inversiones estén incluidas en el Plan Maestro de Inversiones en Salud del respectivo departamento o distrito. Parágrafo 1. Los recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la ADRES para financiar programas de promoción de la salud o prevención de la enfermedad no comprometidos al 31 de diciembre de la vigencia fiscal inmediatamente anterior, se podrán reincorporar por las entidades territoriales y destinar a los usos previstos en el presente artículo. Parágrafo 2. Para aplicar los recursos en los usos de los numerales 1, 4 y 5, las entidades territoriales deberán tener garantizada previamente la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado y haber previsto la inversión para la población referida en el numeral 2 de este artículo. Artículo 3º. Uso de los recursos de excedentes de aportes patronales no saneados. Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones (SGP), de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, que no hayan sido aplicados ni saneados y que se encuentren en poder de las administradoras - sean estas EPS, EOC, ARL, Fondos de Pensiones y Cesantías -, de las Empresas Sociales del Estado (ESE) o de las Entidades Territoriales, deberán girarse a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) junto con los rendimientos financieros causados. El giro de los recursos en poder de las administradoras se realizará a más tardar el último día de la mensualidad siguiente a la expedición de la presente ley. La ADRES distribuirá estos recursos entre los departamentos y distritos en función del número de afiliados al Régimen Subsidiado de cada entidad territorial. conformidad con el reglamento del Gobierno nacional, podrán utilizar la garantía en las condiciones que hayan sido aprobadas y hasta la cuantía determinada. 3. Para los propósitos definidos en el artículo 33 de la Ley 2155 de 2021, los créditos que otorgue la banca de segundo piso, se podrán hacer de manera directa. La compensación de la tasa podrá realizarse con recursos de la ADRES o con recursos del Presupuesto General de la Nación de vigencias anteriores que no hayan sido comprometidos en estas líneas y que hubieren tenido la destinación inicial al sector salud o con otros recursos del Presupuesto General de la Nación. 4. Se estructurarán durante la vigencia líneas de crédito blando con tasas compensadas a través de la banca de segundo piso con el fin de otorgar liquidez al sector, Para el pago de estas obligaciones se podrán descontar de los recursos que a cualquier título reconozca la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos y privados. Artículo 6º. Usos de los recursos territoriales excedentes del sector salud. Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos: 1. Los excedentes y saldos no comprometidos de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones con corte a 31 de diciembre de 2019, los cuales se destinarán al pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores y al pago de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de departamentos y distritos. De no existir estas deudas, se usarán para el saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE). Si el municipio perdió la competencia para administrar salud o no tiene deudas pendientes, estos saldos se girarán al departamento para los mismos fines. 2. Los recursos de la estampilla de que trata la Ley 669 de 2001 podrán usarse para pagar deudas por servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC - No PBS - prestados al régimen subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019. Los excedentes también podrán dirigirse al saneamiento de las ESE. Artículo 7º. Recursos destinados para el régimen subsidiado por Entidades Territoriales. El monto de los recursos de esfuerzo propio aportado por las entidades territoriales para la cofinanciación del régimen subsidiado no podrá disminuir, salvo que la entidad acredite ante los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social una insuficiencia de recursos provenientes de todas sus rentas, sean estas endógenas o exógenas. El pago de la Unidad de Pago por Capitación de los afiliados al Régimen Subsidiado tendrá prioridad absoluta sobre cualquier otro gasto en salud de la entidad territorial. Artículo 8º. Proyectos para el saneamiento con cargo a los recursos de regalías. El Gobierno nacional definirá un procedimiento expedito, para que se puedan establecer proyectos orientados al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado, en el que el principal soporte serán las cuentas por pagar y las partidas contables del pasivo a talento humano o a proveedores de las Empresas Sociales del Estado o de Entidades Territoriales por la atención de la población no afiliada al régimen subsidiado de salud. La Entidad Territorial respectiva, deberá revisar la consistencia de las facturas y garantizar la correcta aplicación de los recursos, sin perjuicio de las revisiones que deban realizar los órganos de vigilancia y control del sector. Los proyectos serán estructurados por las respectivas entidades territoriales. Para los efectos de este artículo los proyectos de saneamiento de pasivos se considerarán proyectos de inversión. Artículo 9º. Reconocimiento y certificación de deudas. Los pagadores de servicios de salud, incluida la	Estos recursos se destinarán obligatoriamente a los siguientes usos: 1. Se destinarán al saneamiento de deudas laborales y del talento humano en salud de las Empresas Sociales del Estado, y otros pasivos que la entidad territorial defina como necesarios para garantizar su operación. 2. De no existir deudas por el numeral anterior, al pago de la deuda por concepto de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Parágrafo. Las entidades depositarias de estos recursos y sus revisorías fiscales certificarán el giro de la totalidad de los saldos que pertenecen a las entidades territoriales, bajo la auditoría de los órganos de control respectivos. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad de las ESE de responder por el pago de los aportes de seguridad social de sus empleados Artículo 4º. Recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar. Los recursos de excedentes de rentas cedidas y del monopolio de juegos de suerte y azar de las vigencias 2022-2026 generados como saldos de la Liquidación Mensual de Afiliados, se podrán utilizar en la vigencia que corresponde a la expedición de la presente ley con destino al saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado y al pago de pasivos de estas entidades. Los recursos que en las vigencias 2023-2026 que no se hayan estimado para la cofinanciación del régimen subsidiado de salud de estas vigencias, también podrán utilizarse para el saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado y para el pago de pasivos y excedentes de facturación derivados de la atención de la población no afiliada al régimen subsidiado de salud. Artículo 5º. Mecanismos para otorgar liquidez inmediata. En virtud de lo establecido en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015 y de lo establecido en el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, la subcuenta de Garantías de la ADRES, deberá posibilitar con los recursos que el Ministerio de Salud y Protección Social le transfiera de los proyectos a su cargo, las siguientes medidas: 1. Compra de cartera a Instituciones Prestadoras de servicios de salud, priorizando a las entidades públicas. Esta compra de cartera deberá solicitarse a ADRES por las IPS públicas o privadas a través de los medios existentes. La cartera debe corresponder a reconocida no pagada. Esta condición la certificará el representante legal de la Institución solicitante, certificando la condición de las facturas junto con la Revisoría Fiscal cuando tengan revisor fiscal. Tendrán prioridad para la compra de cartera las Instituciones Públicas y las que deriven sus ingresos en más de un 70% de la atención a usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La ADRES definirá los criterios de asignación de los recursos entre las diferentes IPS solicitantes. La EPS deberá aceptar la operación y descargar la cuenta por pagar una vez le haya sido notificada la operación. La Superintendencia Nacional de Salud verificará que, en tiempo real con la operación, esta se vea reflejada en la Contabilidad de las Entidades involucradas. El pago de la operación se descontará a la EPS directamente del reconocimiento de la UPC y en ningún caso el pago de cada operación o acumulado de este tipo de operaciones podrá exceder el 3% de la UPC anualizada. La ADRES definirá la periodicidad de los descuentos que efectuará a las EPS. 2. Otorgar garantías para créditos con la Banca Comercial o la Banca de Segundo piso. Los potenciales beneficiarios de las operaciones que hayan efectuado el pago de cuotas para acceder a la garantía de ADRES, deberán efectuar la auditoría de cuentas pendientes y certificar los recursos a pagar independientemente de la liquidez que exista para su pago. Las certificaciones se producirán con cortes trimestrales y durante el mes siguiente al vencimiento de cada trimestre. Estas certificaciones que deberán expedirse por el Representante Legal y el responsable de la auditoría de cuentas, podrán ser garantía para la generación de liquidez por parte del sistema financiero, la ADRES u otros mecanismos de financiamiento que existan. La certificación deberá generarse de oficio e involucrar todas las facturas que se encuentren en trámite y radicadas y que cumplan los requisitos mínimos de ser legalmente expedidas y que correspondan a servicios efectivamente prestados. Artículo 10º. Uso de recursos de patrimonios autónomos. Los recursos de los patrimonios autónomos de activos remanentes de las liquidaciones de entidades del sector salud y de protección social, que no se requieran para pagar acreencias calificadas, se usarán en el saneamiento de pasivos derivados de la prestación de servicios de salud por parte de las IPS a las EPS liquidadas y que hayan sido reconocidos, pero no pagados dentro de los respectivos procesos de liquidación. La distribución se hará conforme a la información sobre facturas pendientes de pago que remita la Superintendencia Nacional de Salud y que estén debidamente incluidas en los saldos de las cuentas del Estado de Situación Financiera de la respectiva IPS. Artículo 11º. Reconocimiento de reclamaciones SOAT. Para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento de las indemnizaciones de las víctimas asociadas a los vehículos de tarifa por riesgo diferencial establecidos en el Decreto 2497 de 2023 cuya cuantía exceda las doscientos sesenta y tres coma trece (263.13) UVT y hasta la cobertura que defina el Gobierno nacional, las aseguradoras que emitan la póliza SOAT deberán destinar un porcentaje de los recursos de la prima de que trata el numeral 1, literal a) del artículo 199 del Decreto Ley 663 de 1993 y el literal a) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993, constituida por el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior. La diferencia entre el valor total de los recursos del 20% referido anteriormente y el porcentaje que deba destinar la aseguradora para financiar la cobertura que establezca el Gobierno Nacional, será transferida a la ADRES conforme a las normas vigentes. Parágrafo 1. Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Superintendencia Financiera de Colombia definir anualmente el porcentaje de la prima del SOAT el cual deberá ser suficiente para el cubrimiento de la totalidad de los gastos asociados al reconocimiento de las indemnizaciones de que trata el presente artículo. Parágrafo 2. Las víctimas de accidente de tránsito en los que se encuentre involucrado un vehículo sin póliza SOAT o no esté identificado, tendrán derecho a todos los servicios de salud que requieran, los cuales serán asumidos por la respectiva entidad administradora de planes de beneficios. Esta disposición se aplicará igualmente frente a los servicios de salud que excedan la cobertura total a cargo de la póliza. Parágrafo 3. Para los efectos previstos en este artículo la certificación de agotamiento de cobertura se dispondrá por la aseguradora que emita la póliza SOAT, deberá atender a los principios de celeridad, oportunidad y calidad de la información para que la víctima no vea interrumpido su tratamiento una vez agotada la cobertura de la póliza. Artículo 12º Utilización de recursos del FOSFEC para el saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar que desarrollan actividades de aseguramiento en salud, prestación de servicios de salud y/o gestión farmacéutica, o que tengan programas de salud en proceso de liquidación, o que estén liquidados con saldos insolutos, podrán destinar los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del cuarenta por ciento (40%) de los recursos del artículo 46 de la ley 1438 de 2011
--	---

incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013, para los siguientes fines en el siguiente orden de prelación:

1. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud incluidos los pasivos laborales y de talento humano en salud, de los programas de salud de aseguramiento, prestación de servicios de salud y/o gestión farmacéutica de las Cajas de Compensación Familiar.
2. Reconocimiento y pago de las cuentas por cobrar de las IPS y/o gestores farmacéuticos que funcionen como programas de las Cajas de Compensación Familiar que registren con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en las cuales las Cajas tengan participación accionaria.

Estas cuentas por cobrar deberán estar debidamente, radicadas, auditadas, conciliadas y reconocidas por parte de la Caja y la EPS respectiva. En estos casos será obligatorio por parte de la EPS deudora la ejecución de estos recursos sin situación de fondos para el saneamiento de los respectivos pasivos y el giro se realizará directamente desde el FOSFEC a los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar.

3. Fortalecimiento patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que funcionen como programas de salud de las Cajas y/o capitalización de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en las cuales las Cajas tengan participación accionaria.
4. Saneamiento de los pasivos, incluidos los pasivos netos de liquidación, de los programas de aseguramiento en Salud en el régimen contributivo y/o subsidiado liquidados o en proceso de liquidación de las Cajas de Compensación Familiar en favor de los demás programas autosostenibles de las Cajas de Compensación Familiar.
5. Saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, que hayan sido objeto de escisión y que se encuentren acumulados antes del perfeccionamiento de la misma.
6. El pago de los créditos excluidos de la masa reconocidos en el proceso de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar que resulten a favor de ADRES, de la cuenta alto costo, los usuarios por prestaciones económicas y de otros que determine y reconozca el liquidador como créditos excluidos de la masa.
7. Los gastos de administración asociados a los procesos de liquidación o escisión de los programas de salud de aseguramiento de las Cajas de Compensación Familiar, contemplados en la normatividad vigente.
8. Fortalecimiento patrimonial de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que funcionen como programas de salud de las Cajas.

Parágrafo 1°. Para los fines previstos en el presente artículo, las Cajas de Compensación Familiar podrán adicionalmente, destinar los saldos no ejecutados del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante FOSFEC acumulados a 31 de diciembre de 2024 y en adelante utilizar los saldos no ejecutados en cada uno de los años calendario contemplados en el parágrafo transitorio, para ser utilizados en la vigencia anual siguiente a la cual se producen los saldos.

Parágrafo 2°. Lo dispuesto en el presente artículo, se aplicará sin perjuicio de la garantía de las prestaciones económicas de que trata el artículo 11 de la Ley 1636 de 2013 modificado por el artículo 3 de la Ley 2225 de 2022 o las normas que las modifiquen o complementen.

Parágrafo Transitorio. La modificación temporal de la destinación de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) de que trata el presente artículo, será hasta por cinco (5) años calendario contados a partir del primero (1°) de enero de la vigencia fiscal siguiente a la expedición de la presente ley. Una vez cumplido este periodo, dichos recursos volverán a tener la destinación contemplada en el

numeral 2 del artículo 6° de la Ley 1636 de 2013 o las normas que las modifiquen o complementen.

Artículo 13°. Giro directo de UPC. El giro directo para pagar la atención de servicios de salud desde la ADRES se dará en todos los casos sobre el 90% del valor total de la UPC, de acuerdo con la certificación de deuda emitida por la respectiva Entidad Promotora de Salud. Se sujetarán al mecanismo de giro directo los recursos de Presupuestos Máximos y los que a cualquier título reconozca la ADRES a las EPS.

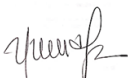
La ADRES a su vez, registrará en sus pasivos, toda acreencia y reclamación que haya sido radicada y el Gobierno reglamentará el régimen de inversiones de la liquidez que ampare estas posibles obligaciones y contingencias.

Los recursos provenientes de eventuales reajustes de la UPC también se someterán a la regla de giro directo señalada en el presente artículo.

Artículo 14°. Auditoría Fiscal. La Contraloría General de la República realizará auditorías permanentes y aleatorias a los actores del sistema de salud beneficiarios, que permitan validar la veracidad de los pasivos reportados por los prestadores de servicios de salud, así como los pagos efectivamente realizados con los recursos y destinaciones establecidos en la presente ley. Lo anterior, sin perjuicio de las demás actuaciones a que hubiere lugar, y que resulten propias de las competencias del ente de Control.

Artículo 15°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación deroga todas las normas que le sean contraria

Atentamente,



NORMA HURTADO SANCHEZ
SENADORA DE LA REPUBLICA



CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPUBLICA

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día veintinueve (21) del mes de septiembre del año dos mil veinte seis (2026)

- En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República, Informe de Ponencia** para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 016/2026 Senado

TÍTULO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN FINANCIERA Y DE FLUJO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

INICIATIVA: H.S. NORMA HURTADO SÁNCHEZ, H.R VICTOR MANUEL SALCEDO, LUIS ALFONSO CHÁVEZ

RADICADO: EN SENADO: **21-07-2026** EN COMISIÓN: **11-08-2026** EN CÁMARA: **XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	POENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VI SENADO	POENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	POENCIA 1º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VI CAMARA	POENCIA 2º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
15Art 962/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
NORMA HURTADO SANCHEZ	PONENTE UNICA	PARTIDO DE LA U

NÚMERO DE FOLIOS: CUARENTA Y TRES (43)
RECIBO EL DÍA: 20 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 21:27 PM

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



ALFREDO JOSÉ MOÍSES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 38 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la Ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones.

Comisión Séptima Constitucional Permanente

CSP-CS- 0961-2026
Bogotá D.C., 21 de septiembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Doctora
LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República
E. S. D.

ASUNTO: Publicación en la Gaceta del Congreso informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No 038/2026 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA FORTALECER LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ENTORNOS ESPECIALES, SE ACTUALIZA LA LEY 1616 DE 2013, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Respetado Secretario,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, y teniendo en cuenta lo dispuesto en artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, remito a su Despacho en medio electrónico para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, la siguiente ponencia, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 038/2026 Senado

TÍTULO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA FORTALECER LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ENTORNOS ESPECIALES, SE ACTUALIZA LA LEY 1616 DE 2013, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

INICIATIVA: H.S. PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, H.R. MIGUEL ÁNGEL GRISALES SUÁREZ.

