



Policy Brief

Transformación del Sistema de Salud en Colombia Análisis, Tensiones y Propuestas Conciliadoras

Centro De Pensamiento En
Gestión De Salud - UKAN

TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

ANÁLISIS, TENSIONES Y PROPUESTAS CONCILIADORAS

Resumen Ejecutivo

El Gobierno Nacional ha propuesto una reforma estructural al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), centrada en la Atención Primaria en Salud (APS), la centralización financiera en la ADRES y la transformación del rol de las EPS. Aunque todos los actores coinciden en la necesidad de una transformación del sistema de salud, persisten profundas discrepancias sobre su enfoque, implementación y viabilidad.

El sistema ha alcanzado alta cobertura (96%), pero enfrenta graves tensiones por factores demográficos, epidemiológicos, financieros y sociales. Existen inequidades territoriales, fragmentación en la atención, debilidades en la gestión del riesgo y déficit en el talento humano, lo que ha erosionado la eficiencia y confianza en el modelo actual.

Coincidencias clave entre Gobierno y gremios:

- Necesidad de fortalecer la APS con enfoque territorial y preventivo.
- Reorganización institucional y mejora de la equidad.
- Importancia del fortalecimiento financiero y la participación ciudadana.

Principales tensiones:

- Eliminar el rol asegurador de las EPS sin una transición clara.
- Centralizar los recursos en una ADRES con limitada capacidad operativa.
- Ausencia de pilotos, estudios y claridad normativa para la formalización laboral.

Desde una perspectiva normativa, la transformación del sistema debe respetar el derecho fundamental a la salud, garantizar continuidad y equidad en el acceso, y preservar avances logrados bajo el modelo vigente. La sostenibilidad

fiscal y de su operación financiera y la gobernanza técnica son condiciones indispensables para su implementación.

Recomendaciones:

- 1 **Implementar mesas técnicas para definir transiciones graduales de las EPS.**
- 2 **Fortalecer el modelo APS articulándolo con el aseguramiento actual.**
- 3 **Establecer una hoja de ruta financiera consensuada.**
- 4 **Robustecer la capacidad de la ADRES antes de nuevas funciones.**
- 5 **Financiar progresivamente la formalización laboral en salud.**
- 6 **Crear una autoridad técnica nacional para seguimiento y evaluación de la transformación del sistema de salud.**

Esta propuesta busca reducir la polarización y promover una transformación construida colectivamente, basada en evidencia, que garantice la sostenibilidad del sistema y el derecho a la salud de todos los colombianos

Tabla Resumen de Coincidencias y Discrepancias

Eje temático	Gobierno Nacional (Min Salud, Min Hacienda, DNP)	Agremiaciones (ANDI, ACEMI, Gestarsalud, Academia de Medicina)	Tipo de Coincidencia
Modelo de atención en salud	Fortalecimiento de un modelo basado en la Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque preventivo y predictivo.	Defienden el modelo mixto actual con énfasis en articulación entre aseguramiento y atención primaria.	Parcial (en enfoque APS, no en su implementación).
Papel de las EPS	Transición de las EPS a gestoras de salud con funciones administrativas sin asumir riesgo financiero.	Rechazo a la eliminación del rol de aseguramiento financiero de las EPS	
Gestión financiera del sistema	Mayor centralización presupuestal a la ADRES		
Participación ciudadana y territorial	Creación de Consejos Territoriales de Salud como mecanismos de participación.	Preocupación por politización en los Consejos Territoriales	
Régimen laboral en salud	Vinculación formal progresiva del talento humano con estabilidad laboral.	Preocupación por costos de formalización laboral sin estudios técnicos que soporten la sostenibilidad.	Discrepancia.
Articulación con ADRES	ADRES se convierte en pagador Único y articulador financiero del sistema.	Critican la falta de capacidad operativa y técnica de ADRES para asumir funciones nuevas.	Discrepancia.

