



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° 497

Bogotá, D. C., martes, 19 de mayo de 2026

EDICIÓN DE 11 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

INFORMES

INFORME REFERENTE AL RECURSO DE APELACIÓN CONCERNIENTE A LA NEGACIÓN EN SESIÓN ORDINARIA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 410 DE 2025 SENADO, NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2024 CÁMARA

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

Bogotá, mayo 13 de 2026

Doctor

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Senado de la República

REF: Informe referente al Recurso de apelación concerniente a la Negación en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República al Proyecto de Ley N° 410 de 2025 Senado, N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

De conformidad con lo dispuesto por la Mesa Directiva del Senado de la República a través de la Resolución 214 del 20 de marzo de 2026, con fundamento en el mandato del artículo 41, 43, 66 y 166 de la Ley 5ª de 1992, nos ha correspondido la honrosa designación para rendir informe referentes al recurso de apelación concerniente a la negación en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República del Proyecto de Ley N° 410 de 2025 Senado, N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". Por tanto, nos permitimos remitir el siguiente informe.

Cordialmente,

ALEX FLOREZ HERNÁNDEZ
Senador de la República
Presidente Comisión Sexta

El mencionado informe se desarrolla de la siguiente manera:
Contenido:

1. Trámite del proyecto de ley apelado.....	2
1.1 Radicación.....	2
1.2 Tránsito en Cámara de Representantes.....	3
1.2.1 Primer debate – Comisión Séptima de Cámara de Representantes.....	3
1.2.2 Segundo debate.....	4
1.3 Trámite en el Senado de la República.....	6

[Firma]
13 mayo 2026.
4:05 PM.

2. Constitucionalidad y legalidad del recurso de apelación.....	11
2.1 Constitución Política de Colombia.....	11
2.2 Ley 5 de 1992 – Apelación de proyecto negado.....	11
2.3 Sentencia C-385 de 1997 – Corte Constitucional de Colombia.....	11
2.4 Ley 5 de 1992 – Reglas del procedimiento.....	13
3. Consideraciones y justificación.....	13
3.1 Procedibilidad de la apelación.....	13
3.1.1 Marco normativo.....	13
3.1.2 Aplicación al caso concreto.....	13
3.2 Proyecto negado sin discusión del articulado.....	13
3.2.1 Falta de deliberación suficiente.....	13
a. Argumento base.....	13
b. Análisis jurídico y constitucional.....	14
3.2.2 Argumento principal de la impugnación: vicio de trámite subsanable mediante apelación.....	14
a. Argumento base.....	14
b. Análisis jurídico y constitucional.....	14
c. Aplicación del caso concreto.....	15
d. Conclusión.....	16
3.3 Desatención del mensaje de urgencia e insistencia del proyecto de ley.....	16
a. Argumento base.....	16
b. Análisis jurídico y constitucional.....	16
c. Conclusión.....	18
3.4 Importancia de la Reforma al Sistema de Salud.....	18
3.4.1 Razones de oportunidad y conveniencia.....	18
a. Crisis estructural agudizada del sistema de salud.....	19
b. Recomendaciones internacionales sobre transformación de los sistemas de salud.....	24
c. Cumplimiento de obligaciones internacionales.....	26
3.4.2 Derecho fundamental a la salud.....	26
3.5 Constitucionalidad del Proyecto de Ley.....	29
3.6 Viabilidad financiera del Proyecto de ley.....	33
3.7 Conclusiones.....	34
4. Causales de impedimento.....	35
5. Proposición.....	35

1. Trámite del proyecto de ley apelado

En garantía del efectivo ejercicio del principio de publicidad de los Senadores de la República, quienes decidirán sobre el presente recurso, nos permitimos señalar las publicaciones que se han surtido al Proyecto de Ley de la referencia de las Gacetas del Congreso así:

1.1 Radicación

- **01 de agosto de 2024:** Se radica el proyecto de ley 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" publicado mediante la Gaceta 1455 de 2024.