RADICADO EN SENADO: 22-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-202X

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VÍ SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VÍ CÁMARA	PONENCIA 2º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA
30 Art 970/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
ORLANDO DE LA HOZ GARCÍA	COORDINADOR	PACTO HISTÓRICO
LEONARDO DE JESÚS GALLEGO ARROYAVE	PONENTE	PARTIDO LIBERAL
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE	PACTO HISTÓRICO

NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA Y SIETE (37)
RECIBÍO EL DÍA: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 11:53 AM

Atentamente,

ALFREDO JOSÉ MOISES LÓPEZ
Secretario General Comisión Séptima

Proyecto: Daniela Ortiz
Revisó y aprobó: Alfredo José Moisés López -Secretario General

¡VIVIR LA DEMOCRACIA!

Edificio Nuevo del Congreso
Carrera 7 No. 8-68 Oficina 241B
Teléfonos: 3824264/68/69/73;
comision.septima@senado.gov.co

Bogotá D.C., 19 de septiembre de 2026

Honorable Senador
Andrés Forero Molina
Presidente
Comisión Séptima
Congreso de la República.

Doctor
ALFREDO JOSÉ MOISES LÓPEZ
Secretaria
Comisión Séptima
Congreso de la República.

Asunto: Informe De Ponencia Positiva Para Primer Debate Proyecto De Ley No. 038 De 2026 Senado "Por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones".

Honorable Presidente y respetado Secretario reciban un cordial saludo,

Atendiendo a lo dispuesto en los artículos 150, 153, y 156 de la Ley 5ª de 1992, y conforme a la designación hecha por la Mesa Directiva como coordinador ponente y ponentes de esta iniciativa, nos permitimos, rendir informe de ponencia positiva para primer debate al Proyecto de Ley No. 038 De 2026 Senado "Por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones" por las razones expuestas en el cuerpo de la ponencia.

De los honorables congresistas,

ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCÍA
Honorable Senador de la República
Coordinador Ponente

LEONARDO GALLEGO ARROYAVE
Honorable Senador de la República
Ponente

FERNEY SILVA IDROBO
Honorable Senador de la República
Ponente

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE DE PROYECTO DE LEY NO. 038 DE 2026 SENADO "Por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

1. Antecedentes de la iniciativa

El proyecto fue radicado el 22 de julio de 2026 y publicado en la Gaceta del Congreso No. 970 del 11 de agosto de 2026. Mediante oficio CSP-CS-0809-2026, del 19 de agosto de 2026, fueron designados como ponentes los senadores Orlando Miguel de la Hoz García, coordinador, Leonardo de Jesús Gallego Arroyave y Fernelly Silva Idrobo.

Entornos especiales para la atención en salud mental. Para efectos de la presente ley, son aquellos ámbitos penitenciarios y carcelarios, laborales del talento humano en salud, educativos y de protección de niñas, niños y adolescentes, así como los relacionados con emergencias de salud pública, en los cuales existen condiciones particulares de riesgo o vulnerabilidad que requieren medidas diferenciadas de promoción, prevención, atención, seguimiento y recuperación de la salud mental.

Precisión sobre la estructura del proyecto.

Para efectos del presente informe, el análisis y el pliego de modificaciones se realizan sobre el texto normativo del Proyecto de Ley No. 038 de 2026 Senado publicado en la Gaceta del Congreso No. 970 de 2026, integrado por treinta (30) artículos. La relación temática incluida en la exposición de motivos corresponde a una estructura previa de treinta y tres (33) artículos y presenta diferencias de numeración frente al articulado publicado. En consecuencia, las referencias y modificaciones contenidas en esta ponencia se efectúan exclusivamente sobre el articulado sometido formalmente a consideración del Congreso.

2. Objeto del proyecto de ley

La iniciativa pretende fortalecer la garantía del derecho a la salud mental en entornos que presentan riesgos particulares: el sistema penitenciario y carcelario, el talento humano en salud, el sistema educativo y las afectaciones persistentes relacionadas con emergencias de salud

pública. También propone incorporar un componente psicospiritual. Su finalidad general es constitucionalmente legítima; sin embargo, varias disposiciones deben actualizarse para evitar duplicidades con las reformas de 2025 y prevenir afectaciones a la intimidad, la autonomía universitaria, la libertad religiosa, la autonomía territorial y la sostenibilidad fiscal.

3. Alcance del presente proyecto de ley

La necesidad de proteger la salud mental en entornos especiales permanece vigente. Las personas privadas de la libertad y el personal de custodia están expuestos a condiciones de aislamiento, violencia, hacinamiento, ruptura de redes familiares y riesgos psicosociales que exigen respuestas diferenciadas. El talento humano en salud enfrenta cargas emocionales, jornadas extensas, responsabilidad clínica y exposición continuada al sufrimiento. En el sistema educativo se requieren mecanismos preventivos, rutas de remisión y ajustes razonables que eviten el estigma y protejan la permanencia escolar.

La justificación del texto radicado debe actualizarse porque, antes de su presentación, entraron en vigor las Leyes 2460 y 2518 de 2025 y fue adoptada la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034 mediante el Decreto 729 de 2025. Estas normas ya desarrollaron componentes de promoción, prevención, educación, participación social, información, observatorio, protocolos e informes al Congreso. En consecuencia, la necesidad legislativa no consiste en repetir esos instrumentos, sino en cerrar brechas concretas de coordinación, confidencialidad, continuidad de la atención y protección reforzada en los entornos prioritarios.

La ponencia favorable se sustenta en que la finalidad del proyecto desarrolla los artículos 13, 44, 47, 48 y 49 de la Constitución y puede conservarse mediante modificaciones que respetan su identidad temática. Las supresiones eliminan disposiciones duplicadas, desactualizadas o ajenas a una finalidad terapéutica verificable. Las sustituciones incorporan consentimiento informado, neutralidad religiosa, autonomía universitaria, gobernanza de datos, distribución de competencias, gradualidad e integración con los mecanismos ya vigentes.

El valor agregado de la iniciativa corregida se concentra en cuatro resultados: primero, reforzar la atención diferenciada en el entorno penitenciario y la continuidad de los apoyos; segundo, proteger al talento humano en salud desde la formación sin invadir la autonomía universitaria ni

revelar información clínica; tercero, reconocer afectaciones persistentes asociadas a emergencias de salud pública desde evidencia actual, sin perpetuar un régimen excepcional sobre COVID-19; y cuarto, permitir apoyo espiritual o existencial únicamente como acompañamiento voluntario, pluralista, confidencial y separado del tratamiento clínico.

Esta justificación reemplaza, para efectos del debate y de la deliberación legislativa, las referencias desactualizadas o incongruentes de la exposición de motivos. No altera retroactivamente el documento presentado por los autores: deja trazabilidad de sus deficiencias, explica la necesidad actual de las medidas y ofrece a la Comisión razones suficientes para decidir sobre cada modificación.

4. Marco constitucional, legal y jurisprudencial

- Constitución Política: artículos 1, 2, 13, 15, 18, 19, 44, 47, 48, 49, 67, 69, 209 y 287. La iniciativa desarrolla la dignidad, la igualdad material y el derecho fundamental a la salud, pero debe respetar intimidad, libertad de conciencia y de cultos, autonomía universitaria, función administrativa y autonomía territorial.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015: exige disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, así como respeto por la autonomía de las personas y atención integral basada en evidencia.
- Ley 1616 de 2013, modificada por la Ley 2460 de 2025: constituye el marco general de salud mental. La reforma de 2025 ya reguló educación, participación, observatorio, sistema de información e informe anual al Congreso.
- Ley 2518 de 2025 y Decreto 729 de 2025: fortalecieron la Política Nacional de Salud Mental y su gobernanza intersectorial, comunitaria y territorial. La nueva regulación debe ser complementaria, no paralela.
- Protección de datos: los datos sobre salud son sensibles conforme a la Ley 1581 de 2012. Su tratamiento debe observar legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso restringido, seguridad y confidencialidad; los reportes legislativos deben ser agregados y anonimizados.
- Sentencia SU-512 de 2024: la atención de personas privadas de la libertad con discapacidad psicosocial o necesidades de salud mental debe asegurar dignidad, consentimiento libre e

informado, apoyos para la toma de decisiones, ajustes razonables y continuidad de la atención.

- Neutralidad religiosa: la asistencia espiritual puede reconocerse como apoyo voluntario, pero no puede sustituir la atención clínica, imponer una creencia ni excluir a personas no creyentes. La regulación debe ser pluralista, neutral y respetuosa de la libertad de conciencia.

5. Impacto Fiscal

El pliego elimina programas autónomos, cartillas permanentes e informes paralelos que podrían generar costos no estimados. Las medidas restantes se integran a políticas, sistemas de información, competencias y presupuestos sectoriales vigentes. Conforme al artículo 7 de la Ley 819 de 2003, su implementación deberá ser gradual, atender el Marco Fiscal de Mediano Plazo y sujetarse a las disponibilidades presupuestales de cada entidad, sin que ello pueda emplearse para desconocer el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud.

6. Consideraciones de los ponentes

La aprobación es jurídicamente viable si el proyecto se concentra en brechas residuales y se elimina la regulación duplicada u obsoleta. El pliego conserva la identidad temática protección de la salud mental en entornos especiales y no introduce una materia nueva. Por tanto, respeta los principios de unidad de materia, consecutividad e identidad flexible propios del trámite legislativo. La Comisión puede modificar o suprimir artículos en primer debate. Esta competencia deriva de los artículos 157 y 160 de la Constitución y de los artículos 114, 115, 157 y concordantes de la Ley 5ª de 1992. Las modificaciones aquí propuestas mantienen el objeto del proyecto, corrigen riesgos constitucionales y evitan expedir disposiciones redundantes frente a las Leyes 2460 y 2518 de 2025.

Desde el punto de vista de técnica legislativa, la diferencia entre la exposición de motivos y el articulado se supera identificando con precisión el texto normativo publicado, explicando la divergencia en la ponencia, justificando las decisiones adoptadas sobre ese texto y presentando un pliego y un texto propuesto inequívocos. En consecuencia, esta ponencia se estructura sobre los treinta (30) artículos contenidos en la Gaceta del Congreso No. 970 de 2026.

La decisión favorable es, por tanto, condicionada al pliego integral. No se recomienda aprobar el texto original sin cambios. La supresión de disposiciones no desconoce la voluntad de los autores, pues conserva el propósito central y elimina riesgos que podrían comprometer la eficacia de la ley o su control constitucional posterior.

7. Pliego de modificaciones

Las supresiones y reformas se realizan sobre la numeración del texto radicado de treinta (30) artículos. El texto propuesto para primer debate se numera consecutivamente.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
Por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales; se actualiza la Ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones	Se mantiene la redacción.	N/A
EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:	Se mantiene la redacción.	N/A
Artículo 1. Objeto. Establecer medidas para fortalecer la atención en salud mental, entendida como el bienestar emocional, psicológico y social, en el territorio nacional, actualizar elementos de la ley 1616 de 2013 con el fin de avanzar en la garantía progresiva e integral del derecho a la salud, promover la atención diferenciada en entornos especiales y la recuperación de la salud mental de los colombianos, así como adoptar un enfoque de acompañamiento, consejería, psicoterapia y sistemas terapéuticos basados en evidencia científica.	Se mantiene la redacción.	N/A
Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones incluidas en la presente ley buscan ampliar las garantías existentes al derecho a la salud en el relacionado con la salud mental en el marco del Sistema de Salud colombiano y se enfocará de manera específica en la población privada de libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario tanto para aquellos que poseen medida de aseguramiento intramural o prisión domiciliaria, así como del personal de custodia y guarda; el talento humano en salud de acuerdo con las disposiciones del artículo 2 de la Ley 1616 de 2013; en el sistema educativo colombiano en los entornos de los componentes de educación inicial, básica, educación media y educación superior, las niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo la protección del ICBF y las personas que presenten afectaciones derivadas del COVID.	Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones incluidas en la presente ley buscan ampliar las garantías existentes al derecho a la salud en el relacionado con la salud mental en el marco del Sistema de Salud colombiano y se ENFOCARÁN de manera específica en la población privada de libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario, tanto para aquellos que poseen medida de aseguramiento intramural o prisión domiciliaria, así como del personal de custodia y guarda; el talento humano en salud de acuerdo con las disposiciones del artículo 2 de la Ley 1616 de 2013; en el sistema educativo colombiano, en los entornos de los componentes de educación inicial, básica, educación media y educación superior; las niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo la protección del ICBF; y las personas que presenten afectaciones derivadas del COVID.	Se realizan ajustes de puntuación para mejorar la claridad del ámbito de aplicación, sin alterar su contenido material.
CAPÍTULO I DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA EL ENTORNO CARCELARIO	Se mantiene la redacción.	N/A
Artículo 3. Servicios de salud mental para la población privada de la libertad. En desarrollo del artículo 4 y demás normas concordantes de la Ley 1616 de 2013, el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPCC) con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, creará e implementará, en un plazo no mayor a seis (6) meses	Artículo 3. Servicios de salud mental para la población privada de la libertad. En desarrollo del artículo 4 y demás normas concordantes de la Ley 1616 de 2013, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPCC), con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, CREARÁN	Se corrigen la sintaxis, la puntuación, la denominación de las entidades y el uso de siglas, se unifica el término telemedicina, sin alterar el alcance sustancial.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
a partir de la promulgación de la presente ley, un protocolo y guías de atención integral con base en evidencia científica y sin perjuicio del cumplimiento de la pena, para la promoción, prevención, seguimiento y medición en materia de salud mental para la población privada de la libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario del país así como para la reducción de los efectos de la prisionalización. Los protocolos y lineamientos creados en virtud del presente artículo deberán incluir acompañamiento permanente y medible en materia de salud mental, y deberán ser atendidos por profesionales idóneos y dirigidos a atender las necesidades de los privados de la libertad de manera particular y se complementarán con los avances preexistentes en materia de promoción del derecho a la salud mental dentro del sistema penitenciario y carcelario del país, así como para la reducción de los efectos de la prisionalización. Los protocolos y lineamientos creados en virtud del presente artículo deberán incluir acompañamiento permanente y medible en materia de salud mental, y deberán ser atendidos por profesionales idóneos y dirigidos a atender las necesidades de los privados de la libertad de manera particular, y se complementarán con los avances preexistentes en materia de promoción del derecho a la salud mental dentro del sistema penitenciario y carcelario de Colombia, fortaleciendo la articulación con ORGANIZACIONES de la SOCIEDAD CIVIL.	IMPLEMENTARÁN, en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley, un protocolo y guías de atención integral con base en evidencia científica y sin perjuicio del cumplimiento de la pena, para la promoción, prevención, seguimiento y medición en materia de salud mental para la población privada de la libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario del país, así como para la reducción de los efectos de la prisionalización. Los protocolos y lineamientos creados en virtud del presente artículo deberán incluir acompañamiento permanente y medible en materia de salud mental, y deberán ser atendidos por profesionales idóneos y dirigidos a atender las necesidades de los privados de la libertad de manera particular, y se complementarán con los avances preexistentes en materia de promoción del derecho a la salud mental dentro del sistema penitenciario y carcelario de Colombia, fortaleciendo la articulación con ORGANIZACIONES de la SOCIEDAD CIVIL.	
Además, deberán considerarse e incluir mecanismos integrales de acción dirigidos al entorno familiar cercano de la persona privada de la libertad, los cuales se implementarán en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en todo caso se dará prelación y respetarán los derechos de los niños, niñas y adolescentes de conformidad con el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia.	Además, deberán considerarse e incluir mecanismos integrales de acción dirigidos al entorno familiar cercano de la persona privada de la libertad, los cuales se implementarán en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). En todo caso, se dará prelación y respetarán los derechos de los niños, niñas y adolescentes, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia.	
Parágrafo 1. Las políticas subyacentes al presente artículo podrán hacer uso de herramientas virtuales, tecnologías de tele medicina, y demás herramientas tecnológicas existentes que permitan ejercer de manera eficaz el derecho a la salud mental.	Parágrafo 1. Las políticas subyacentes al presente artículo podrán hacer uso de herramientas virtuales, tecnologías de telemedicina y demás herramientas tecnológicas existentes que permitan ejercer de manera eficaz el derecho a la salud mental.	
Parágrafo 2. Los protocolos y lineamientos de los que trata el presente artículo se revisarán y ajustarán cada dos (2) años a partir de su expedición.	Parágrafo 2. Los protocolos y lineamientos de los que trata el presente artículo se revisarán y ajustarán cada dos (2) años a partir de su expedición.	
Parágrafo 3. Los servicios de salud mental de la población privada de la libertad con fines de reinserción y reincorporación social también cobijarán a aquellas personas que se encuentren cumpliendo penas con permiso de trabajo, libertad condicional o suspensión provisional de pena con autorización de trabajo de que trata la Ley 2208 de 2022. Sin perjuicio de lo anterior, el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá establecer protocolos de atención en salud mental para la población penosa como parte de su proceso de reincorporación social y laboral.	Parágrafo 3. Los servicios de salud mental de la población privada de la libertad con fines de reinserción y reincorporación social también cobijarán a aquellas personas que se encuentren cumpliendo penas con permiso de trabajo, libertad condicional o suspensión provisional de pena con autorización de trabajo de que trata la Ley 2208 de 2022. Sin perjuicio de lo anterior, el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá establecer protocolos de atención en salud mental para la población penosa como parte de su proceso de reincorporación social y laboral.	
Artículo 4. Medidas de garantía del derecho a la salud mental del personal de guarda. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), con el acompañamiento del Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá adaptar al ámbito penitenciario y carcelario un protocolo de respeto, garantía y fomento del derecho a la salud mental del personal de guarda que labora dentro del sistema penitenciario y carcelario del país, así como de los demás profesionales que desarrollan tareas dentro del sistema penitenciario. Las medidas establecidas en el protocolo del que trata el presente artículo deberán considerarse e incluir la creación de canales de atención en materia de salud mental, así como brigadas periódicas y permanentes atendidas por	Artículo 4. Medidas de garantía del derecho a la salud mental del personal de guarda. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), con el acompañamiento del Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá adaptar al ámbito penitenciario y carcelario un protocolo de respeto, garantía y fomento del derecho a la salud mental del personal de guarda que labora dentro del sistema penitenciario y carcelario del país, así como de los demás profesionales que desarrollan tareas dentro del sistema penitenciario. Las medidas establecidas en el protocolo del que trata el presente artículo deberán considerarse e incluir la creación de canales de atención en materia de salud mental, así como brigadas periódicas y permanentes atendidas por	Se corrigen la denominación institucional, el uso de la sigla INPEC y aspectos de sintaxis y puntuación, sin modificar el contenido material.