Introducción

En el marco del debate legislativo que cursa en el Congreso de la República, el Gobierno Nacional ha propuesto una reforma estructural al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha reforma ha generado posturas encontradas entre el gobierno y diversos grupos de interés del sector salud reconocidos formalmente.

Este documento presenta un análisis técnico comparativo de dichas posturas, identifica puntos de coincidencia y discrepancia, y propone seis recomendaciones de política pública que buscan conciliar los intereses institucionales, proteger el derecho fundamental a la salud y asegurar la sostenibilidad del sistema.

Descripción del problema

El sistema de salud colombiano ha logrado avances importantes en cobertura poblacional, acceso y protección financiera. Hoy más del 96% de los colombianos están afiliados al sistema, según la Encuesta de Calidad de Vida del año 2025. Sin embargo, estos logros coexisten con tensiones estructurales que amenazan la sostenibilidad, eficiencia y capacidad resolutoria del sistema frente a un entorno cada vez más exigente.

La combinación de presiones demográficas (envejecimiento poblacional), epidemiológicas (incremento de enfermedades crónicas), tecnológicas (ingreso de nuevas tecnologías), financieros (recursos insuficientes), y sociales (mayor



Foto de Frank Meriño en Pexels

demanda de servicios y expectativa de calidad), ha generado un contexto en el que la operación cotidiana del sistema se encuentra al borde de su capacidad.

Pese a la cobertura formal, persisten barreras estructurales de acceso, fragmentación de la atención, insuficiencia y mala distribución del talento humano, debilidades en los sistemas de información y una limitada articulación entre niveles de atención y sectores. Estas deficiencias repercuten directamente en la experiencia del usuario y se traducen en insatisfacción con los servicios recibidos y desconfianza institucional. Además, se profundizan las inequidades territoriales en disponibilidad y calidad de servicios, afectando de forma desproporcionada a las regiones más vulnerables.

El modelo actual enfrenta una creciente presión financiera. La suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), instrumento clave para la financiación del sistema, ha sido cuestionada por no reflejar adecuadamente los costos reales de atención, generando posibles desbalances operativos y riesgo de inviabilidad para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

A lo anterior se suma la falta de integración efectiva de funciones estratégicas como la gestión del riesgo en salud, la planeación territorial y la articulación intersectorial, lo que debilita la capacidad del sistema para abordar los determinantes sociales de la salud y avanzar hacia un enfoque realmente preventivo, predictivo y resolutivo.

En este contexto, se reconoce ampliamente la necesidad de un cambio. Sin embargo, persisten divergencias profundas sobre el rumbo, la velocidad y el alcance de las reformas necesarias. Mientras algunos actores proponen una transformación estructural del modelo actual, otros abogan por ajustes graduales orientados a corregir falencias sin desmontar los avances acumulados. Esto ha conllevado a que la discusión pública haya sido marcada por la polarización, lo que ha dificultado la construcción de consensos técnicos e institucionales duraderos.

Desde esta perspectiva, resulta urgente una transformación cocreada con todos los actores del sistema, que reconozca los roles estratégicos de cada uno de ellos, sus fortalezas y oportunidades de mejora y promueva esquemas sostenibles de financiamiento basados en estudios con rigurosidad técnica. Es esencial que dicha transformación esté orientada a mejorar el acompañamiento a los habitantes del territorio colombiano, asegurando un flujo adecuado y transparente de recursos, y garantizando su asignación equitativa que incluya condiciones laborales dignas para el talento humano en salud.

La presión acumulada sobre el sistema, sumada a la incertidumbre del sector, amenaza con asfixiar su operación. Esto genera afectaciones directas sobre los usuarios y pone en riesgo la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud. Por ello, se requiere una respuesta estructurada, con visión de largo plazo, que preserve lo logrado e impulse mejoras sostenidas en calidad, equidad, eficiencia y confianza.