<p>- 13 de septiembre de 2024: Se radica el Proyecto de ley 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" publicado mediante la Gaceta 1456 de 2024.</p> <p>- 13 de septiembre de 2024: Se radican comentarios sobre el Proyecto de ley 312 de 2024 por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>1.2 Tránsito en Cámara de Representantes</p> <p>1.2.1 Primer debate – Comisión Séptima de Cámara de Representantes</p> <p>- 17 de septiembre de 2024: Se envía a la comisión Séptima por parte de la Secretaría General de la Cámara el Proyecto de ley 135 de 2024 Cámara.</p> <p>- 20 de septiembre de 2024: Se envía a la comisión Séptima por parte de la Secretaría General de la Cámara el Proyecto de ley 312 de 2024 Cámara.</p> <p>- 25 de septiembre de 2024: Mediante oficio CSCP 3.7-710-24 son designados como ponentes por la mesa directiva de la Comisión Séptima de Cámara los representantes María Eugenia Lopera Monsalve, Alfredo Mondragón Garzón, Camilo Esteban Ávila Morales, Jorge Alexander Quevedo Herrera, Andrés Eduardo Forero Molina, Jairo Humberto Cristo Correa, Juan Camilo Londoño Barrera, Karen Juliana López Salazar, Germán José Gómez López.</p> <p>- 02 de octubre de 2024: Se realiza MESA TÉCNICA sobre el Proyecto de ley 312 de 2024 Cámara en las instalaciones del Club de Banqueros en Bogotá.</p> <p>- 03 de octubre de 2024: Se realiza MESA TÉCNICA sobre el Proyecto de ley 312 de 2024 Cámara en las instalaciones del Club de Banqueros en Bogotá.</p> <p>- 08 de octubre de 2024: Se realiza MESA TÉCNICA sobre el Proyecto de ley 312 de 2024 Cámara en las instalaciones del salón Monserrate del hotel Tequendama en Bogotá.</p> <p>- 09 de octubre de 2024: Se realiza MESA TÉCNICA sobre el Proyecto de ley 312 de 2024 Cámara en las instalaciones del salón Monserrate del hotel Tequendama en Bogotá.</p> <p>- 15 de octubre de 2024: Mediante Resolución No. 004 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara se acumuló el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara.</p> <p>- 16 de octubre de 2024: Se realiza AUDIENCIA PÚBLICA en las instalaciones del Auditorio Luis Guillermo Vélez del Congreso de la República en Bogotá.</p> <p>- 29 de octubre de 2024: Se radica ponencia POSITIVA sobre el proyecto de ley 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de ley 135 de 2024 Cámara por los representantes María Eugenia Lopera, Monsalve, Camilo Esteban Ávila Morales, Jorge Alexander Quevedo, Herrera, Alfredo Mondragón Garzón, Publicada en la Gaceta 1821 de 29 de octubre de 2024.</p> <p>- 31 de octubre de 2024: Se radica ponencia NEGATIVA sobre el proyecto de ley 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de ley 135 de 2024 Cámara por los representantes Andrés Eduardo Forero Molina y Jairo Humberto Cristo Correa.</p> <p>- 04 de noviembre de 2024: Se radican comentarios sobre el Proyecto de ley 312 de 2024 acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara por parte del Ministerio del Trabajo.</p> <p>- 05 de noviembre de 2024: Se realiza sesión ordinaria, se discute impedimentos y son NEGADOS los impedimentos presentados por los Representantes.</p> <p>- 05 de noviembre de 2024: Se realiza sesión ordinaria donde se inicia la discusión de la Ponencia Negativa y es NEGADA con una votación de diecisiete (17) votos en contra y cuatro (4) a favor.</p>	<p>- 12 de noviembre de 2024: Se realiza sesión ordinaria donde se inicia la discusión de la Ponencia Positiva y es Aprobado el informe de ponencia con una votación de quince (15) votos a favor y cuatro (4) en contra. Posterior se aprueba el primer bloque de artículos sin proposiciones.</p> <p>- 13 de noviembre de 2024: Se realiza sesión ordinaria donde se aprueba el segundo bloque de artículos con proposiciones.</p> <p>- 18 de noviembre de 2024: Se realiza sesión ordinaria donde se aprueba el último bloque de artículos con proposiciones. Posterior se aprueba el título y la pregunta del proyecto de ley para el paso de este a segundo debate en la Cámara de Representantes con una votación de catorce (14) votos a favor y cuatro (4) en contra.