Texto original	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
profesionales idóneos para la atención del personal de trabajo dentro del sistema penitenciario y carcelario del país. Parágrafo. El protocolo y los lineamientos de los que consta el presente artículo se revisarán y ajustarán cada dos (2) años a partir de su expedición.	material de salud mental, así como brigadas periódicas y permanentes atendidas por profesionales idóneos para la atención del personal que trabaja dentro del sistema penitenciario y carcelario del país. Parágrafo. El protocolo y los lineamientos de los que consta el presente artículo se revisarán y ajustarán cada dos (2) años a partir de su expedición.	
Artículo 5. Participación social para la Garantía del derecho a la salud mental. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC conformarán un Comité de Asesoría, integrado por organizaciones de la sociedad civil y de la academia, para la asesoría técnica y la atención de salud mental contemplados en la Ley 1616 de 2013 para la atención de la población prisionera de la libertad en centros de reducción y establecimientos carcelarios del sistema penitenciario del país.	Artículo 5. Participación social para la Garantía del derecho a la salud mental. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC conformarán un Comité de Asesoría, integrado por organizaciones de la sociedad civil y de la academia, para la asesoría técnica y la experiencia en la atención de salud mental contemplados en la Ley 1616 de 2013, para la atención de la población prisionera de la libertad en centros de reducción y establecimientos carcelarios del sistema penitenciario del país.	Se corrigieron errores de sintaxis, puntuación y uso de siglas, sin alterar el fondo de la disposición.
Artículo 6. Adiciónese un numeral al artículo 30 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: Artículo 30. Funciones del Consejo Nacional de Salud Mental. Son funciones del Consejo: (...)	Artículo 6. Adiciónese un numeral al artículo 30 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: Artículo 30. Funciones del Consejo Nacional de Salud Mental. Son funciones del Consejo: (...)	
1. Garantizar la implementación y políticas tendientes a garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental del personal de vigilancia en los centros carcelarios y de la población prisionera de la libertad en Colombia, como una medida de re socialización efectiva y de protección de los efectos de la prisonización.	1. Garantizar la implementación y políticas tendientes a garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental del personal de vigilancia en los centros carcelarios y de la población prisionera de la libertad en Colombia, como una medida de re socialización efectiva y de protección de los efectos de la prisonización.	
Artículo 7. Colaboración Armónica. En virtud del principio de colaboración armónica, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá promover y concertar con los demás sectores administrativos y ramas del poder público, aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para cumplir con el objeto de la presente ley.	Artículo 7. Colaboración Armónica. En virtud del principio de colaboración armónica, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá promover y concertar con los demás sectores administrativos y ramas del poder público, aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para cumplir con el objeto de la presente ley.	
2. Coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario -INPEC- y las Unidades de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC, la implementación de los programas que se estén desarrollando en cumplimiento del artículo 4 de la Ley 1616 de 2013.	2. Coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario -INPEC- y las Unidades de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC, la implementación de los programas que se estén desarrollando en cumplimiento del artículo 4 de la Ley 1616 de 2013.	Se realizan ajustes de puntuación, estilo legislativo y citación de la Ley 1616 de 2013, sin alterar el alcance de la disposición.
CAPÍTULO II DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD	Se mantiene la redacción.	N/A
Artículo 8. Salud mental del talento humano en salud. Para efectos de la presente Ley, la salud mental del talento humano en salud se enmarca según lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1616 de 2013 y se entiende como una garantía en el cuidado de la vida, la dignidad y la integridad de quienes prestan los servicios dentro del Sistema de Salud colombiano, en razón a la naturaleza de su trabajo, que les exige el desempeño de su oficio, cuyo desempeño acarrea una alta exposición a factores de riesgo psicosociales relacionados con carga emocional, alta responsabilidad, alta carga de trabajo, estrés crónico de los terminales generando estragos y efectos negativos en la salud mental.	Artículo 8. Salud mental del talento humano en salud. Para efectos de la presente Ley, la salud mental del talento humano en salud se enmarca según lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1616 de 2013 y se entiende como una garantía en el cuidado de la vida, la dignidad y la integridad de quienes prestan los servicios dentro del Sistema de Salud colombiano, en razón a la naturaleza de su trabajo, que les exige el desempeño de su oficio, cuyo desempeño acarrea una alta exposición a factores de riesgo psicosociales relacionados con carga emocional, alta responsabilidad, alta carga de trabajo, estrés crónico de los terminales generando estragos y efectos negativos en la salud mental.	Se corrigieron errores de concordancia y redacción, sin modificar el contenido material.
Artículo 9. Política de atención integral preventiva en salud mental. El Estado garantizará la atención integral preventiva en salud mental, en el marco de la	Artículo 9. Política de atención integral preventiva en salud mental. El Estado garantizará la atención integral preventiva en salud mental, en el marco de la	Se ajustó la puntuación, la

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
aras de desarrollar y actualizar los lineamientos, programas y normativas en materia de garantía de calidad del servicio que se preste al talento humano en salud contemplados en el artículo 21 de la Ley 1616 del 2013, y así mismo, dentro de las seis meses a la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará e implementará los lineamientos, protocolos, estándares y guías de atención integral y las directrices necesarias para la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales en el personal de salud, de igual forma la rehabilitación psicosocial, el cuidado psicológico y el de su entorno familiar y la salud mental positiva contenida en el artículo 34 de la Ley 1616 del 2013. La política se construirá a partir de un proceso de socialización plural, abierto público con todos los actores dentro del Sistema de Seguridad Social, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, El Ministerio de Educación Superior, las Instituciones de Salud Maternal, las Administradoras de Riesgos Laborales, agencias, organismos del sector salud, los trabajadores organizados, organizaciones de profesionales en salud, colegios de profesionales en salud, asociaciones de pacientes y cuidadores, familiares organizados de estudiantes y demás actores interesados que considere invitar el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta política se revisará y ajustará cada dos (2) años a partir de su expedición. Parágrafo. Las condiciones ocasionadas a la salud mental de los sujetos ocasionadas por la pandemia COVID-19, serán valoradas con especial atención, con el ánimo de mitigar sus impactos y revertir los efectos ocasionados. En ese sentido, la salud tendrá prioridad en la implementación de los lineamientos, protocolos establecidos en esta política de atención integral preventiva.	humano en salud. En aras de desarrollar y actualizar los lineamientos, programas y normativas en materia de garantía de calidad del servicio que se preste al talento humano en salud contemplados en el artículo 21 de la Ley 1616 del 2013, y así mismo, dentro de las seis meses a la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará e implementará los lineamientos, protocolos, estándares y guías de atención integral y las directrices necesarias para la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales en el personal de salud, de igual forma, la rehabilitación psicosocial, el cuidado psicológico y el de su entorno familiar y la salud mental positiva contenida en el artículo 34 de la Ley 1616 del 2013. La política se construirá a partir de un proceso de socialización plural, abierto y público con todos los actores dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Consejo Nacional del Trabajo, el Consejo Nacional de Salud Maternal, las ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES, agencias, organismos del sector salud, los trabajadores organizados, organizaciones de profesionales en salud, colegios de profesionales en salud, asociaciones de pacientes y cuidadores, familiares organizados de estudiantes y demás actores interesados que considere invitar el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta política se revisará y ajustará cada dos (2) años a partir de su expedición. Parágrafo. Las condiciones ocasionadas a la salud mental de los sujetos ocasionadas por la pandemia COVID-19, serán valoradas con especial atención, con el ánimo de mitigar sus impactos y revertir los efectos ocasionados. En ese sentido, la salud tendrá prioridad en la implementación de los lineamientos y protocolos establecidos en esta política de atención integral preventiva.	determinaciones institucionales y la estructura de COVID-19, sin perjuicio de lo anterior, en su disposición.
Artículo 10. Adóscinese un parágrafo al artículo 21 de la Ley 1616 del 2013, el cual quedará así: Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá diseñar un protocolo de seguimiento al cumplimiento de la política de atención integral preventiva, buscando identificar el cumplimiento y adhesión de los actores involucrados en el desarrollo de la salud humana en salud empleados dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. En todo caso, la protección de los datos personales que se genere aplicará de manera inmediata en el ejercicio de sus funciones en el desarrollo del talento humano en salud definido en el artículo 17 de la Ley 1164 del 2007.	Artículo 10. Adóscinese un parágrafo al artículo 21 de la Ley 1616 del 2013, el cual quedará así: Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá diseñar un protocolo de seguimiento al cumplimiento de lo dispuesto en la presente política de atención integral preventiva, buscando el cumplimiento y adhesión de la protección al derecho a la salud mental del talento humano en salud contemplado en el artículo 17 de la Ley 1164 del 2007.	Se corrige la puntuación y un error de concordancia gramatical, sin modificar el contenido normativo.
Artículo 11. Medidas de protección del derecho a la salud mental en la formación del personal de salud. Las Instituciones de Educación Superior, en el marco del respeto a la autonomía universitaria, deberán implementar políticas dirigidas por profesionales de la salud mental, tendientes a prevenir afectaciones y vulneraciones al derecho a la salud mental de los estudiantes durante el proceso educativo y formativo. El Ministerio de Educación Superior en el ejercicio de sus funciones de inspección y vigilancia hará un seguimiento o adopción de lo dispuesto en el presente artículo.	Artículo 11. Medidas de protección del derecho a la salud mental en la formación del personal de HUMANOS EN SALUD. LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA, CONFORMIDAD CON LA LEY ESTATUTARIA DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA, EN EL MARCO DEL RESPETO A LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA, DEBERÁN IMPLEMENTAR POLÍTICAS DIRIGIDAS POR PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL, TENDIENTES A PREVENIR AFECTACIONES Y VULNERACIONES AL DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES DURANTE EL PROCESO EDUCATIVO Y FORMATIVO. EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA HARÁ UN SEGUIMIENTO O ADOPCIÓN DE LO DISPUESTO EN EL PRESENTE ARTÍCULO.	Protege la autonomía universitaria, limita el seguimiento estatal a resultados cuantificables, protege los casos individualizados y exige a las autoridades educativas la agregación y anonimización.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
Parágrafo 1. Las disposiciones contenidas en este artículo contemplarán adicionalmente a las disposiciones que ejercen el Servicio Social Obligatorio, a los médicos residentes e especialistas susceptibles dentro del ámbito funcional y legal de la Ley 1917 de 2018. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán formación y actualización permanente en acciones de promoción y prevención de la salud mental para el talento humano en salud en los términos de la Ley 1616 de 2013. Parágrafo 2. El Ministerio de Educación Nacional garantizará el informe anual a las comisiones séptimas constitucionales sobre la implementación de las disposiciones contenidas en el presente artículo. En este informe se deberá incluir las políticas que respeten las instituciones de Educación Superior, los casos de afectaciones de la salud mental de los estudiantes y las acciones llevadas a cabo por las Instituciones de Educación Superior para gestionar estos casos.	del talento humano en salud, TALES INFORMANTES DEBERÁN DEBERÁN INCLUIR MECANISMOS CONFORMES CONFORMES DE ORIENTACIÓN, MEDIDAS DE REMISSION AL SISTEMA CONTRA EL ESTIGMA Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA, ACCESO Y DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN EDUCATIVA PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA NI REALIZAR DIAGNÓSTICOS PARÁGRAFO 2. El Ministerio de Educación Nacional, en COORDINACIÓN CON CON EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y CON PARTICIPACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR, EXPEDIRÁ ORIENTACIONES TÉCNICAS GENERALES QUE RESPETEN LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA Y SE ARTICULEN CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CUANDO REQUIERE APLICABLE. ESTAS MEDIDAS DEBERÁN RESPECTAR LAS POLÍTICAS DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO Y A LOS MÉDICOS RESIDENTES, DENTRO DE SUS RESPECTIVOS REGÍMENES. Parágrafo 2. El informe anual a las comisiones CONSTITUCIONALES SE LIMITARÁ A RESULTADOS INSTITUCIONALES, COBERTURA, ACCIONES ADOPTADAS E INDICADORES AGREGADOS Y ANONIMIZADOS EN CASO CONTRARIO HISTORIAS CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS, NOMBRES, IDENTIFICADORES, DIRECCIONES, CONTACTOS, INFORMACIÓN QUE PERMITA IDENTIFICAR A ESTUDIANTES O PROFESIONALES	
CAPÍTULO III DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO COLOMBIANO	Se mantiene la redacción.	N/A
Artículo 24. Adiciónese un inciso y un parágrafo al artículo 24 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: Artículo 24. Integración escolar. El Estado, a través de la comunidad deberá propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental. Los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, o la entidad que haga sus veces, deben un esfuerzos, diseñando estrategias que favorezcan la integración al aula regular y actuando sobre factores que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales. Las entidades territoriales certificadas en educación deberán adaptar los medios y condiciones de enseñanza, preparar a los educadores según las necesidades de la población estudiantil del departamento y/o municipio, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinario calificado en un centro de atención en salud cercano al centro educativo. Igualmente, las entidades territoriales certificadas en salud deberán contar con un grupo de profesionales en salud mental, los cuales serán los encargados de brindar apoyo a la comunidad educativa de la respectiva entidad territorial cuando se presenten situaciones relacionadas con la salud mental y garantizar la atención médica indispensable a la población afectada. Parágrafo. Las instituciones de educación superior que tengan el programa de psicología y/o psiquiatría podrán colaborar convenientes con instituciones de educación preescolar, básica, media y superior, para	Se mantiene la redacción.	N/A