Este Policy Brief parte de la premisa de que la transformación del sistema no puede prescindir del conocimiento acumulado ni de las experiencias positivas construidas bajo el modelo vigente. Por el contrario, propone avanzar en una

ruta de transformación técnica, gradual y adaptativa, que combine la experiencia de los diferentes actores del sistema, y que priorice como eje fundamental el bienestar de las personas. La coyuntura actual es crítica, pero también representa una ventana de oportunidad para encaminar al sistema hacia un modelo más articulado, equitativo, sostenible y centrado en los seres humanos.

Análisis Comparativo de Posiciones

El análisis se realizó sobre documentos emitidos durante 2024 y 2025 por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda, el DNP, y las agremiaciones ANDI, ACEMI, Gestarsalud, Academia Nacional de Medicina, entre otras.

Con base en lo anterior, se hallaron importantes puntos de convergencia, pero también divergencias sustanciales que inciden directamente en la viabilidad técnica, financiera y operativa del proyecto.

I. Convergencias entre Gobierno y Agremiaciones

1. Importancia de la Atención Primaria en Salud (APS)

Tanto el Gobierno como las agremiaciones coinciden en reconocer a la APS como eje central de la transformación del sistema. Existe un consenso sobre la necesidad de fortalecer el enfoque preventivo y comunitario para mejorar los resultados en salud, particularmente en poblaciones vulnerables y dispersas, aunque difieren en su implementación.

2. Necesidad de reorganización institucional

Ambas partes reconocen que la estructura actual requiere ajustes para garantizar mayor articulación entre los niveles de atención, territorialidad efectiva y eficiencia administrativa. Sin embargo, difieren en el grado y velocidad de la transformación institucional.

3. Mejora de la Equidad

Tanto el Gobierno como varios gremios coinciden en que el sistema actual presenta inequidades en el acceso, particularmente en zonas rurales y dispersas, y se requiere una reforma estructural para resolverlas.

4. Fortalecimiento de lo Territorial

Existe consenso sobre la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria a nivel territorial, aunque con visiones distintas respecto a la institucionalidad que debe liderar estos procesos (Secretarías de Salud vs. EPS vs. Gestoras de Salud).

5. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud

Existe un acuerdo sobre la urgencia de implementar redes integrales de salud que respondan a las realidades geográficas y sociales del país, con especial atención a zonas rurales y marginadas y como elemento esencial de la continuidad de la atención.

6. Preocupación por la sostenibilidad financiera

Tanto el Ministerio de Hacienda como las agremiaciones coinciden en que el sistema debe asegurar suficiencia presupuestal, aunque difieren en sus estimaciones y mecanis-



Foto de Frank Meriño en Pexels

mos para lograrlo. Reconocen la necesidad de garantizar el flujo oportuno de recursos.

7. Importancia de la participación ciudadana

Ambas visiones promueven el fortalecimiento de la participación social y el control ciudadano sobre la gestión en salud, aunque las agremiaciones cuestionan la efectividad de los mecanismos propuestos por el Gobierno. Hay acuerdo en que los usuarios deben tener mayor representación en las decisiones del sistema, aunque los gremios piden que esta sea técnica y no politizada.

II. Discrepancias Principales

1. Grado de estructuración del modelo APS

El Gobierno propone un modelo centrado en la Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque preventivo, predictivo y resolutorio, sustentado en redes territoriales. Las agremiaciones, si bien valoran el enfoque de APS, critican la ruptura del sistema de aseguramiento actual y temen una fragmentación en la continuidad del cuidado producto de la escasa claridad sobre la implementación operativa de la APS, la falta de recursos humanos suficientes y los riesgos de improvisación en los territorios.

2. Administración de recursos y rol de la ADRES

El Gobierno propone centralizar el manejo financiero en la ADRES, eliminando la intermediación financiera de las EPS, convirtiéndose en pagador único y coordinador del flujo de recursos. Las agremiaciones advierten sobre los riesgos de



Foto de Catalina Carvajal Herrera en Pexels
concentración, posibles cuellos de botella y la debilidad institucional de la ADRES por su actual limitada capacidad técnica y operativa, señalando el riesgo de desfinanciamiento y retraso en pagos a prestadores.