</p> <p>- 18 de noviembre de 2024: Se designan como ponentes del proyecto de ley 312 de 2024 Cámara acumulado con el proyecto de ley 135 de 2024 Cámara a los Representantes: María Eugenia Lopera, Jorge Alexander Quevedo, Camilo Esteban Ávila, Alfredo Mondragón Garzón Andrés Eduardo Forero Molina, Jairo Humberto Cristo Correa, Juan Camilo Londoño, Karen Juliana López, German José Gómez.</p> <p>1.2.2 Segundo debate</p> <p>- 22 de noviembre de 2024: Se presenta carta de adhesión a la ponencia POSITIVA por parte del representante Camilo Esteban Ávila Morales.</p> <p>- 25 de noviembre de 2024: El texto definitivo aprobado en la sesión del 18 de noviembre de 2024 correspondiente al primer debate en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes fue publicado en la gaceta del congreso con número 2032 del lunes 25 de noviembre de 2024.</p> <p>- 25 de noviembre de 2024: Se radica Ponencia POSITIVA para segundo debate en la Plenaria de Cámara de Representantes por los representantes María Eugenia Lopera Monsalve, Jorge Alexander Quevedo, Camilo Esteban Ávila Morales, Alfredo Mondragón Garzón, Juan Camilo Londoño Barrera, Karen Juliana López Salazar, Germán José Gómez López.</p> <p>- 25 de noviembre de 2024: Se presenta carta de adhesión a la ponencia POSITIVA por parte de la representante Karen Juliana López Salazar.</p> <p>- 25 de noviembre de 2024: Se radica ponencia NEGATIVA para segundo debate en la Plenaria de Cámara de Representantes por los representantes Andrés Eduardo Forero Molina y Jairo Humberto Cristo Correa.</p> <p>- 29 de noviembre de 2024: Se radica concepto por parte del Departamento de Planeación Nacional con carta fechada del 21 de noviembre y publicado mediante Gaceta 2100 del 29 de noviembre de 2024.</p> <p>- 17 de diciembre de 2024: Se realiza sesión ordinaria, en la Plenaria de la Cámara de Representantes donde se discuten y son NEGADOS los impedimentos presentados por los congresistas frente al Proyecto de ley 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de ley 135 de 2024 Cámara.</p> <p>- 17 de diciembre de 2024: Se continúa la sesión ordinaria en la Plenaria de la Cámara de Representantes donde se inicia la discusión de la Ponencia Negativa la cual fue NEGADA con una votación de ochenta y siete (87) votos en contra y cincuenta y un (51) votos a favor.</p>
<p>- 17 de diciembre de 2024: Se continúa la sesión ordinaria donde se inicia la discusión de la Ponencia POSITIVA que se APRUEBA el INFORME DE PONENCIA APROBADA con ochenta y cuatro (84) votos a favor y dieciséis (16) votos en contra</p> <p>- 18 de diciembre de 2024: Se realiza sesión ordinaria, en la Plenaria de la Cámara de Representantes donde se discuten los primeros bloques de artículos que son aprobados por la plenaria de la Cámara de Representantes.</p> <p>- 10 de febrero de 2025: Se expide el Decreto 168 de 2025 del ministerio del Interior "Por el cual se convoca al Congreso de la República a sesiones extraordinarias" la cuales fueron convocadas del 11 al 14 de febrero de 2025.</p> <p>- 13 de febrero de 2025: Se realiza sesión ordinaria, en la Plenaria de la Cámara de Representantes donde se continúa la discusión del articulado del proyecto de ley.</p> <p>- 04 de marzo de 2025: Se realiza sesión ordinaria, en la Plenaria de la Cámara de Representantes donde se continúa la discusión del articulado del proyecto de ley.</p> <p>- 05 de marzo de 2025: Se realiza sesión ordinaria, en la Plenaria de la Cámara de Representantes donde se continúa la discusión del articulado del proyecto de ley.</p> <p>- 05 de marzo de 2025: Se radican MENSAJES DE URGENCIA E INSISTENCIA del proyecto de ley No 312 de 2024 Cámara remitido de la Presidencia de la República de Colombia, Firmado por el Dr. Armando Benedetti ministro del interior y el Dr. Guillermo Jaramillo ministro de salud.</p> <p>- 06 de marzo de 2025: Se realiza sesión ordinaria, en la Plenaria de la Cámara de Representantes donde se continúa la discusión del articulado del proyecto de ley. Posterior se APRUEBA el TÍTULO Y LA PREGUNTA del proyecto de ley para el paso de este a tercer debate en el Senado de la República con una votación de noventa (90) votos a favor y veintiocho (28) votos en contra.