Texto redactado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
brindar apoyo a la comunidad educativa respecto a la prevención, promoción y atención de situaciones relacionadas con la salud mental.		
Artículo 13. Adicionalmente un parágrafo al artículo 25 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: [...]		
Parágrafo. Los actores involucrados en el presente artículo, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, crearán un protocolo de atención y prevención en el cual se podrá consolidar un modelo de atención en materia de salud mental en niños, niñas y jóvenes que permita una asistencia educativa nacional, privilegiando la garantía del derecho a la salud mental.	ARTÍCULO 13 DEL TEXTO REDACTADO SUPRIMIRSE	Se supprime porque duplica el protocolo para niños, niñas, adolescentes y jóvenes ya regulado por el artículo 22 de la Ley 2460 de 2020.
Artículo 14. Salud mental dentro de las Escuelas para padres y madres de familia y cuidadores en el sistema educativo en atención a lo dispuesto en la Ley 2025 de 2020, las Escuelas para Padres y Madres de Familia y los Centros Educativos de Formación y Apoyo el acceso efectivo y el ejercicio del derecho a la salud mental de niños y jóvenes dentro del sistema educativo. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Instituto Colombiano Bienestar Familiar, ICBF, y las Secretarías de Educación departamentales, distritales y municipales coordinarán la asistencia técnica para el cumplimiento del presente artículo	ARTÍCULO 13 DEL TEXTO REDACTADO SUPRIMIRSE	Se corrige la denominación del Ministerio de Salud y Protección Social, la puntualización y el uso de la numeración por la supresión del artículo 13 del texto redactado.
Artículo 15. Difusión de contenidos pedagógicos en materia de salud mental y tensión preexistente en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. El Gobierno Nacional deberá crear, difundir y promover de forma periódica, radial, televisiva y medios digitales, campañas pedagógicas y de sensibilización masivas en materia de salud mental considerando las diferentes características de la población del país con un enfoque de protección y prevención en la infancia y adolescencia y juventud. La Comisión de Regulación de Comunicaciones garantizará la normalidad vigente, espacio institucional en horario prime, en el servicio público de televisión, en los canales nacionales, regionales y locales, tanto en la producción audiovisual producida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se emiten mensajes pedagógicos y de promoción en materia de salud mental y atención preventiva en niños y jóvenes.	Artículo 16. Difusión de contenidos pedagógicos en materia de salud mental y ATENCIÓN prevendrá en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. El Gobierno Nacional deberá crear, difundir y promover de forma periódica, radial, televisiva y medios digitales, campañas pedagógicas y de sensibilización masivas en materia de salud mental, considerando las diferentes características de la población del país con un enfoque de protección y prevención en la infancia y adolescencia y juventud. La Comisión de Regulación de Comunicaciones designará, de acuerdo con la normalidad vigente, un espacio institucional en horario prime, en el servicio público de televisión, en los canales nacionales, regionales y locales, tanto en la producción audiovisual producida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se emiten mensajes pedagógicos y de promoción en materia de salud mental y atención preventiva en niños y jóvenes.	Se corrige el error de digitación en la palabra anterior y se ajusta la numeración por el artículo 13 del texto redactado.
De igual manera, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deberá realizar la difusión de la designación de la comisión de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras de radio, considerando la reglamentación que se expida en la materia.	De igual manera, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deberá realizar la difusión de la designación de la comisión de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes, considerando la reglamentación que se expida en la materia.	
Artículo 16. Acompañamiento seguimiento a estudiantes. Los emprendedores que presenten signos, síntomas, trastornos o enfermedades mentales en las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, así como las familias de los estudiantes, deberán contar con acompañamiento y seguimiento, sin perjuicio de la voluntariedad del estudiante, por parte de la entidad de su diagnóstico u otros componentes de su historia clínica por parte de la entidad de su diagnóstico u otros componentes de su historia clínica por parte de la entidad educativa u otras entidades fuera del sistema de salud.	Artículo 15. Acompañamiento y seguimiento a estudiantes que presenten signos, síntomas, trastornos o enfermedades mentales en las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, así como las familias de los estudiantes, deberán contar con acompañamiento y seguimiento, sin perjuicio de la voluntariedad del estudiante, por parte de la entidad de su diagnóstico u otros componentes de su historia clínica por parte de la entidad educativa u otras entidades fuera del sistema de salud.	Se realizan ajustes de técnica de redacción y puntuación, y se corrige numeración consecutiva.

Texto radicado

Texto propuesto para primer debate

Justificación de la modificación

Las instituciones educativas en el marco de su autonomía deberán implementar un seguimiento a los estudiantes con signos, síntomas, trastornos, enfermedades mentales, en el que se prolonguen los procesos de seguimiento y alerta desde el ingreso de los estudiantes hasta finalizar los estudios en la institución, de tal manera que se proporcionen los apoyos y ajustes razonables en el marco de las competencias del estudiante y cuando se considere necesario. Así mismo, acciones de atención prioritaria la ruta de atención en salud mental, durante períodos relacionados con las situaciones estresantes que debieran comportamientos que ponen en riesgo la salud mental de los estudiantes y los demás.

Parágrafo. En época de evaluaciones, las instituciones de las que trata este artículo deben priorizar la atención de estudiantes que presenten signos o síntomas de enfermedades mentales, proporcionar por favor citas de control y poner a disposición canales de comunicación prioritarios con el fin de atender urgencias que puedan tener los estudiantes derivadas del estrés, ansiedad o depresión o cualquier otra condición que genere dicha época en específico.

Artículo 17. Capacitaciones al personal de las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado o instituciones de educación superior. Las instituciones de educación en el marco de su autonomía podrán implementar programas de apoyo con docentes, cuerpo administrativo y los estudiantes y padres de familia interesados, y desarrollar con el apoyo y acompañamiento de las autoridades, estrategias de capacitación y sensibilización, con el fin de fortalecer las competencias que les permitan identificar factores de riesgo, los signos y síntomas de las enfermedades mentales y los problemas psicosociales, así como el uso de sustancias psicoactivas, con la finalidad que estos puedan ser atendidos por los psicólogos y dar un trato adecuado e informar las rutas de atención previstas en la institución, y las rutas de atención públicas para el personal docente, padres de familia, adolescentes, favoreciendo espacios libres de estigmatización a los estudiantes que presenten esta condición.

De igual manera, podrán desarrollar estrategias conjuntas con los programas de convivencia y seguridad ciudadana de la Policía Nacional y comisarías de familia, para sensibilizar a la comunidad académica y a los padres de familia en materia de promoción, prevención y atención de la salud mental.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, establecerá las directrices para que las secretarías de salud y de educación de las Entidades Territoriales certificadas, aborden las temáticas mencionadas en el presente artículo.

Parágrafo 2. Las entidades mencionadas en el presente artículo podrán, por el fortalecimiento temático enfocado en la protección, inclusión y reducción de la estigmatización y respeto de la población interesada, implementar programas de salud mental que presenten transformaciones

de su sistema de salud. Las instituciones de educación, en el marco de su autonomía, deberán desarrollar, en el momento de su ingreso, un seguimiento a los estudiantes con signos, síntomas, trastornos, enfermedades mentales, de tal manera que se prolonguen los procesos de seguimiento y alerta desde el ingreso de los estudiantes hasta finalizar los estudios en la institución, con la finalidad de que se proporcionen los apoyos y ajustes razonables en el marco de las competencias del estudiante y cuando se considere necesario. Así mismo, acciones de atención prioritaria la ruta de atención en salud mental durante **PERÍODOS** relacionados con las situaciones estresantes que debieran comportamientos que ponen en riesgo la institución consigo mismos y con los demás.

Parágrafo. En época de evaluaciones, las instituciones de las que trata este artículo deben priorizar la atención de estudiantes que presenten signos o síntomas de enfermedades mentales, proporcionar por favor citas de control y poner a disposición canales de comunicación prioritarios con el fin de atender urgencias que puedan tener los estudiantes derivadas del estrés, ansiedad o depresión, o cualquier otra condición que genere dicha época en específico.

Artículo 16. Capacitaciones al personal de las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado o instituciones de educación superior. Las instituciones de educación en el marco de su autonomía podrán implementar programas de apoyo con docentes, cuerpo administrativo, estudiantes y padres de familia interesados, y desarrollar con el apoyo y acompañamiento de las autoridades, estrategias de capacitación y sensibilización, con el fin de fortalecer las competencias que les permitan identificar factores de riesgo, los signos y síntomas de las enfermedades mentales y los problemas psicosociales, así como el uso de sustancias psicoactivas, con la finalidad que estos puedan presentarse primeros auxilios psicológicos, y dar un trato adecuado e informar las rutas de atención previstas en la institución y las rutas de atención públicas para la atención integral de los estudiantes, padres de familia, adolescentes, favoreciendo espacios libres de estigmatización a los estudiantes que presenten esta condición.

De igual manera, podrán desarrollar estrategias conjuntas con el ICBF y los programas de convivencia y seguridad ciudadana de la Policía Nacional y comisarías de familia, para sensibilizar a la comunidad académica y a los padres de familia en materia de promoción, prevención y atención de la salud mental.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, establecerá las directrices para que las secretarías de **SAUD** y de **EDUCACIÓN** de las **ENTIDADES** Territoriales certificadas, aborden las temáticas mencionadas en el presente artículo.

Parágrafo 2. Las entidades mencionadas en el presente artículo podrán, por el fortalecimiento temático enfocado en la protección, inclusión y reducción de la estigmatización y respeto de la población estudiantil que presente transformaciones de su sistema de salud.

Se mejora la redacción, la concordancia y la puntuación del texto para mejorar su numeración consecutiva.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
Artículo 18. Articulación intersectorial entre Salud y Educación. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, brindarán orientaciones técnicas, pedagógicas y administrativas a las instituciones de educación preescolar, básica, media y superior públicas y privadas, basados en los determinantes de salud y los tratamientos mentales, así como los factores de riesgo y protectores que faciliten la implementación de acciones para el fortalecimiento del desarrollo socioemocional de los niños, niñas y adolescentes, a través de estilos de vida saludable en niñas, niños y adolescentes, así como la promoción de la salud mental y prevención de trastornos en salud mental de manera aséptica. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social se articulará con las Entidades Territoriales, quienes a su vez podrán asumir esfuerzos con los diferentes actores de la cooperación intersectorial, la Policía Nacional de Colombia, el sector privado, las instituciones de la cooperación internacional, la sociedad civil, para el cumplimiento del propósito del presente artículo.	Artículo 17. Articulación intersectorial entre Salud y Educación. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, brindarán orientaciones técnicas, pedagógicas y administrativas a las instituciones de educación preescolar, básica, media y superior públicas y privadas, basados en los determinantes de la salud y los tratamientos mentales, así como los factores de riesgo y protectores que faciliten la implementación de acciones para el fortalecimiento del desarrollo socioemocional de los niños, niñas y adolescentes, a través de estilos de vida saludable en niñas, niños y adolescentes, así como la promoción de la salud mental y prevención de trastornos en salud mental de manera aséptica. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social se articulará con las ENTIDADES TERRITORIALES, quienes a su vez podrán asumir esfuerzos con los diferentes actores de la cooperación intersectorial, la Policía Nacional de Colombia, el sector privado, las instituciones de la cooperación internacional, la sociedad civil, para el cumplimiento del propósito del presente artículo.	Se uniforman las denominaciones y el uso de los términos, y se elimina la numeración consecutiva.
Artículo 19. Fortalecimiento de las competencias parentales. En el marco de la alianza familia escuela, las instituciones educativas de preescolar, básica y media establecerán acciones orientadas al fortalecimiento de las capacidades de las familias para establecer vínculos, favorecer el diálogo y la concertación así como la de afianzar los principios, los valores, el diálogo y la concertación, y las capacidades de las familias para generar entornos seguros frente al cuidado, la crianza y el desarrollo de sus hijos, niñas y adolescentes, así como el factor protector y promotor de la salud mental y emocional de niñas, niños y adolescentes.	Artículo 18. Fortalecimiento de las competencias parentales. En el marco de la alianza familia-escuela, las instituciones educativas de preescolar, básica y media establecerán acciones orientadas al fortalecimiento de las capacidades de las familias para establecer vínculos, favorecer el diálogo y la concertación, así como la de afianzar los principios, los valores, el diálogo y la concertación, y las capacidades de las familias para generar entornos seguros frente al cuidado, la crianza y el involucramiento como factor protector y promotor de la salud mental y emocional de niñas y niños y adolescentes.	Se realizan ajustes de puntuación y la norma legislativa y se corrige la numeración consecutiva.
CAPÍTULO IV DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL DERIVADAS DEL COVID19	CAPÍTULO IV DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL DERIVADAS DE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA	Se actualiza la denominación del capítulo para abarcar las afectaciones asociadas a las emergencias de salud pública y limitadas exclusivamente al COVID-19.
Artículo 20. Política de Salud Mental derivada del COVID-19. Además de lo previsto en la Ley 1616 de 2013 y demás disposiciones legales y reglamentarias que la desarrollan y la complementan, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con las entidades territoriales, las Empresas Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud o quien haga sus veces y las Administradoras de Salud Laborales, las siguientes acciones con el fin de establecer y garantizar la salud mental de los colombianos: a) Fortalecer los tratamientos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido como consecuencia de la pandemia COVID-19, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas. b) Priorizar los tratamientos de atención preventiva en el 61 por ciento que sean aplicables y que resulten pertinentes con el propósito de garantizar la salud mental de las personas, especialmente la de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, que estén padeciendo con algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, a raíz de la emergencia de salud pública derivada por la pandemia COVID-19, de manera especial, como consecuencia de las	Artículo 19. VIGILANCIA Y RESPUESTA FRENTE A AFECTACIONES PERMANENTES EN SALUD MENTAL DERIVADAS DE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con las ENTIDADES TERRITORIALES Y DENTRO DE LOS SISTEMAS DE SALUD, las EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD, las INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, las ADMINISTRADORAS DE SALUD PÚBLICA Y EN LA POLÍTICA DE SALUD LABORAL, las siguientes acciones con el fin de SEGUIR EL SEGUIMIENTO DE AFECTACIONES PERMANENTES EN SALUD MENTAL QUE DERIVAN DE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA, LAS CUALES PUEDAN ESTAR ASOCIADAS A AFECTACIONES PERMANENTES EN LA MENTALIDAD, LA CAPACIDAD PARA LA PENSAMIENTO, LA CAPACIDAD PARA LA EMOCIÓN, LA IDENTIDAD, PARA LA MEMORIA, LA CONCIENCIA, PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA DIFERENCIA TERRITORIAL, PARA LA DIFERENCIA DE GENERACIÓN, PARA LA DIFERENCIA DE EDADES, PARA LA DIFERENCIA DE SEXO, PARA LA DIFERENCIA DE PERSONAS, PARA LA DIFERENCIA DE PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDADES, PARA LA DIFERENCIA DE LA LIBERTAD Y TALENTO HUMANO EN SALUD LABORAL, LAS SIGUIENTES ACCIONES CON EL FIN DE PERIODICAMENTE NECESIDAD, EFECTIVAMENTE	Se sustituye el enfoque por discapacidad de emergencia por COVID-19 por medidas de vigilancia y respuesta basadas en evidencia, curso de vida y derechos, y se corrige la numeración consecutiva.