3. Continuidad o eliminación del rol de las EPS

Esta es una de las discrepancias más profundas. Mientras el Gobierno plantea desmonte progresivo o transformación de las EPS en Gestoras de Salud sin funciones financieras, de aseguramiento financiero, ni de integración vertical; algunas agremiaciones defienden su papel como articuladoras del sistema, argumentando que han construido capacidad operativa, tecnológica y de redes que no debería reemplazarse abruptamente.

4. Capacidades locales y enfoque territorial

Aunque ambas partes valoran el enfoque territorial, las agremiaciones cuestionan la falta de diagnóstico sobre las capacidades reales de los entes territoriales para asumir nuevas funciones, lo cual podría profundizar las inequidades existentes. Además, que los Consejos Territoriales de Salud podrían politizarse, afectando la transparencia en la toma de decisiones.

5. Sustentabilidad fiscal

El Ministerio de Hacienda defiende que el nuevo modelo es financieramente viable, con base en estudios de costos proyectados, pero tanto ACEMI como ANDI señalan que estos cálculos no incluyen riesgos ni dinámicas poblacionales reales. Critican que no existan estudios actuariales completos ni mecanismos sólidos de control de gasto.

6. Régimen Laboral

La reforma plantea una transición progresiva hacia la vinculación formal del talento humano en salud. Si bien las agremiaciones concuerdan con ello, señalan la falta de análisis financiero y operativo sobre la sostenibilidad de formalizar más de 700.000 trabajadores actualmente bajo otras modalidades de contratación distintas a la laboral directa.

7. Participación efectiva

Aunque se plantean mecanismos de veeduría y representación, las agremiaciones consideran que estas figuras carecen de herramientas jurídicas y operativas para incidir realmente en las decisiones del sistema.

Análisis Normativo y Prospectivo

Desde el marco normativo vigente, el artículo 49 de la Constitución, desarrollado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, reconoce la salud como un derecho fundamental, lo que implica que cualquier rediseño del sistema debe asegurar acceso integral, continuidad, oportunidad y calidad.

El artículo 13 de la Constitución exige trato igualitario, lo que implica que las reformas no pueden generar brechas entre regiones o poblaciones. En este sentido, la Ley 1438 de 2011 ya contempla un enfoque en APS, por lo que la reforma parece más una profundización que una ruptura del modelo legal.

Por otra parte, las leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1753 de 2015, 1955 de 2019 y el Decreto 780 de 2016 (compilatorio del sector salud) establecen estructuras funcionales y roles definidos para EPS, prestadores y entidades territoriales. Eliminar o modificar sustancialmente estos roles exige una reforma legal de amplio consenso técnico y político.

En materia laboral, el artículo 53 constitucional exige estabilidad laboral y condiciones dignas, pero estas deben ser implementadas sin comprometer la sostenibilidad del sistema, tal como lo ha advertido la Corte Constitucional en la sentencia C-313/14. Igualmente la ley 1164 de 2007 establece condiciones del ejercicio profesional y la ley 1751 de 2015, dentro de la definición del derecho fundamental a la salud, establece que los trabajadores del sector deben tener condiciones laborales dignas y justas.

Análisis Crítico desde la Política Pública

El diseño de políticas en salud exige una lectura sistémica y pragmática de las capacidades estatales, la heterogeneidad del territorio y los aprendizajes institucionales acumulados. La propuesta gubernamental avanza en principios de equidad, universalidad y salud como derecho, pero no es precisa en aspectos claves como la planeación de la transición, el financiamiento y la estructura operativa.

Las agremiaciones, por su parte, enfatizan en la necesidad de sostenibilidad y gradualidad, reconociendo avances logrados, pero sin negar la urgencia de cambios. Su posición podría interpretarse como defensa de intereses, pero también refleja una visión basada en la experiencia de prestación directa.