</p> <p>En conclusión: En la cámara de Representantes:</p> <p>En la comisión séptima de la cámara de representantes se radicarón dos ponencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponencia Positiva. Publicada en la Gaceta 1821 de 29 de octubre de 2024. • Ponencia Negativa. Publicada en la Gaceta 1846 del 31 de octubre 2024. <p>Siendo NEGADA la ponencia Negativa con una votación de diecisiete (17) votos en contra y cuatro (4) a favor. Mientras que la ponencia Positiva fue APROBADA en su informe de ponencia con una votación de quince (15) votos a favor y cuatro (4) en contra, aprobando su articulado en bloques con votaciones nominales y finalmente aprobando el título y la pregunta con que termina el informe de ponencia positiva con una votación de catorce (14) votos a favor y cuatro (4) en contra.</p> <p>Por su parte en la Plenaria de la Cámara de Representantes se radicarón dos ponencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponencia Positiva. Publicada en Gaceta 2032 del 25 de noviembre de 2024 • Ponencia Negativa. Publicada en Gaceta 2034 del 25 de noviembre de 2024 <p>Siendo NEGADA la ponencia Negativa con una votación de ochenta y siete (87) votos en contra y cincuenta y un (51) votos a favor. Mientras que la ponencia POSITIVA fue APROBADA en su informe de ponencia con una votación de ochenta y cuatro (84) votos a favor y dieciséis (16) votos en contra, aprobando su articulado en bloques con votaciones nominales, y finalmente aprobando el</p>	<p>título y la pregunta con que termina el informe de ponencia positiva con una votación de noventa (90) votos a favor y veintiocho (28) votos en contra.</p> <p>El texto definitivo aprobado en la sesión del 06 de marzo de 2025 correspondiente al segundo debate fue publicado en la gaceta 337 del 21 de marzo de 2025.</p> <p>Se debe mencionar que el Gobierno Nacional expidió el 10 de febrero de 2025 el Decreto 168 de 2025 del ministerio del Interior "Por el cual se convoca al Congreso de la República a sesiones extraordinarias" la cuales fueron convocadas del 11 al 14 de febrero de 2025, el cual le permitió a la plenaria de la Cámara de Representantes sesionar el 13 de febrero de 2025.</p> <p>Además, es necesario precisar que el Gobierno Nacional presentó y radico el 05 de marzo de 2025 al Congreso de la República mensaje de urgencia e insistencia sobre el proyecto de ley 312 de 2024 Cámara acumulado con el Proyecto de ley 135 de 2024 Cámara haciéndolo efectivo en todo su tránsito por el congreso de la República</p> <p>1.3 Trámite en el Senado de la República</p> <p>- 02 de abril de 2025: Se remite el proyecto a la Comisión Séptima de Senado, se designan ponentes mediante resolución 003 del 02 de abril de 2025 y se notifica a los senadores mediante oficio CSP-CS- 0358-2025.</p> <p>- 08 de abril de 2025: Se realiza sesión ordinaria, se discute impedimentos y son NEGADOS los impedimentos presentados por los congresistas Omar De Jesús Restrepo, Nadia Biel Scaff, Honorio Henríquez Pinedo, Norma Hurtado Sánchez, Miguel Ángel Pinto, Lorena Ríos Cuellar, Ana Paola Agudelo García, José Alirio Barrera, Berenice Bedoya Perez, Esperanza Andrade Serrano, Ferny Silva Idrobo.</p> <p>- 08 de abril de 2025: Se presenta la Proposición No. 59, Presentada por las Senadoras (es) Martha Isabel Peralta Epiyeu, Ana Paola Agudelo, Fabián Díaz Plata, Wilson Arias, Ferny Silva Idrobo, Omar de Jesús Restrepo con el fin de adelantar AUDIENCIAS PÚBLICAS en las ciudades de Bucaramanga, Cali, Bogotá, Popayán, y en los departamentos de La Guajira y Risaralda, para escuchar a la ciudadanía y diferentes grupos de interés respecto de sus perspectivas, inquietudes y comentarios relacionados con las disposiciones contenidas en el proyecto de ley.</p> <p>- 16 de abril de 2025: Se radica solicitud de prórroga para primer debate Fabian Diaz.</p> <p>- 21 de abril de 2025: Se acepta la prórroga mediante oficio CSP-CS-0437-2025.</p> <p>- 21 de abril de 2025: Se realiza la primera Mesa técnica de pacientes y usuarios en Bogotá en la Comisión Séptima de Senado, Congreso de la República.