Texto dictado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
3. Garantizar a nivel nacional la atención prioritaria, oportuna y adecuada para preservar, proteger, promocionar y restablecer o recuperar la salud mental de la población, especialmente la de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, que estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad por consecuencia de la pandemia COVID-19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas. 4. Capacitar a sus funcionarios, empleados, contratistas y demás colaboradores sobre los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado como consecuencia de la pandemia COVID-19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas. 5. Generar espacios de sensibilización en torno a la salud mental, especialmente, en todo aquello relacionado con los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado como consecuencia de la pandemia COVID-19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas. 6. Crear planes o programas cuyo objeto sea el de fortalecer la capacidad diagnóstica y clínica para pacientes con trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes. 7. Establecer un plan institucional y sectorial que integre las políticas, planes, programas y proyectos, existentes sobre medidas de prevención en materia de salud mental e intervención en los factores de riesgo que puedan generar o agravar los trastornos mentales y/o las discapacidades mentales. 8. Evaluar el impacto que en materia de salud mental tuvo cada una de las restricciones sociales adoptadas por la pandemia COVID-19. Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de la salud mental de aquellas personas que hayan padecido o padecido algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, como consecuencia de la pandemia COVID-19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.	PARAGRAFO 1. LA IDENTIFICACION DE ASOCIACIONES POR LA COMUNIDAD, NO AUTORIZA DIAGNOSTICOS INDIVIDUALES NI LA EMISIÓN DE RECOMENDACIONES. LA RELACION CANAL- LA ATENCION CLINICA SE PRESTARÁ CONFORME A VALORACION POR ESPECIALISTAS EN PSICIASTRIA, INFORMADO Y GUIAS BASADAS EN EVIDENCIA CIENTIFICA. PARAGRAFO 2. LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL NO SE PRESUMIRÁ POR LA ACCESIBILIDAD EN LA TRANSFORMA Y AFECTACION EN SALUD MENTAL. LA CAPACIDAD DE LA COMUNIDAD PARA APOYO DEBERÁN RESPETAR EL MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD. LA CAPACIDAD PARA LA INFORMACIÓN PRECISARÁ EL TIPO DE PERSONA.	
Artículo 21. Cartilla virtual. El Ministerio de Salud y Protección Social dictará una cartilla dirigida al público con el propósito de generar conciencia con respecto a los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado a raíz de la pandemia COVID-19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas. La cartilla deberá incluir: 1. Mensajes audiovisuales y tendientes a reconocer a la salud mental como un derecho fundamental e interés prioritario nacional. 2. Mensajes audiovisuales a los trastornos mentales y/o discapacidades mentales transitorias o permanentes identificados por el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Mensajes audiovisuales a las restricciones sociales actuales y adolescentes y adultos mayores, que estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad por consecuencia de la pandemia COVID-19 y el impacto de estas en la salud mental de los colombianos, especialmente en los niños, niñas y adolescentes y adultos mayores. 4. Mensajes audiovisuales a los programas, planes y proyectos institucionales del Gobierno Nacional y de las entidades territoriales para prevenir, diagnosticar y atender de manera integral los trastornos y/o discapacidades mentales. 5. Mensajes audiovisuales al manejo y control de la pandemia COVID-19 y sus impactos. 6. Mensajes audiovisuales a los canales de atención y redes de apoyo.	Artículo 20. INFORMACIÓN PÚBLICA ACCESIBLE Y BASADA EN EVIDENCIA CIENTIFICA PARA LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. MANTENEDORA ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA COMUNIDAD. MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN DE EXISTENTES CONDICIONES CLINICAS INCOMPENSABLES Y BASADOS EN EVIDENCIA CIENTIFICA. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, SIGNOS DE ALERTA, RUTAS DE ATENCIÓN Y APOYOS DISPONIBLES EN SALUD MENTAL. INCLUIR LA AFECTACIONES PERMANENTES EN LA SALUD MENTAL CUANDO EXISTA EVIDENCIA ACTUAL, QUE LO JUSTIFIQUE Parágrafo 1. LOS CONTENIDOS DIRIGIDOS A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES OBSERVARÁN SU INTERÉS PROPPIO, DESARROLLO PROGRESIVO, ACCESIBILIDAD, ENFOQUE DIFERENCIAL Y LENGUAJE NO ESTIGMATIZANTE. Parágrafo 2. LA ACTUALIZACIÓN SE REALIZARÁ CON PERIODICIDAD DEFINIDA POR RENTISTAS TÉCNICOS; NO IMPLICARÁ LA CREACIÓN O UNA CARTILLA CAMPAÑA. LA PLATAFORMA PERMANENTE ANUNCIA CUANDO LA INFORMACIÓN PUEDA ENTENDERSE EFICAZMENTE A RECURSOS EXISTENTES.	Se reemplaza la cartilla aislada por contenidos digitales actualizados y basados en evidencia, dentro de canales estatales, así como corrige la numeración.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
grupos de apoyo dispuestos por el Gobierno Nacional, por las entidades territoriales y por los demás actores o agentes del sistema de salud para atender y apoyar a las personas que padecían algún trastorno mental y/o discapacidad mental. Párrafo 1. La redacción del contenido y el diseño de la cartilla deberá ser atractiva y de fácil entendimiento para los niños, niñas y adolescentes. Esta cartilla se promocionará y difundirá en todas las instituciones educativas del país, públicas y privadas, incluyendo a las Instituciones de Educación Superior. Párrafo 2. Esta cartilla deberá ser promocionada y difundida por todas las entidades territoriales, por las Empresas Promotoras de Salud o quien haga sus veces, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o quien haga sus veces y por las Administradoras de Riesgos Laborales. Artículo 22. Programa “No temas”. Créase el programa institucional “No temas” a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tendrá por objeto comunicar y resaltar los logros del Gobierno Nacional, de la comunidad científica y del personal sanitario en el manejo y control de la pandemia COVID-19, el estado actual de la situación epidemiológica del país, los avances científicos con respecto al SARS-CoV-2, el desarrollo progresivo y responsable de las restricciones sociales y educativas, y, en general, todas aquellas acciones que han permitido la reactivación social y económica a nivel global, especialmente, en Colombia. Toda acción que se desarrolle en el marco de la ejecución del programa, tendrá como finalidad coadyuvar al proceso de mejoramiento de la salud mental de las personas que padecen o padecieron alguna discapacidad mental. El desarrollo de este programa implicará espacios de reflexión y diálogo con la comunidad, la difusión de contenidos a través de redes sociales y medios de comunicación masiva, campañas y mensajes audiovisuales o medios que permitan transmitir el espíritu y mensaje del mismo. El programa “No temas” será diseñado y promocionado de manera especial por el Ministerio de Educación Nacional y por todas las instituciones educativas, públicas y privadas, del país. El programa “No temas” será fomentado por incursos del Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno reactivará y rediseña todos los aspectos relativos a la creación y puesta en funcionamiento del programa. Párrafo 1. El diseño y redacción de los contenidos que se generen en desarrollo del programa “No temas” deberán ser atractivos y de fácil entendimiento para los niños, niñas y adolescentes.	ARTÍCULO 22 DEL TEXTO RADICADO. SUPRÍMASE.	Se suprime porque mezcla acciones de comunicación institucional y evaluación de logros gubernamentales con objetivos temporales, sin evidencia ni neutralidad administrativa.
No contiene disposición equivalente.	CAPÍTULO IV DISPOSICIONES PARA EL ÁRBITO ESPIRITUAL O EXISTENCIAL EN LA SALUD MENTAL	Se incorpora un capítulo adicional para organizar sistemáticamente las disposiciones sobre apoyo espiritual o existencial.
Artículo 23. Definición del enfoque psicospiritual en la salud mental. Adiciónese un numeral al artículo 5 de la Ley 1601 de 2013 para que quede así: (..) Enfoque psicospiritual. Se entenderá como la atención integral de la persona que incluye las circunstancias que requieren. Para tal fin, los profesionales de la salud mental deberán establecer colaboración con líderes religiosos y comunidades religiosas para abordar las necesidades psicospirituales de la persona conforme a los protocolos regulatorios que se desarrollan en el marco de la presente ley. La adopción de dichos protocolos se fundamenta en el principio de voluntariedad.	Artículo 21. APOYO ESPIRITUAL O EXISTENCIAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA HECHOS DE LA PRESENTE LEY. EL APOYO ESPIRITUAL O EXISTENCIAL ES EL ACOMPAÑAMIENTO QUE PUEDE BRINDARSE A UNA PERSONA A SOLICITUD, LIBRE, PRIVADA, EXPRESA, INFORMADA Y REVOCABLE O ACUERDO CON SUS CREENCIAS, CONVENCIONES, VALORES O AUSENCIA DE CREENCIAS. EL OFRECIMIENTO O PRESTACIÓN DEBERÁN RESPETAR LA DIGNIDAD HUMANA, LA LIBERTAD DE CONCIENCIA Y DE CÍDOS.	Se garantiza la solicitud libre, el consentimiento informado y revocable, la neutralidad pluralista, la confidencialidad y la autonomía de la persona, es decir, se omite la numeración.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
del paciente. Parágrafo. La implementación del enfoque psicoespiritual deberá garantizar la pluralidad y diversidad de creencias, el respeto a los derechos fundamentales, y en ningún caso podrá sustituir los tratamientos basados en evidencia científica o condicionar la prestación de servicios de salud mental.	LA IGUALDAD, EL PLURALISMO, LA CONFIDENCIALIDAD, LA VOLUNTAD Y LAS PREFERENCIAS DE LA PERSONA. PARÁGRAFO 1. LOS INSTRUMENTOS DE APOYO ESPIRITUAL O EXISTENCIAL NO CONSTITUYEN PSICOTERAPIA, NO HABILITA PARA FORMULAR DIAGNÓSTICOS NI TRATAMIENTOS, NO PODRÁ SUSTITUIR, RETRASAR O CONDICIONAR la atención en salud mental BASADA en evidencia, NI SER REQUISITO PARA ACCEDER a servicios de salud. PARÁGRAFO 2. CUANDO LA PERSONA REQUIERA APOYOS PARA EXPRESAR SU VOLUNTAD, ESTOS SE PROPORCIONARÁN CONFORME A LA LEY 1616 DE 2013, EN CASO DE NEGATIVA, INTERRUPTIÓN O REVOCATORIA DEL APOYO NO GENERARÁ CONSECUENCIA ADVERSA ALGUNA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	
Artículo 24. Protocolo para la adopción del enfoque psicoespiritual para la atención en Salud Mental. El Ministerio de Salud con la participación de entidades y organizaciones del sector religioso, con base en los principios y lineamientos previstos en la Ley 133 de 1984 y el Decreto 437 de 2016, desarrollará las rutas y protocolos para garantizar el abordaje del enfoque psicoespiritual dentro de la política de atención y promoción de la salud mental en los entornos y con las disposiciones descritas en la presente ley.	Artículo 22. LINEAMIENTOS para EL APOYO ESPIRITUAL O EXISTENCIAL. El Ministerio de Salud y PROTECCIÓN SOCIAL, dentro de LOS DOCE (12) MESES SIGUIENTES A la PROMULGACIÓN DE la presente ley, PODRÁ ADOPTAR LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL OFRECIMIENTO Y PRESTACIÓN VOLUNTARIA DEL APOYO ESPIRITUAL O EXISTENCIAL EN ENTORNO DE SALUD MENTAL, EN SU ELABORACIÓN GARANTIZARÁ PARTICIPACIÓN PLURAL Y EQUILIBRADA DE ASOCIACIONES CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES, INSTANCIAS DE LA ÉTICA, ORGANIZACIONES DE PACIENTES Y CIUDADANOS, PERSONAS CON EXPERIENCIA VIVA, ORGANIZACIONES BASADAS EN LA FE DE DIVERSAS CONFESSIONES, ATENCIÓN Y RESULTADOS EN SALUD MENTAL EN LOS ENTORNOS DE SALUD MENTAL POR LA PRESENTE LEY, LOS INDICADORES UTILIZARÁN, PREFERENTEMENTE, FUENTES ADMINISTRATIVAS Y ESTADÍSTICAS EXISTENTES Y SE REGISTRAN POR LOS PRINCIPALES FINALIDAD, NECESIDAD, PROPORCIONALIDAD, CALIDAD, MINIMIZACIÓN, ACCESO RESTRINGIDO, SEGURIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y RESPONSABILIDAD DEMOSTRADA. PARÁGRAFO 1. ANTES DE HABILITAR NUEVOS INTERCAMBIOS O INTEROPERABILIDAD DE DATOS, LA ENTIDAD RESPONSABLE REALIZARÁ DOCUMENTACIÓN UNA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN PRIVACIDAD Y SEGURIDAD, DEFINIRÁ RESPONSABLES ENCARGADOS, FINALIDADES, BASES JURÍDICAS, PERFILES DE ACCESO, PLAZOS DE CONSERVACIÓN, MECANISMOS DE AUDITORÍA, GESTIÓN DE INCIDENTES Y PROCEDIMIENTOS para EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS de los TITULARES. PARÁGRAFO 2. LA INFORMACIÓN DESTINADA A INVESTIGACIÓN, EVALUACIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA, PUBLICACIÓN O INFORME AL CONGRESO, SERÁ ANONIMIZADA DE MANERA QUE NO RESULTE RAZONABLEMENTE POSIBLE LA REIDENTIFICACIÓN, NO SE CREARÁN PERFILES INDIVIDUALES DE ESTUDIANTES, TRABAJADORES O PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD, PARA FINES DISCIPLINARIOS, ACADÉMICOS, LABORALES, COMERCIALES O DISTINTOS DE LA ATENCIÓN AUTORIZADA. PARÁGRAFO 3. EL TRATAMIENTO DE DATOS OBSERVADA EN LA LEY 1581 DE 2012, LA RESERVA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LAS DEMÁS NORMAS APLICABLES LA INFORMACIÓN INCORPORARÁ ENFOQUES DIFERENCIAL, TERRITORIAL E INTERSECTORIAL SIEMPRE QUE LA DESAGREGACIÓN NO INCREMENTE EL RIESGO DE IDENTIFICACIÓN.	Se amplía la participación a actores de salud, biotética, pacientes, credos y organizaciones no confesionales, se fijan límites clínicos, de confidencialidad e idoneidad; se corrige la numeración.
No contiene disposición equivalente.	CAPÍTULO III OTRAS DISPOSICIONES	Se incorpora un capítulo final para agrupar las disposiciones de implementación, seguimiento, información, reglamentación y vigencia.
Artículo 25. Obligatoriedad. Los estudios, planes, programas, proyectos y demás acciones que el Ministerio de Salud y Protección Social realice en cumplimiento de la presente ley, serán de obligatoria	Artículo 23. IMPLEMENTACIÓN ARTICULADA. Las AUTORIDADES NACIONALES Y TERRITORIALES, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE	Se elimina la obligatoriedad indiscriminada, se protegen las autonomías territorial, universitaria, profesional e