Para lograr una reforma viable y justa se requieren pilotos territoriales, fortalecimiento institucional previo, ajustes normativos progresivos y una gobernanza articulada que incluya academia, sociedad civil, prestadores y agentes responsables de la gestión del sistema. El debate no debe centrarse en eliminar actores sino en transformar sus roles bajo criterios de transparencia, eficacia y enfoque en resultados.

Recomendaciones de Política Pública

El análisis revela una polarización conceptual entre un modelo más estatal y comunitario propuesto por el Gobierno, y una defensa del aseguramiento mixto por parte de los gremios. No obstante, también existen áreas de potencial convergencia que podrían permitir una transformación del sistema concertada.

1. Transición Gradual y Concertada del Rol de las EPS mediante Pilotos Regionales.

Realizar mesas técnicas vinculantes entre gobierno y gremios para consensuar elementos estructurales para implementar una transición gradual y evaluada de las funciones actuales de las EPS, mediante pilotos regionales y esquemas diferenciales que garanticen la continuidad en la atención y permitan validar el nuevo rol, antes de escalarlo nacionalmente que se expresen mediante normas como decretos o resoluciones.

Sustento normativo:

a. Artículo 49 de la Constitución Política:

“El Estado garantizará la eficiencia, universalidad y solidaridad del Sistema.”

b. Ley 1122 de 2007, Art. 14:

“Las EPS tendrán funciones de organización, gestión y administración del riesgo en salud.”

Justificación técnica:

Permite dar cumplimiento al principio de progresividad de los derechos, evitando riesgos de desarticulación operativa o financiera del sistema. A su vez, responde a la preocupación de las agremiaciones sobre la pérdida abrupta del rol de las EPS.

2. Fortalecer el modelo de Atención Primaria en Salud sin desmontar completamente el aseguramiento.

Adoptar un modelo de APS territorial y resolutivo articulado con el esquema de aseguramiento poblacional existente con un sistema de información que integre a los actores. Su desarrollo sería por fases que permitan evaluar aciertos y falencias que conduzcan a ajustes antes de ser implementado en el orden nacional.

Sustento normativo:

a. Ley 1438 de 2011, Art. 9:

“La Atención Primaria en Salud es el eje articulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

b. Ley Estatutaria 1751 de 2015, Art. 6:

“El Estado garantizará el acceso equitativo, oportuno, continuo, integral y de calidad al servicio de salud.”

Justificación técnica:

Esta recomendación permite preservar los logros en cobertura y eficiencia del sistema, mientras se fortalece la capacidad resolutiva primaria en los territorios, conciliando el enfoque comunitario del Gobierno con la continuidad del modelo mixto defendido por las agremiaciones.

3. Definir con todos los actores del sistema un escenario sobre la realidad financiera del sector y determinar una ruta crítica de solución en el corto y mediano plazo.

Determinar el monto del problema financiero y el diseño de una hoja de ruta dentro de la transformación del sector en una Mesa de Trabajo facilitada por la Procuraduría General de la Nación basado en el uso de la función preventiva como máximo organismo del Ministerio Público.

La Mesa se realizaría en el marco del Auto No. 007 de 2025 de la Corte Constitucional generando como resultado un acuerdo nacional sobre la sostenibilidad del sistema.