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
implementación por parte de los entes territoriales, las Empresas Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Administradoras de Riesgos Laborales y serán objeto de seguimiento y evaluación a través de los indicadores de implementación que fije el Ministerio de Salud y Protección Social.	PLANES DE BENEFICIOS, LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES Y LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ADOPTARÁN LAS MEDIDAS PREVISTAS EN LA PRESENTE LEY DENTRO DE SUS COMPETENCIAS CONSTITUCIONALES Y LEGALES, DE FORMA GRADUAL, COORDINADA Y SUJETA A LOS MECANISMOS DE FINANCIACIÓN APLICABLES. El Ministerio de Salud y Protección Social PROMOVERÁ LA CONCERTACIÓN TÉCNICA Y TERRITORIAL, ENTRARÁ LA DUPLICACIÓN DE INSTRUMENTOS, REPORTES O SISTEMAS EXISTENTES. PARÁGRAFO 1. LA IMPLEMENTACIÓN RESPETARÁ LA AUTONOMÍA TERRITORIAL, UNIVERSITARIA Y PROFESIONAL, LA LIBERTAD de CONFIGURACIÓN INSTITUCIONAL, Y LAS REGLAS de CONTRATACIÓN, HABILITACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. NINGÚN LINEAMIENTO ADMINISTRATIVO PODRÁ CREAR OBLIGACIONES SANCIONABLES SIN FUNDAMENTO LEGAL, PREVIO Y SUFICIENTE.	institucional y se corrige la numeración.
Artículo 26. Informes al Congreso de la República. En consonancia con las responsabilidades dispuestas por la Ley 1616 de 2013 en materia de vigilancia, control y sanción, la Superintendencia Nacional de Salud deberá presentar de forma anual un informe diagnóstico a las Comisiones Séptimas del Senado de la República y de la Cámara de Representantes respecto del estado de cumplimiento de la presente ley y de la protección y garantía del derecho a la salud mental dentro del sistema penitenciario carcelario del país, el talento humano en salud y dentro del sistema educativo colombiano.	Artículo 24. SEGUIMIENTO E INFORME al Congreso. EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN CONJUNTO CON EL CONSEJO NACIONAL de SALUD MENTAL, INCORPORARÁ un CAPÍTULO ESPECÍFICO SOBRE la IMPLEMENTACIÓN de la presente ley EN EL INFORME ANUAL AL CONGRESO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 31 de LA LEY 2460 DE 2025. EL CAPÍTULO PRESENTARÁ AVANCES, RECHOS, EJECUCIÓN PRESUPUESTAL, AGRAGADA, RESULTADOS E INDICADORES SOBRE EL ENTORNO penitenciario y carcelario, el talento humano en salud y EL sistema educativo, CON DESAGREGACIONES PERTINENTES QUE NO PERMITAN IDENTIFICAR PERSONAS. PARÁGRAFO 1. LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LAS DEMÁS ENTIDADES COMPETENTES SUMINISTRARÁN, EN EL MARCO DE SUS FUNCIONES, INFORMACIÓN AGRAGADA SOBRE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. ESTA DISPOSICIÓN NO CREARÁ INFORME PARALELO NI MODIFICARÁ LA DISTRIBUCIÓN LEGAL DE COMPETENCIAS.	Se articula el seguimiento con el informe previsto en el artículo 31 de la Ley 2460 de 2025, se evitan cargas paralelas de reporte y se corrige la numeración.
Artículo 27. Inclúyase un parágrafo al artículo 27 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: Parágrafo. Corresponderá a los secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, y entidades promotoras de salud o entidad que haga sus veces, a instituciones prestadoras de servicios de salud o entidad que haga sus veces, en el ejercicio de su autonomía, garantizar canales de comunicación y difusión oportunos que les permita conocer a los usuarios, las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la atención en salud mental, así como los medios sobre los cuales pueden presentar solicitudes requerimientos, quejas, felicitaciones y demás que estimen pertinentes. La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud, deberán la inspección, vigilancia y control con relación a lo establecido en el inciso anterior, así como también tendrán la facultad de imponer sanciones.	ARTÍCULO 27 DEL TEXTO RADICADO, SUPRÍMASE.	Se suprime porque reproduce reglas ya contenidas en la ley 1616 de 2013 y sus modificaciones.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
respecto a irregularidades probadas frente a la garantía de privacidad, real, efectiva y viviente, de las personas, familias, comunidades y sectores sociales en los términos establecidos en el presente artículo.		
Artículo 28. Indicadores cuantitativos de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales, el Observatorio de Salud Mental, el Observatorio Nacional de Salud, el Observatorio de Envejecimiento Humano y Vejez, el Observatorio de Drogas, el Observatorio de Violencia de Género, las encuestas nacionales y territoriales de salud pública deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia los cuales servirán de base para crear estrategias tendientes a identificar los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud mental del talento humano en salud, el entorno carcelario y penitenciario y el entorno educativo del país. Dichos registros serán orientados a la atención, seguimiento e intervención de los determinantes, mediante medidas tendientes a garantizar el derecho a la salud mental, en un marco de Derechos Humanos de la población colombiana, en los términos dispuestos por la presente ley y las políticas que puedan derivar de la misma. Parágrafo 1. Los datos producidos y recolectados en el marco del presente artículo se integrarán por medio de una estrategia de manejo interoperable de la información que será utilizada para crear estrategias de salud pública que mitiguen la prevalencia de trastornos y enfermedades mentales, consumo de sustancias psicoactivas y hechos de violencia en los entornos especiales para la atención en salud mental que se definen en la presente ley. Parágrafo 2. La información recolectada será tratada conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales y Ley 527 de 1999 y aquellas normas que las modifiquen, acciones o complementen. Parágrafo 3. Los datos producidos tendrán un enfoque diferencial e interseccional para identificar condiciones particulares de población. Se tomará en cuenta el principio de voluntariedad, respetando el fuero íntimo de las personas y las comunidades.	Artículo 25. Indicadores Y GOBERNANZA DE DATOS. El Ministerio de Salud y Protección Social INTEGRARÁ AL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN Salud y A los mecanismos CREADOS POR la LEY 2460 de 2025 UN CONJUNTO de INDICADORES AGRAGADOS PARA EVALUAR LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y RESULTADOS EN SALUD MENTAL EN LOS ENTORNOS DE SALUD MENTAL POR LA PRESENTE LEY. LOS INDICADORES UTILIZARÁN, PREFERENTEMENTE, FUENTES ADMINISTRATIVAS Y ESTADÍSTICAS EXISTENTES Y SE REGISTRAN POR LOS PRINCIPALES FINALIDAD, NECESIDAD, PROPORCIONALIDAD, CALIDAD, MINIMIZACIÓN, ACCESO RESTRINGIDO, SEGURIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y RESPONSABILIDAD DEMOSTRADA. PARÁGRAFO 1. ANTES DE HABILITAR NUEVOS INTERCAMBIOS O INTEROPERABILIDAD DE DATOS, LA ENTIDAD RESPONSABLE REALIZARÁ DOCUMENTACIÓN UNA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN PRIVACIDAD Y SEGURIDAD, DEFINIRÁ RESPONSABLES ENCARGADOS, FINALIDADES, BASES JURÍDICAS, PERFILES DE ACCESO, PLAZOS DE CONSERVACIÓN, MECANISMOS DE AUDITORÍA, GESTIÓN DE INCIDENTES Y PROCEDIMIENTOS para EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS de los TITULARES. PARÁGRAFO 2. LA INFORMACIÓN DESTINADA A INVESTIGACIÓN, EVALUACIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA, PUBLICACIÓN O INFORME AL CONGRESO, SERÁ ANONIMIZADA DE MANERA QUE NO RESULTE RAZONABLEMENTE POSIBLE LA REIDENTIFICACIÓN, NO SE CREARÁN PERFILES INDIVIDUALES DE ESTUDIANTES, TRABAJADORES O PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD, PARA FINES DISCIPLINARIOS, ACADÉMICOS, LABORALES, COMERCIALES O DISTINTOS DE LA ATENCIÓN AUTORIZADA. PARÁGRAFO 3. EL TRATAMIENTO DE DATOS OBSERVADA EN LA LEY 1581 DE 2012, LA RESERVA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LAS DEMÁS NORMAS APLICABLES LA INFORMACIÓN INCORPORARÁ ENFOQUES DIFERENCIAL, TERRITORIAL E INTERSECTORIAL SIEMPRE QUE LA DESAGREGACIÓN NO INCREMENTE EL RIESGO DE IDENTIFICACIÓN.	Se establecen reglas de finalidad, minimización, anonimización, seguridad, acceso restringido y evaluación de impacto en privacidad; se corrige la numeración.
Artículo 29. Reglamentación. El Gobierno Nacional reglamentará la presente ley dentro de los seis (6) meses siguientes contados a partir de su promulgación.	Artículo 26. Reglamentación, PARTICIPACIÓN Y TRANSICIÓN. El Gobierno NACIONAL reglamentará LAS DISPOSICIONES QUE REQUIERAN DESARROLLO TÉCNICO DENTRO UN CRONOGRAMA POR PRODUCTOS Y RESPONSABLES, dentro de los DOCE (12) meses siguientes a LA PROMULGACIÓN DE LA PRESENTE LEY. LA REGLEMENTACIÓN GARANTIZARÁ PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE ENTIDADES TERRITORIALES, ORGANIZACIONES DE PACIENTES Y CIUDADANOS, PERSONAS	Se evita un plazo uniforme impracticable, se prevé un desarrollo técnico y territorial responsable y se corrige la numeración.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación de la modificación
	CON EXPERIENCIA VIVA, COMUNIDADES ACADÉMICAS, CIENTÍFICAS, TRABAJADORES, PRESTADORES Y DEMÁS ACTORES CONCERNIDOS. PARÁGRAFO 1. LOS INSTRUMENTOS DE MAYOR COMPLEJIDAD, TÉCNICA, TECNOLÓGICA O DE TRATAMIENTO DE DATOS DEBERÁN CONTEMPLAR PRUEBAS, EVALUACIÓN DE RIESGOS, TRANSICIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA, ANTES de su EXIGIBILIDAD. PARÁGRAFO 2. LA FALTA de REGLEMENTACIÓN NO SUSPENDERÁ LA APLICACIÓN DE LAS DISPOSICIONES QUE SEAN CLARAS, COMPLETAS Y DIRECTAMENTE EXIGIBLES, NI PODRÁ AFECTAR LA CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.	
Artículo 30. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.	Artículo 27. Vigencia y ALCANCE NORMAL. La presente ley rige a partir de su promulgación, SUS DISPOSICIONES MODIFICAN O ADICIONAN ÚNICAMENTE LAS NORMAS EXPRESAMENTE SEÑALADAS EN SU ARTÍCULO Y SE INTERPRETARÁN DE MANERA ARMÓNICA CON LAS LEYES 1616 DE 2013, 2460 DE 2025 Y 2518 DE 2025.	Se eliminan las derogatorias tácitas indeterminadas, se asegura la interpretación armónica con las Leyes 1616 de 2013, 2460 y 2518 de 2025, y se corrige la numeración.

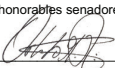
8. Conflicto de Intereses

Con respecto a los **conflictos de interés**, según lo dispuesto en la Ley 2003 de 2019, que modificó la Ley 5 de 1992 en relación con el régimen de conflicto de interés de los congresistas, se señala que esta propuesta se ajusta a la causal (a) de ausencia de conflicto de interés, la cual establece lo siguiente:

"Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

- a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores (...)"

El artículo 182 de la Constitución Política de Colombia dispone que los congresistas deberán poner en conocimiento de la respectiva Cámara las situaciones de carácter moral o económico que los inhiban para participar en el trámite de los asuntos sometidos a su consideración, y que

la Ley determinará lo relacionado con los conflictos de intereses y las recusaciones. En consecuencia, el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, modificado por la Ley 2003 de 2019, definió lo relativo al Régimen de Conflicto de Interés de los Congresistas, en ese sentido dispuso: <i>"(...) Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.</i> <i>a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.</i> <i>b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.</i> <i>c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."</i> Por otra parte, la Ley precitada también define las circunstancias bajo las cuales se entiende que no hay conflicto de interés para los congresistas, en ese sentido se dispuso: <i>"Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:</i> <i>a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.</i> <i>b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.</i>	<i>c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.</i> <i>d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.</i> <i>e) Literal declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-302-21 de 9 de septiembre de 2021, Magistrada Ponente Dra. Cristina Pardo Schlesinger.</i> <i>f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.</i> PARÁGRAFO 1o. Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto. PARÁGRAFO 2o. Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación. PARÁGRAFO 3o. Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5 de 1992." Sobre el conflicto de interés el Consejo de Estado en se ha pronunciado en Sentencia del año 2002¹, estableciendo que:
<i>"Siempre que se produzca un resultado provechoso por el simple ejercicio de una función oficial, que convenga al agente o a otra persona allegada, en el orden moral o material, surgirá un conflicto de intereses. Si la ley protege el interés, será lícito; pero si se persigue con fines personales, particulares, que sobrepasen el interés social, será ilícito"</i> También señalo la sentencia citada que: <i>"En el proceso de formación de la normatividad jurídica a través de las leyes que expida el congreso, habrá conflicto de intereses cuando la actuación del congresista está influida por su propio interés, de manera que éste se enfrenta a las obligaciones propias de su investidura, que le imponen proceder, consultando la justicia y el bien común, lo que excluye cualquier influencia o prevalencia de su interés particular sobre los intereses generales de la comunidad"</i> 1 CONSEJO DE ESTADO. SALA PLENA. Sentencia, Radicación número: expediente 0447-01 (03 de septiembre de 2002). Consejero Ponente: Roberto Medina Lopez. En consecuencia, se considera que la Ley y la jurisprudencia han dado los criterios orientadores que determinan circunstancias en las cuales se podría estar incurso en un conflicto de interés. Para lo cual será necesario que respecto del asunto objeto de conocimiento de parte del congresista (discusión o votación) se reporte un beneficio en el que concurren tres características simultáneas, a saber, ser actual, particular y directo. Define la Ley también las circunstancias bajo las cuales se considera que no existe un conflicto de interés, en esa medida, se señala que aun cuando el congresista pueda reportar un beneficio, pero este se funde en el interés general, en el interés de sus electores, se dará lugar a que no exista tal conflicto.	En ese sentido, no existe un conflicto de interés por parte de los ponentes del proyecto de ley respecto de las disposiciones que este incluye, toda vez que con el mismo no se genera beneficio alguno que reúna las características dispuestas en la ley para ello, es decir particular, actual y directo. 9. Proposición. Por las anteriores consideraciones, proponemos a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República dar primer debate al Proyecto de Ley No. 038 de 2026 Senado, "Por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones", conforme al pliego de modificaciones contenido en el presente informe. De los honorables senadores,  ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCÍA Honorable Senador de la República Coordinador Ponente  FERNEY SILVA IDROBO Honorable Senador de la República Ponente  LEONARDO GALLEGU ARROYAVE Honorable Senador de la República Ponente 10. Texto Original del Proyecto de ley No. 038 de 2025 presentad por los autores: (Adjunta Gaceta del Congreso No. 970 del 11 de agosto de 2026)

Esta política se construirá a partir de un proceso de socialización plural, abierto y público con todos los actores dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, el Consejo Nacional de Salud Mental, las administradoras de riesgos laborales, agremiaciones, sindicatos del sector salud y trabajadores organizados, organizaciones de profesionales en salud, colegios de profesionales en salud, organizaciones de pacientes y cuidadores, familiares, organizaciones de estudiantes y demás actores necesarios que considere invitar el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta política se revisará y ajustará cada dos (2) años a partir de su expedición. Parágrafo. Las afectaciones ocasionadas a la salud mental del talento humano en salud durante la pandemia COVID-19 serán valoradas con especial atención, con el ánimo de mitigar sus impactos y revertir los daños ocasionados. El talento humano en salud tendrá prelación en la implementación de los lineamientos y protocolos establecidos en esta política de atención integral preventiva. Artículo 10. Adiciónese un parágrafo al artículo 21 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así. (...) <i>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá diseñar un protocolo de seguimiento al cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, buscando identificar el cumplimiento y adhesión de la protección al derecho a la salud mental del talento humano en salud empleado dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. En todo caso, la protección especial de que trata el presente artículo aplicará de manera inmediata en el ejercicio de sus labores a la totalidad del talento humano en salud definido en el artículo 17 de la Ley 1164 de 2007.</i> Artículo 11. Medidas de protección del derecho a la salud mental en la formación del talento humano en salud. Las instituciones de educación superior, en ejercicio de su autonomía universitaria y de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Ley 1616 de 2013 y las normas que las modifiquen o adicionen, adoptarán lineamientos institucionales mínimos para promover el bienestar y prevenir riesgos psicosociales durante los procesos educativos y formativos del talento humano en salud. Tales lineamientos deberán incluir mecanismos confidenciales de orientación, rutas de remisión al sistema de salud, acciones contra el estigma y medidas de prevención de violencias, acoso y discriminación, sin habilitar a la institución educativa para acceder a la historia clínica ni realizar diagnósticos.	Parágrafo 1. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y con participación de las instituciones de educación superior, expedirá orientaciones técnicas generales que respeten la autonomía universitaria y se articulen con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo cuando resulte aplicable. Estas medidas comprenderán a quienes realizan el Servicio Social Obligatorio y a los médicos residentes, dentro de sus respectivos regímenes. Parágrafo 2. El informe anual a las Comisiones Séptimas Constitucionales se limitará a resultados institucionales, cobertura, acciones adoptadas e indicadores agregados y anonimizados. En ningún caso contendrá historias clínicas, diagnósticos, nombres, identificadores directos o indirectos, ni información que permita individualizar a estudiantes o profesionales. CAPÍTULO III DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO COLOMBIANO Artículo 12. Adiciónese un inciso y un parágrafo al artículo 24 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así. <i>Artículo 24. Integración escolar. El Estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental.</i> <i>Los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, o la entidad que haga sus veces, deben unir esfuerzos, diseñando estrategias que favorezcan la integración al aula regular y actuando sobre factores que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales.</i> <i>Las entidades territoriales certificadas en educación deben adaptar los medios y condiciones de enseñanza, preparar a los educadores según las necesidades de la población estudiantil del departamento y/o municipio, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinario calificado en un centro de atención en salud cercano al centro educativo.</i> <i>Igualmente, las entidades territoriales certificadas en salud deberán contar con un grupo de profesionales en salud mental, los cuales serán los encargados de brindar apoyo a la comunidad educativa de la respectiva entidad territorial cuando se presenten situaciones relacionadas con la salud mental y garantizar la atención médica terapéutica a la población afectada.</i>
<i>Parágrafo. Las instituciones de educación superior que tengan el programa de psicología y/o psiquiatría podrán celebrar convenios con instituciones de educación preescolar, básica, media y superior, para brindar apoyo a la comunidad educativa respecto a la prevención, promoción y atención de situaciones relacionadas con la salud mental.</i> Artículo 13. Salud mental dentro de las escuelas para padres y madres de familia y cuidadores en el sistema educativo. En atención a lo dispuesto en la Ley 2025 de 2020, las escuelas para padres y madres de familia y cuidadores deberán propender por fomentar y apoyar el acceso efectivo y el ejercicio del derecho a la salud mental de niños y jóvenes dentro de los entornos escolares. El Ministerio de Salud Nacional, el Ministerio de Educación Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las secretarías de Educación departamentales, distritales y/o municipales coordinarán la asistencia técnica para el cumplimiento del presente artículo. Artículo 14. Difusión de contenidos pedagógicos en materia de salud mental y atención preventiva en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. El Gobierno nacional deberá crear, difundir y promover de forma periódica, en radio, televisión y medios digitales, campañas pedagógicas y de sensibilización masivas en materia de salud mental, considerando las diferentes características de la población del país con un enfoque de protección y prevención en la población de niñez, adolescencia y juventud. La Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará, de acuerdo con la normatividad vigente, un espacio institucional en horario prime, en el servicio público de televisión, en los canales nacionales, regionales y locales, tanto privados como públicos, para que, mediante una producción audiovisual producida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se emitan mensajes pedagógicos y de promoción en materia de salud mental y atención preventiva en niños y jóvenes. De igual manera, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales, considerando la reglamentación que se expida en la materia.	Artículo 15. Acompañamiento y seguimiento a estudiantes. Los estudiantes que presenten signos, síntomas, trastornos o enfermedades mentales en las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, así como en las instituciones de educación superior públicas y privadas, contarán con acompañamiento y seguimiento, sin perjuicio de la voluntariedad del menor y de la familia respecto al conocimiento de su diagnóstico u otros componentes de su historia clínica por la entidad educativa u otras entidades fuera del sistema de salud. Las instituciones educativas, en el marco de su autonomía, deberán desarrollar un seguimiento a los estudiantes con signos, síntomas, trastornos o enfermedades mentales, en el que se prolonguen los procesos de seguimiento y alerta desde el ingreso de los estudiantes hasta finalizar los estudios en la institución, con la finalidad de que se proporcionen los apoyos y ajustes razonables en el marco de las competencias del sector educativo y cuando se considere necesario. Asimismo, activará de manera prioritaria la ruta de atención en salud mental durante periodos relacionados con las situaciones estresantes que detonan comportamientos que ponen en riesgo la interacción consigo mismos y con los demás. Parágrafo. En época de evaluaciones, las instituciones de las que trata este artículo deben priorizar la atención de estudiantes que presenten signos o síntomas de enfermedades mentales, propender por llevar citas de control y poner a disposición canales de comunicación prioritarios con el fin de atender urgencias que puedan tener los estudiantes derivadas del estrés, ansiedad o depresión, o cualquier otra alteración que genere dicha época en específico. Artículo 16. Capacitaciones al personal de las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado e instituciones de educación superior. Las instituciones de educación, en el marco de su autonomía, podrán conformar equipos de apoyo con docentes, cuerpo administrativo, estudiantes y padres de familia interesados, y desarrollar, con el apoyo y acompañamiento del sector salud, estrategias de capacitación y sensibilización, con el fin de brindarles herramientas que les permitan identificar factores de riesgo, los signos y síntomas de las enfermedades mentales y los problemas psicosociales, así como el uso de sustancias psicoactivas, con la finalidad de que estos puedan prestar primeros auxilios psicológicos, dar un trato adecuado e informar las rutas de atención previstas en la institución y las rutas de atención públicas para la atención integral de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo espacios libres