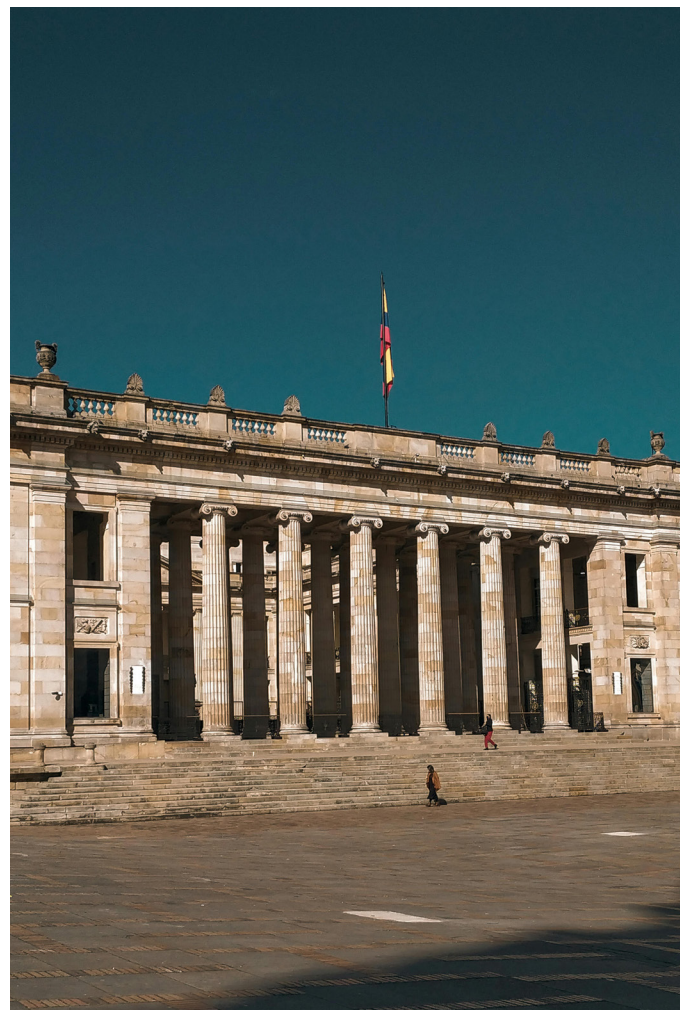


Foto de Danilo Arenas en Pexels

Sustento normativo:

Función Preventiva de la Procuraduría General de la Nación:

- i. Constitución Nacional, Artículo 277
- ii. Decreto 262 de 2000, Artículos 7, 17, 18, 23, 24, 37
- iii. Resolución 490 de 2008
- iv. Resolución 132 de 2014

Justificación técnica:

Responde a la necesidad estructural de estabilizar el sector salud y detener el deterioro progresivo financiero y su impacto en la garantía del derecho fundamental a la salud.

4. Robustecer la ADRES antes de asignarle nuevas funciones estructurales, garantizando su capacidad técnica y financiera.

Antes de asignar nuevas funciones como pagador único o articulador del sistema, fortalecer la estructura de la ADRES, dotándola de capacidades operativas, tecnológicas y talento humano especializado.

Sustento normativo:

- a. **Decreto Ley 1281 de 2002, Art. 5:**
“Las entidades que manejen recursos públicos del SGSSS deberán estar sujetas a control fiscal, financiero y de resultados.”
- b. **Ley 1952 de 2019 (Código Disciplinario), Art. 34:**
“Es deber de todo servidor público asegurar el buen uso de los recursos públicos.”

Justificación técnica:

Se atiende la preocupación de las agremiaciones sobre la limitada capacidad de la ADRES, sin desechar la visión del Gobierno de centralizar pagos, garantizando eficiencia, transparencia y control de recursos.

5. Garantizar recursos adicionales para financiar la formalización laboral en salud sin afectar la atención.

Implementar una mejora laboral escalonada, previos estudios financieros que estimen su valor, para el personal de salud del sector público, iniciando por servicios esenciales (urgencias, atención primaria rural, pediatría) y condicionando la vinculación formal a fuentes de financiación territorial y nacional claramente establecidas.

Sustento normativo:

- a. **Artículo 53 de la Constitución Política:** “El trabajo gozará de la protección del Estado y se garantizará la estabilidad laboral.”

- b. **Sentencia C-313/14 de la Corte Constitucional:** “La formalización del talento humano en salud debe estar sujeta a principios de progresividad, financiación y sostenibilidad.”