de estigmatización a los estudiantes que presenten esta condición. De igual manera, podrán desarrollar estrategias conjuntas con el ICBF y los programas de convivencia y seguridad ciudadana de la Policía Nacional y comisarías de familia, para sensibilizar a la comunidad académica y a los padres de familia en materia de promoción, prevención y atención de la salud mental. Parágrafo 1. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, establecerá las directrices para que las secretarías de Salud y de Educación de las entidades territoriales certificadas aborden las temáticas mencionadas en el presente artículo. Parágrafo 2. Las entidades mencionadas en el parágrafo anterior propenderán por el fortalecimiento temático enfocado en la protección, inclusión, reducción de la estigmatización y respeto de la población estudiantil que presente trastornos de salud mental. Artículo 17. Articulación intersectorial entre Salud y Educación. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, brindarán orientaciones técnicas, pedagógicas y administrativas a las instituciones de educación preescolar, básica, media y superior públicas y privadas, basados en los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales, así como los factores de riesgo y protectores que faciliten la implementación de acciones para el fortalecimiento del desarrollo socioemocional y estilos de vida saludable en niñas, niños y adolescentes para la promoción de la salud mental y prevención de trastornos en salud mental de manera asertiva. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social se articulará con las entidades territoriales, quienes a su vez podrán aunar esfuerzos con los diferentes actores de la cooperación internacional, la Policía Nacional de Colombia, el sector privado, las entidades sin ánimo de lucro (ESAL) y la sociedad civil, para el cumplimiento del propósito del presente artículo. Artículo 18. Fortalecimiento de las competencias parentales. En el marco de la alianza familia-escuela, las instituciones educativas de preescolar, básica y media desarrollarán procesos orientados al fortalecimiento de las capacidades de las familias para establecer vínculos, favorecer el diálogo y la concertación, así como la de afianzar los principios, los valores, el diálogo y la concertación, y las capacidades de las familias para generar entornos seguros frente al cuidado, la crianza y el involucramiento como factor protector y promotor de la salud mental y	emocional de niñas, niños y adolescentes. CAPÍTULO IV DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL DERIVADAS DE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA Artículo 19. Vigilancia y respuesta frente a afectaciones persistentes asociadas a emergencias de salud pública. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales y dentro de los sistemas, planes y competencias vigentes, incorporará en la vigilancia de salud pública y en la Política Nacional de Salud Mental el seguimiento de afectaciones persistentes en salud mental que, con base en evidencia científica, puedan estar asociadas a emergencias de salud pública o a las medidas adoptadas para atenderlas. Las acciones tendrán enfoque de curso de vida, diferencial, territorial y de derechos humanos; priorizarán a niñas, niños, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad, población privada de la libertad y talento humano en salud; y deberán incluir evaluación periódica de necesidad, efectividad y continuidad. Parágrafo 1. La identificación de asociaciones poblacionales no autoriza diagnósticos individuales automáticos ni presume una relación causal. La atención clínica se prestará conforme a valoración profesional, consentimiento informado y guías basadas en evidencia. Parágrafo 2. La discapacidad psicosocial no se presumirá por la existencia de un trastorno o afectación en salud mental. La caracterización y las medidas de apoyo deberán respetar el modelo social de discapacidad, la capacidad jurídica y la voluntad y preferencias de la persona. Artículo 20. Información pública accesible y basada en evidencia. El Ministerio de Salud y Protección Social mantendrá actualizados, dentro de sus canales oficiales y de los mecanismos de información existentes, contenidos accesibles, comprensibles y basados en evidencia sobre promoción, prevención, signos de alerta, rutas de atención y apoyos disponibles en salud mental, incluidas las afectaciones persistentes asociadas a emergencias de salud pública cuando exista evidencia actual que lo justifique. Parágrafo 1. Los contenidos dirigidos a niñas, niños y adolescentes observarán su interés superior, desarrollo progresivo, accesibilidad, enfoque diferencial y lenguaje no estigmatizante.
Parágrafo 2. La actualización se realizará con periodicidad definida por criterios técnicos y no implicará la creación de una cartilla, campaña o plataforma permanente adicional cuando la información pueda integrarse eficazmente a recursos existentes. CAPÍTULO V DISPOSICIONES PARA EL APOYO ESPIRITUAL O EXISTENCIAL EN LA SALUD MENTAL Artículo 21. Apoyo espiritual o existencial en la atención de salud mental. Para efectos de la presente ley, el apoyo espiritual o existencial es el acompañamiento no clínico que puede brindarse a una persona, a solicitud libre, previa, expresa, informada y revocable, de acuerdo con sus creencias, convicciones, valores o ausencia de creencias. Su ofrecimiento y prestación deberán respetar la dignidad humana, la libertad de conciencia y de cultos, la igualdad, el pluralismo, la confidencialidad, la voluntad y las preferencias de la persona. Parágrafo 1. El apoyo espiritual o existencial no constituye psicoterapia, no habilita para formular diagnósticos ni tratamientos, no podrá sustituir, retrasar o condicionar la atención en salud mental basada en evidencia, ni ser requisito para acceder a servicios de salud. Parágrafo 2. Cuando la persona requiera apoyos para expresar su voluntad, estos se proporcionarán conforme a la Ley 1996 de 2019. La negativa, interrupción o revocatoria del apoyo no generará consecuencia adversa alguna en la prestación del servicio. Artículo 22. Lineamientos para el apoyo espiritual o existencial. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los doce (12) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, podrá adoptar lineamientos técnicos para el ofrecimiento y prestación voluntaria del apoyo espiritual o existencial en entornos de salud mental. En su elaboración garantizará participación plural y equilibrada de asociaciones científicas y profesionales, instancias de bioética, organizaciones de pacientes y cuidadores, personas con experiencia vivida, organizaciones basadas en la fe de diversas confesiones, organizaciones humanistas o no confesionales y autoridades competentes. Parágrafo 1. Los lineamientos establecerán, como mínimo: consentimiento y revocatoria; confidencialidad y protección de datos; acreditación e identificación del acompañante; deber de	abstención y remisión cuando exista riesgo clínico; prevención de coerción, proselitismo, discriminación, abuso o conflicto de interés; coordinación con el equipo tratante cuando la persona lo autorice; y mecanismos de queja y supervisión. Parágrafo 2. La participación de acompañantes espirituales o existenciales no los incorpora al equipo clínico ni les permite acceder a la historia clínica, salvo autorización válida y necesidad estricta conforme al ordenamiento jurídico. CAPÍTULO VI OTRAS DISPOSICIONES Artículo 23. Implementación articulada. Las autoridades nacionales y territoriales, las entidades administradoras de planes de beneficios, los prestadores de servicios de salud, las administradoras de riesgos laborales y las instituciones educativas adoptarán las medidas previstas en la presente ley dentro de sus competencias constitucionales y legales, de forma gradual, coordinada y sujeta a los mecanismos de financiación aplicables. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la concertación técnica y territorial y evitará la duplicación de instrumentos, reportes o sistemas existentes. Parágrafo. La implementación respetará la autonomía territorial, universitaria y profesional, la libertad de configuración institucional y las reglas de contratación, habilitación, inspección, vigilancia y control. Ningún lineamiento administrativo podrá crear obligaciones sancionables sin fundamento legal previo y suficiente. Artículo 24. Seguimiento e informe al Congreso. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Consejo Nacional de Salud Mental, incorporará un capítulo específico sobre la implementación de la presente ley en el informe anual al Congreso previsto en el artículo 31 de la Ley 2460 de 2025. El capítulo presentará avances, brechas, ejecución presupuestal agregada, resultados e indicadores sobre el entorno penitenciario y carcelario, el talento humano en salud y el sistema educativo, con desagregaciones pertinentes que no permitan identificar personas. Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud y las demás entidades competentes suministrarán, en el marco de sus funciones, información agregada sobre inspección, vigilancia y control. Esta disposición no crea un informe paralelo ni modifica la distribución legal de

competencias. Artículo 25. Indicadores y gobernanza de datos. El Ministerio de Salud y Protección Social integrará al Sistema de Información en Salud y a los mecanismos creados por la Ley 2460 de 2025 un conjunto de indicadores agregados para evaluar la promoción, prevención, atención y resultados en salud mental en los entornos priorizados por la presente ley. Los indicadores utilizarán, preferentemente, fuentes administrativas y estadísticas existentes y se regirán por los principios de finalidad, necesidad, proporcionalidad, calidad, minimización, acceso restringido, seguridad, confidencialidad y responsabilidad demostrada. Parágrafo 1. Antes de habilitar nuevos intercambios o interoperabilidad de datos sensibles, la entidad responsable realizará y documentará una evaluación de impacto en privacidad y seguridad, definirá responsables y encargados, finalidades, bases jurídicas, perfiles de acceso, plazos de conservación, mecanismos de auditoría, gestión de incidentes y procedimientos para el ejercicio de los derechos de los titulares. Parágrafo 2. La información destinada a investigación, evaluación de política pública, publicación o informe al Congreso será anonimizada de manera que no resulte razonablemente posible la reidentificación. No se crearán perfiles individuales de estudiantes, trabajadores o personas privadas de la libertad para fines disciplinarios, académicos, laborales, comerciales o distintos de la atención autorizada. Parágrafo 3. El tratamiento de datos observará la Ley 1581 de 2012, la reserva de la historia clínica y las demás normas aplicables. La información estadística incorporará enfoques diferencial, territorial e interseccional, siempre que la desagregación no incremente el riesgo de identificación. Artículo 26. Reglamentación, participación y transición. El Gobierno nacional reglamentará las disposiciones que requieran desarrollo técnico mediante un cronograma por productos y responsables, dentro de los doce (12) meses siguientes a la promulgación de la presente ley. La reglamentación garantizará participación efectiva de entidades territoriales, organizaciones de pacientes y cuidadores, personas con experiencia vivida, comunidades académicas y científicas, trabajadores, prestadores y demás actores concernidos.	Parágrafo 1. Los instrumentos de mayor complejidad técnica, tecnológica o de tratamiento de datos deberán contemplar pruebas, evaluación de riesgos, transición y asistencia técnica antes de su exigibilidad. Parágrafo 2. La falta de reglamentación no suspenderá la aplicación de las disposiciones que sean claras, completas y directamente exigibles, ni podrá afectar la continuidad de los servicios de salud mental. Artículo 27. Vigencia y alcance normativo. La presente ley rige a partir de su promulgación. Sus disposiciones modifican o adicionan únicamente las normas expresamente señaladas en su articulado y se interpretarán de manera armónica con las Leyes 1616 de 2013, 2460 de 2025 y 2518 de 2025.  ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCÍA Honorable Senador de la República Coordinador Ponente  LEONARDO GALLEGO ARROYAVE Honorable Senador de la República Ponente  FERNEY SILVA IDROBO Honorable Senador de la República Ponente
--	--



CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
UNIDAD EN LA DIVERSIDAD

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día veintiuno (21) del mes de septiembre del año dos mil veinti seis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República, Informe de Ponencia** para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 038/2026 Senado

TÍTULO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA FORTALECER LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ENTORNOS ESPECIALES, SE ACTUALIZA LA LEY 1616 DE 2013, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

INICIATIVA: H.S. PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, H.R. MIGUEL ÁNGEL GRISALES SUÁREZ.

RADICADO: EN SENADO: 22-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-202X

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA
30 Art 970/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
ORLANDO DE LA HOZ GARCÍA	COORDINADOR	PACTO HISTÓRICO
LEONARDO DE JESÚS GALLEGÓ RROYAVE	PONENTE	PARTIDO LIBERAL
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE	PACTO HISTÓRICO

NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA Y SIETE (37)
RECIBIDO EL DÍA: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 11:53 AM

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

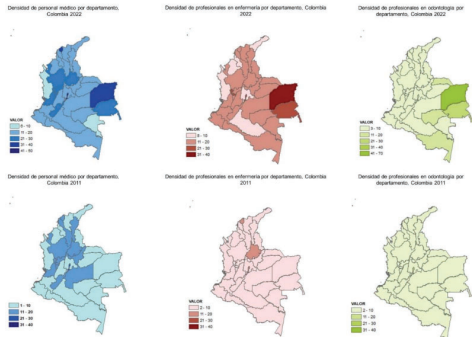


ALFREDO JOSÉ MOISES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República

la Organización Panamericana de la Salud – OPS², advierte que de no corregirse la precariedad laboral y las deficiencias de retención, la región enfrentará un déficit proyectado de **2 millones** de profesionales de la salud para el año **2030**. (p.55)

Figura 3.

Figura 21. Densidad de profesionales en salud por departamento, Colombia 2011 y 2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Nota. Cantidad de personal médico por departamento.. Tomado de Ministerio de Salud, *Política Pública del Talento Humano en Salud 2025 – 2035* (p.56).

Finalmente, la determinante de la reducción de la jornada laboral tiene también un impacto a valorar, dado que dicha reducción legal representa un incremento automático de aproximadamente el 14,2% en la necesidad de horas/ planta para sostener la misma capacidad operativa en servicios asistenciales ininterumpidos, es decir, aquellos que funcionan 24/7.

² Organización Panamericana de la Salud. (2023). CD60/6 – *Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes*. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud-fin>

IV. MARCO NORMATIVO

El presente proyecto de ley encuentra fundamento en la Constitución Política de Colombia, que reconoce el trabajo como un derecho y una obligación social que goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado (artículo 25), y desarrolla los principios mínimos fundamentales del derecho laboral previstos en el artículo 53, en particular la primacía de la realidad sobre las formalidades, la irrenunciabilidad de los beneficios mínimos laborales y la protección del trabajo digno y decente.

Así mismo, la iniciativa se armoniza con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, que consagran la seguridad social y la salud como servicios públicos esenciales y establecen el deber del Estado de garantizar su prestación bajo criterios de eficiencia, continuidad y calidad. En ese contexto, el fortalecimiento de las condiciones de vinculación del talento humano en salud contribuye al adecuado funcionamiento del sistema y a la protección del derecho fundamental a la salud.

En el ámbito legal, el proyecto desarrolla las disposiciones del artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo sobre los elementos esenciales del contrato de trabajo; fortalece las funciones de inspección, vigilancia y control atribuidas al Ministerio del Trabajo por la Ley 1610 de 2013; y guarda armonía con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconoce al talento humano como un componente esencial para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

Finalmente, la presente iniciativa no modifica el régimen general del derecho laboral colombiano. Por el contrario, establece una regulación especial aplicable al sector salud, orientada a prevenir la utilización indebida de modalidades de vinculación para el desarrollo de actividades misionales permanentes y a promover la formalización laboral, en concordancia con los principios y reglas vigentes del ordenamiento jurídico colombiano.

V. CONCLUSION

El presente proyecto de ley constituye una respuesta normativa orientada a fortalecer la formalización laboral del talento humano que desarrolla actividades misionales permanentes en el sector salud, mediante un régimen especial que brinda seguridad jurídica, promueve el trabajo digno y decente, previene la intermediación laboral indebida y fortalece los mecanismos de inspección, vigilancia y control previstos en el ordenamiento jurídico colombiano.