Justificación técnica:

Responde a la necesidad estructural de estabilizar el empleo en salud de las instituciones públicas, sin comprometer la viabilidad fiscal de la reforma ni imponer cargas desproporcionadas a los entes territoriales y hospitales públicos.

6. Creación de una Autoridad Técnica Nacional para la Evaluación y Seguimiento de la Transformación al Sistema de Salud

Conformar una instancia nacional de seguimiento técnico de la transformación al sistema de salud con participación del Gobierno, agremiaciones, academia, sociedad civil y organismos de control, que evalúe los impactos de cada fase y proponga ajustes normativos. Lo anterior acompañado de promover una vigilancia fuerte desde la Supersalud orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud, lo que significa dar prioridad a la protección de los usuarios.

Sustento normativo:

- a. **Ley 1751 de 2015, Art. 16:**
“El sistema de salud debe estar sujeto a monitoreo, seguimiento y evaluación permanente.”
- b. **Ley 489 de 1998, Art. 45:**
“El Estado podrá conformar comisiones intersectoriales con funciones de asesoría y seguimiento.”

Justificación técnica:

Promueve la transparencia y gobernanza colaborativa, reduce el riesgo de implementación de una transformación sin mecanismos de ajuste y responde al llamado de diversos sectores para que el rediseño del sistema no sea impuesto, sino construido colectivamente.



Foto de Cristian Sánchez



Conclusiones

Este Policy Brief analiza la actual polarización entre una visión **estatal del sistema de salud promovida por el Gobierno y la defensa del modelo de aseguramiento mixto por parte de los gremios**. A pesar de estas diferencias, el documento identifica **puntos de convergencia técnica e institucional** que podrían viabilizar una **transformación concertada**. Preservar principios como el derecho constitucional a la salud, la eficiencia del gasto público y la legitimidad de los actores involucrados requiere diálogo y voluntad política. Las recomendaciones presentadas buscan **aportar insumos para una transformación legítima y sostenible**, invitando a todos los sectores a **trabajar en conjunto** por un **sistema de salud más equitativo y efectivo**.

Bibliografía

1. Documentos Oficiales Emitidos por Entidades Gubernamentales

Ministerio de Salud y Protección Social

- Proyecto de Decreto Modelo de Salud: Documento que establece las bases del modelo de salud preventivo y predictivo, en consonancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 “Colombia, potencia mundial de la vida”. Ministerio de Salud+1Colaboración DNP+1

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

- Informe de Factibilidad Financiera: Estima que la reforma al sistema de salud en 2024 tendrá un costo de \$929 mil millones, con un aumento en el gasto total del sector salud de \$91,3 billones a \$92,2 billones. MinHacienda

Departamento Nacional de Planeación (DNP)

- Documento de Distribución SGP-97-2025: Contiene la distribución de recursos correspondientes a las once doceavas de la vigencia 2025 del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud, por concepto del componente de aseguramiento en salud de los afiliados al régimen subsidiado. Colaboración DNP+1Departamento Nacional de Planeación+1

2. Documentos de Asociaciones del Sector Salud

Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI)

- Cierre Financiero del Sistema de Salud 2024 y Proyecciones UPC 2025: Presenta un balance financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para los años 2024 y 2025, incluyendo estimaciones de ingresos y gastos de la ADRES y el déficit estimado en el aseguramiento. ANDI
- Comunicado sobre la Reforma a la Salud: Expresa preocupación por los impactos negativos que la aprobación de la reforma podría generar sobre el sistema de salud y la protección del derecho fundamental a la salud. ANDI

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)

- Conclusiones de las Mesas Técnicas: Presenta análisis sobre el componente de severidad y su impacto en el cálculo de la UPC, destacando la necesidad de asegurar la continuidad de la atención a los usuarios durante el periodo de transición. acemi.org.co+1gestarsalud.com+1
- Observaciones a la Reforma: Señala que el incremento del 12.01% aprobado para la UPC en 2024 es insuficiente y profundiza la crisis del sistema de salud, haciéndolo inviable financieramente. acemi.org.co