La iniciativa respeta el marco constitucional y legal vigente, no modifica el régimen general del derecho laboral ni desconoce las modalidades legítimas de contratación independiente. Por el contrario, establece reglas claras para diferenciar aquellas situaciones en las que existe una verdadera relación laboral de aquellas en las que concurren relaciones civiles o comerciales desarrolladas con plena autonomía e independencia.

En ese contexto, el proyecto busca contribuir al fortalecimiento institucional del sector salud, a la protección de los derechos del talento humano y a la prestación continua, oportuna y de calidad de los servicios de salud, en armonía con los principios constitucionales que orientan el Estado Social de Derecho.

VI. IMPACTO FISCAL.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, el presente proyecto de ley no ordena gasto público ni crea apropiaciones presupuestales con cargo al Presupuesto General de la Nación. Tampoco crea entidades, modifica la estructura de la administración pública, establece beneficios tributarios o dispone nuevas fuentes de financiación estatal.

Por lo tanto, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener en consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional³:

“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 de 2003 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

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia **C-911 de 2007**, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.

Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.

Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicen tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

No obstante, es menester aclarar que las medidas previstas en la iniciativa se desarrollan en el marco de las competencias actualmente atribuidas al Ministerio del Trabajo y a las demás autoridades competentes, por lo que su implementación no requiere la creación de nuevas cargas fiscales para la Nación.

En consecuencia, el presente proyecto no genera un impacto fiscal directo sobre las finanzas públicas nacionales, sin perjuicio de las obligaciones que, conforme al ordenamiento jurídico vigente, correspondan a los sujetos obligados comprendidos dentro de su ámbito de aplicación.

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las

³ Corte Constitucional. Sala Plena. Sentencia C-315. Expediente OP-098. M.P. Dr. Jaime Córdoba Triviño.

disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo. VII. CONFLICTO DE INTERESES. La iniciativa contiene disposiciones de carácter general, impersonal y abstracto, aplicables a las personas naturales o jurídicas de naturaleza privada comprendidas en su ámbito de aplicación y al talento humano vinculado al sector salud. En consecuencia, su discusión y aprobación no configura, por sí misma, un beneficio particular, actual y directo para los congresistas. No obstante, podría presentarse conflicto de interés cuando la participación de un congresista en el trámite de la iniciativa pueda generar un beneficio particular, actual y directo para sí, su cónyuge o compañero permanente, sus parientes en los grados previstos por la ley, o sus socios de derecho o de hecho, especialmente cuando exista una vinculación concreta con sujetos obligados, organizaciones contratantes o personas directamente beneficiadas por las disposiciones del proyecto. En todo caso, la identificación y declaración de los impedimentos corresponderá a cada congresista, de acuerdo con sus circunstancias particulares y con el régimen constitucional, legal y reglamentario aplicable. Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente: <i>"ARTÍCULO 1º El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:</i> <i>ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.</i> <i>a. Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.</i>	<i>b. Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión</i> <i>b. Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."</i> Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa. Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso. VIII. PROPOSICIÓN. Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, propongo a la Honorable Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República dar primer debate al Proyecto de Ley No. Proyecto de Ley 153 de 20256 Senado "Por la cual se establece el régimen especial de formalización laboral del talento humano en el sector salud y se dictan otras disposiciones" Cordialmente,  FERNEY SILVA IDROBO Senador de la República Pacto Histórico
IX. TEXTO PROPUESTO. Proyecto de Ley No. 153 de 2026 Senado "Por la cual se establece el régimen especial de formalización laboral del talento humano en el sector salud y se dictan otras disposiciones". EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES ARTÍCULO 1º. OBJETO. La presente ley tiene por objeto establecer el Régimen Especial de Formalización Laboral del Talento Humano en el Sector Salud, con el fin de garantizar que las actividades misionales permanentes sean desarrolladas bajo modalidades de vinculación que cumplan con los elementos esenciales del contrato de trabajo conforme a la Constitución Política y la legislación laboral, prevenir la intermediación laboral indebida y asegurar la efectiva protección de los derechos laborales del talento humano en salud. ARTÍCULO 2º. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley se aplicará a todas las personas naturales o jurídicas de naturaleza privada que presten, administren, operen o apoyen la prestación de servicios de salud y que, para el desarrollo de actividades misionales permanentes, vinculen talento humano en salud. PARÁGRAFO 1º. Las disposiciones de la presente ley serán aplicables cualquiera que sea la modalidad jurídica utilizada para la vinculación del talento humano, incluidos los contratos de prestación de servicios, contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, empresas de servicios temporales o cualquier otra modalidad de organización o contratación, cuando en la realidad de la prestación del servicio concurren los elementos esenciales del contrato de trabajo previstos en el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo. PARÁGRAFO 2º. La autonomía técnica, científica o profesional propia del ejercicio de las profesiones y ocupaciones en salud no excluye la existencia de una relación laboral cuando, en la realidad de la prestación del servicio, concurren los elementos esenciales del contrato de trabajo previstos en el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo. PARÁGRAFO 3º. Para los efectos de la presente ley, las personas naturales o jurídicas comprendidas en el ámbito de aplicación previsto en este artículo se denominarán sujetos obligados. ARTÍCULO 3º. ACTIVIDADES MISIONALES PERMANENTES. Para efectos de la presente ley, se entienden por actividades misionales permanentes aquellas	necesarias para el cumplimiento del objeto social y el funcionamiento ordinario, continuo y habitual de los sujetos obligados, independientemente de que estas se ejecuten directamente o mediante procesos de descentralización productiva. La naturaleza misional y permanente de una actividad se determinará por su carácter esencial y constante para la prestación de los servicios de salud, atendiendo a la realidad de las funciones efectivamente ejecutadas y no a la denominación, forma contractual o modalidad de vinculación utilizada, en aplicación del principio de primacía de la realidad sobre las formas. PARÁGRAFO 1º. Se consideran, sin que la enumeración sea taxativa, actividades misionales permanentes aquellas relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos, la atención de urgencias, la hospitalización, la consulta externa, el apoyo diagnóstico, el apoyo terapéutico, el apoyo asistencial y cualquier otra actividad necesaria para garantizar la atención integral, continua, oportuna y segura de los servicios de salud. PARÁGRAFO 2º. Las excepciones previstas para actividades ocasionales, excepcionales, temporales o accidentales serán de interpretación restrictiva. Corresponderá al sujeto obligado demostrar que la actividad tiene carácter excepcional, temporal o no misional cuando pretenda excluirla de la aplicación de las disposiciones previstas en la presente ley. CAPÍTULO II VERIFICACIÓN ADMINISTRATIVA Y GARANTÍAS PARA LA FORMALIZACIÓN LABORAL ARTÍCULO 4º. FORMALIZACIÓN LABORAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El talento humano que desarrolle actividades misionales permanentes en los sujetos obligados deberá ser vinculado mediante contrato de trabajo cuando, en la realidad de la prestación del servicio, concurren los elementos esenciales previstos en el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo. La utilización de cualquier modalidad civil, comercial, asociativa o de otra naturaleza no impedirá el reconocimiento de la relación laboral cuando, conforme al principio de primacía de la realidad sobre las formas, se acrediten los elementos propios del contrato de trabajo. PARÁGRAFO 1º. La celebración de contratos de prestación de servicios, contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, empresas de servicios temporales u otras modalidades de organización o contratación será legítima únicamente cuando corresponda a su naturaleza jurídica y no tenga como finalidad encubrir una relación laboral o sustituir de manera permanente el desarrollo de actividades misionales bajo condiciones de subordinación. PARÁGRAFO 2º. Lo dispuesto en el presente artículo no impedirá la celebración de contratos civiles o comerciales para la prestación de servicios

especializados, ocasionales, temporales, complementarios, de consultoría, asesoría o apoyo científico o técnico, siempre que, por la naturaleza y forma de ejecución de la actividad, exista autonomía e independencia y no concurren los elementos esenciales del contrato de trabajo previstos en el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo. En ningún caso estas modalidades podrán utilizarse para eludir el cumplimiento de las obligaciones laborales y de seguridad social. ARTÍCULO 5°. CRITERIOS PARA LA VERIFICACIÓN ADMINISTRATIVA. En ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, el Ministerio del Trabajo verificará el cumplimiento de las obligaciones de formalización mediante la valoración integral de las circunstancias de prestación del servicio. Para tal efecto, se considerarán, entre otros, los siguientes indicios de laboralidad: a) La prestación personal, continua y remunerada del servicio. b) La sujeción a horarios, turnos, disponibilidad o programación establecidos por el sujeto obligado. c) La observancia de protocolos, manuales, reglamentos o directrices impartidos por el sujeto obligado que excedan la simple coordinación técnica. d) La utilización habitual de infraestructura, equipos, insumos o sistemas de información suministrados por el sujeto obligado. e) La integración permanente a la estructura funcional, operativa o asistencial del sujeto obligado. f) La existencia de supervisión, coordinación o control jerárquico sobre la ejecución de las actividades. PARÁGRAFO. La valoración de estos criterios tendrá efectos exclusivamente administrativos para orientar la función de inspección y la adopción de medidas preventivas o sancionatorias. No implicará el reconocimiento de derechos individuales, cuya competencia es exclusiva de las autoridades judiciales. ARTÍCULO 6°. PROTECCIÓN CONTRA REPRESALIAS. Se prohíbe a los sujetos obligados adoptar medidas de represalia contra el talento humano por solicitar la formalización de su vínculo, presentar quejas ante autoridades competentes o colaborar en actuaciones administrativas o judiciales. Se entenderá por represalia cualquier acción u omisión, como la terminación injustificada del vínculo, la desmejora de condiciones o la alteración de turnos y funciones, que se derive del ejercicio de los derechos previstos en esta ley. PARÁGRAFO 1°. En caso de terminación del vínculo o modificación sustancial de condiciones tras una solicitud de formalización o denuncia, corresponderá	al sujeto obligado demostrar, mediante razones objetivas y probadas, que su decisión es ajena a cualquier acto de represalia. PARÁGRAFO 2°. El incumplimiento de lo previsto en este artículo dará lugar a las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de las acciones judiciales de reintegro o indemnización a que haya lugar. CAPÍTULO III IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE FORMALIZACIÓN LABORAL ARTÍCULO 7°. ACUERDO DE FORMALIZACIÓN LABORAL. Los sujetos obligados podrán suscribir, con la orientación del Ministerio del Trabajo, un Acuerdo de Formalización Laboral cuando, en desarrollo de las actuaciones administrativas, se verifique el incumplimiento de las obligaciones en materia de formalización. El Acuerdo tendrá por finalidad establecer los compromisos, medidas, acciones y cronogramas necesarios para adecuar las modalidades de vinculación del talento humano. El Ministerio del Trabajo realizará el seguimiento y verificará su cumplimiento. El Acuerdo deberá contener: a) La identificación de las modalidades de vinculación que deban adecuarse. b) Los compromisos y acciones de formalización laboral. c) El cronograma para su ejecución. d) Los mecanismos de seguimiento. PARÁGRAFO. La suscripción del Acuerdo no suspende las actuaciones administrativas sancionatorias en curso ni exime de responsabilidad por el incumplimiento previo, salvo cumplimiento efectivo de los compromisos adquiridos dentro de los términos acordados.. ARTÍCULO 8°. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL. El Ministerio del Trabajo y la Superintendencia Nacional de Salud coordinarán actuaciones e intercambiarán información técnica y administrativa para la efectiva aplicación de esta ley. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud advierta hechos que puedan constituir irregularidades laborales, remitirá los antecedentes pertinentes al Ministerio del Trabajo, sin perjuicio del ejercicio de sus propias competencias en materia de calidad y seguridad en la prestación del servicio. ARTÍCULO 9°. RÉGIMEN DE TRANSICIÓN. Los sujetos obligados dispondrán de un plazo máximo de dieciocho (18) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para adecuar las modalidades de vinculación del talento humano que desarrolle actividades misionales permanentes.
Durante este período, queda prohibida la celebración de nuevas contrataciones que contravengan las disposiciones de esta ley. PARÁGRAFO 1°. El Ministerio del Trabajo mantendrá sus facultades de inspección, vigilancia y control para investigar infracciones ocurridas con anterioridad a esta ley, nuevas contrataciones irregulares durante la transición o el incumplimiento de los planes de adecuación. PARÁGRAFO 2°. Este régimen no afectará los derechos adquiridos ni impedirá las acciones judiciales que los trabajadores puedan ejercer para el reconocimiento de su relación laboral desde el momento de su vinculación. ARTÍCULO 10°. RÉGIMEN SANCIONATORIO. El incumplimiento de las obligaciones previstas en esta ley dará lugar a las medidas administrativas y sanciones previstas en el Código Sustantivo del Trabajo, la Ley 1610 de 2013 y demás normas concordantes. Lo anterior incluye, entre otras medidas, la imposición de multas sucesivas y la clausura temporal o definitiva del lugar de trabajo cuando la conducta ponga en peligro la seguridad de los trabajadores o persista la reincidencia en la infracción, de conformidad con lo establecido en el artículo 8° de la Ley 1610 de 2013. CAPÍTULO IV DISPOSICIONES FINALES ARTÍCULO 11°. CONSERVACIÓN Y SUMINISTRO DE INFORMACIÓN. Los sujetos obligados deberán organizar, conservar y mantener actualizada la documentación relacionada con las modalidades de vinculación de su talento humano en salud, de conformidad con la normativa laboral y de gestión documental vigente. Así mismo, estarán obligados a suministrar al Ministerio del Trabajo la información y documentación que este requiera para el cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, dentro de los términos perentorios que para el efecto se establezcan. PARÁGRAFO. El incumplimiento del deber de conservación o la negativa a suministrar la información requerida será objeto de sanción administrativa, de conformidad con lo previsto en la legislación laboral vigente. ARTÍCULO 12°. GARANTÍA DE LOS DERECHOS LABORALES. La implementación de las medidas de formalización laboral previstas en la presente ley no podrá implicar, en ningún caso, la disminución, renuncia o desconocimiento de los derechos laborales, prestacionales, salariales o de seguridad social adquiridos. Todo proceso de formalización deberá observar los principios de igualdad, favorabilidad, primacía de la realidad, irrenunciabilidad de beneficios mínimos y progresividad. Ninguna medida de formalización podrá utilizarse para afectar la antigüedad, desmejorar las condiciones de trabajo o reducir la remuneración.	ARTÍCULO 13°. INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente ley se interpretarán bajo los principios de dignidad humana, trabajo digno y decente, primacía de la realidad, igualdad, favorabilidad, progresividad e irrenunciabilidad de los derechos mínimos laborales, conforme a lo establecido en el artículo 53 de la Constitución Política y los tratados internacionales ratificados por Colombia. Las autoridades administrativas y judiciales deberán procurar siempre la máxima efectividad de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico. ARTÍCULO 14°. REGLAMENTACIÓN. El Gobierno nacional reglamentará la presente ley dentro de los doce (12) meses siguientes a su promulgación. Aquellas disposiciones que no requieran desarrollo reglamentario para su ejecución, serán de aplicación inmediata ARTÍCULO 15°. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias. Cordialmente,  FERNEY SILVA IDROBO Senador de la República Pacto Histórico



CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día veintiuno (21) del mes de septiembre del año dos mil veinte seis (2026)
- En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**. Informe de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 153/2026 Senado

TÍTULO: "POR LA CUAL SE ESTABLECE EL RÉGIMEN ESPECIAL DE FORMALIZACIÓN LABORAL DEL TALENTO HUMANO EN EL SECTOR SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

INICIATIVA: H.S. ANTONIO JOSE CORREA JIMENEZ, FERNEY SILVA IDROBO, ARIEL FERNANDO AVILA MARTINEZ, WILSON NEBER ARIAS CASTILLO, MARHTA ISABEL PERALTA EPIEYU.

RADICADO: EN SENADO: 05-08-2026 EN COMISIÓN: 18-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-202X

PUBLICACIONES – GACETAS								
TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
15 Art 10477/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE UNICO	PACTO HISTORICO

NÚMERO DE FOLIOS: DIECINUEVE (19)
RECIBIO EL DÍA: 19 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 11:35 AM

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



ALFREDO JOSÉ MOÍSES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 1348 - Lunes, 21 de septiembre de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Págs.

Informe de ponencia positiva para primer debate y texto propuesto al Proyecto de Ley número 16 de 2026 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

1

Informe de ponencia positiva para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de Ley número 38 de 2026 Senado, por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la Ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones.....

13

Informe de ponencia positiva para primer debate al Proyecto de Ley número 153 de 2026 Senado, por la cual se establece el régimen especial de formalización laboral del talento humano en el sector de salud y se dictan otras disposiciones

23

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2026