Gestarsalud

- Análisis de la Nueva Ruta de Atención: Cuestiona que la nueva ruta de atención en salud propuesta en la reforma genera más incertidumbre que eficiencia, priorizando la infraestructura sobre la garantía del derecho individual a la salud. gestarsalud.com+2gestarsalud.com+2gestarsalud.com+2
- Comunicado sobre el Articulado Aprobado: Plantea preocupaciones sobre el articulado de la reforma aprobado en la plenaria de la Cámara de Representantes, señalando que compromete la integralidad en la atención médica de los usuarios. gestarsalud.com

Academia Nacional de Medicina

- Propuesta de Proyecto de Ley del Grupo de Acuerdos Fundamentales: Propone transformaciones significativas en el sistema de salud colombiano, buscando modificar el rol de las EPS hacia el de entidades gestoras de salud, con funciones claras de asumir el riesgo en salud y administrativo. ANM de Colombia

3. Texto del Proyecto de Ley Radicado en la Comisión VII del Senado para Tercer Debate en 2025

- Proyecto de Ley 410 de 2025 Senado / 312 de 2024 Cámara: Tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. El texto completo del proyecto puede consultarse en la página oficial del Senado. Cámara de Comercio

4. Análisis Normativo y Legislación Actual en Salud

Marco Constitucional

- Artículo 13 de la Constitución Política de Colombia: Establece el principio de igualdad ante la ley.
- Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia: Establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado.
- Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia: Determina que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- Artículo 53 de la Constitución Política de Colombia: El trabajo gozará de la protección del Estado y se garantizará la estabilidad laboral.
- Artículo 277 de la Constitución Política de Colombia: Define las funciones del Procurador General de la Nación, incluyendo la función preventiva.

Legislación Vigente

- Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud): Reconoce el derecho fundamental a la salud, estableciendo que es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y debe garantizarse en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.
- Ley 100 de 1993: Crea el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia.
- Ley 489 de 1998: Regula la organización y funcionamiento de la administración pública.
- Ley 715 de 2001: Regula la distribución de competencias y recursos entre la Nación y las entidades territoriales.
- Ley 1122 de 2007: Introduce reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, orientadas a mejorar la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Ley 1164 de 2007: Establece disposiciones relacionadas con el talento humano en salud.

- Ley 1438 de 2011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortaleciendo la atención primaria en salud y estableciendo mecanismos para mejorar la calidad y eficiencia del sistema.
- Ley 1753 de 2015: Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018.
- Ley 1955 de 2019: Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022.
- Ley 1952 de 2019: Código General Disciplinario.

Decretos y Resoluciones

- Decreto Ley 1281 de 2002: Establece controles sobre el manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 262 de 2000: Regula la estructura y funciones del Ministerio Público.
- Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud.
- Resolución 490 de 2008: Reglamenta funciones preventivas de la Procuraduría General.
- Resolución 132 de 2014: Define lineamientos del control preventivo institucional.
- Resolución 542 de 2025: Establece criterios para la compra centralizada y suministro de medicamentos para enfermedades huérfanas.
- Resolución 757 de 2025: Modifica el Anexo 3 del listado de procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la UPC.
- Resolución 838 de 2025: Crea el Comité Institucional para seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008.

Sentencias y Autos

- Sentencia C-313/14 de la Corte Constitucional: Establece lineamientos para la formalización del talento humano en salud.
- Sentencia T-760 de 2008: Reconoce fallas estructurales en el sistema de salud y ordena acciones para garantizar el derecho fundamental a la salud.
- Auto No. 007 de 2025 de la Corte Constitucional: Dispone la creación de una Mesa de Trabajo para acordar la sostenibilidad del sistema de salud.