</p> <p>- 22 de abril de 2025: Se realiza Audiencia Pública sobre el proyecto de Reforma a la Salud con Pacientes y Usuarios en el Salón de la constitución del Congreso de la República en Bogotá.</p> <p>- 25 de abril de 2025: Se radican solicitudes de prórroga para rendir ponencia en primer debate por parte de los Senadores Lorena Ríos Cuellar, José Alirio Barrera, Esperanza Andrade Serrano y otros. Ese mismo día se da respuesta a las prórrogas mediante oficio CSP-CS-0464-2025.</p> <p>- 28 de abril de 2025: Se realiza la Mesa técnica sobre gobernanza y rectoría en el sistema de salud en Colombia en el recinto de la Comisión Séptima del Senado del Congreso de la República en Bogotá.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - 02 de mayo de 2025: Se Realiza la Mesa Técnica de Fortalecimiento de la Auditoría y el Sistema de Información en Salud en el Salón Constitución del Congreso de la República en Bogotá. - 06 de mayo de 2025: Se radica prórroga para ponencia de primer debate por el senador Fabian Diaz. - 06 de mayo de 2025: Se realiza Audiencia Pública sobre el proyecto de Reforma a la Salud alrededor del tema de Talento Humano en Salud en la Comisión Séptima del Senado del Congreso de la República en Bogotá. - 07 de mayo de 2025: Se radica la proposición 62 con el fin de realizar Debate de Control Político sobre la financiación del Proyecto de Ley en mención, presentado por los senadores Nadia Blel Scaff, Honorio Henríquez Pinedo, Norma Hurtado Sánchez, Miguel Angel Pinto, Lorena Ríos Cuellar, Ana Paola Agudelo García, José Alirio Barrera, Berenice Bedoya Perez, Esperanza Andrade Serrano y Fabian Diaz. - 08 de mayo de 2025: Se realiza Audiencia Pública sobre el proyecto de Reforma a la Salud en el departamento de Santander. - 09 de mayo de 2025: Se radica prórroga para ponencia de primer debate por la senadora Lorena Ríos Cuellar y Otros. - 09 de mayo de 2025: Se realiza Audiencia Pública sobre el proyecto de Reforma a la Salud en el departamento de Risaralda. - 12 de mayo de 2025: Se realiza Audiencia Pública sobre el proyecto de Reforma a la Salud en el departamento de Huila. - 12 de mayo de 2025: Respuesta por parte del Ministerio de Salud al cuestionario proposición 62 debate de control político sobre la financiación del Proyecto de ley 410 Senado. - 13 de mayo de 2025: Se da respuesta de la prórroga solicitada (se acumulan) mediante oficio CSP-CS-0564-2025. - 13 de mayo de 2025: Se realiza Debate de Control Político sobre la proposición 62 sobre la financiación del Proyecto de Ley en mención, en la comisión Séptima del Senado del Congreso de la República en Bogotá. - 13 de mayo de 2025: Se radica análisis de impacto fiscal por el Viceministerio técnico del Ministerio de hacienda y Crédito Público. - 16 de mayo de 2025: Se realiza Audiencia Pública sobre el proyecto de Reforma a la Salud en el departamento del Valle del Cauca. - 16 de mayo de 2025: Se publica análisis de impacto fiscal por el Viceministerio técnico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante oficio CSP-CS-599-2025. - 22 de mayo de 2025: Se realiza Audiencia Pública sobre el proyecto de Reforma a la Salud en el departamento del Cauca. - 27 de mayo de 2025: Se continua con el Debate de Control Político sobre la proposición 62 sobre la financiación del Proyecto de Ley en mención, en la comisión Séptima del Senado del Congreso de la República en Bogotá. - 29 de mayo de 2025: Se radica solicitud de prórroga para primer debate por el senador Fabian Diaz. - 30 de mayo de 2025: Se da respuesta de la prórroga solicitada (se acumula) mediante oficio CSP-CS-0658-2025. - 10 de junio de 2025: Se radica solicitud de prórroga para primer debate Norma Hurtado S, Ana Paola Agudelo G, Lorena Ríos Cuellar Y Josué Alirio Barrera Rodríguez. 	<ul style="list-style-type: none"> - 16 de junio de 2025: Se radica informe de Ponencia Positiva (Gaceta 1001 del lunes 16 de junio de 2025) para primer debate por parte de los senadores Martha Isabel Peralta Epiyeu, Fabián Díaz Plata, Wilson Arias, Ferney Silva Idrobo y Omar de Jesús Restrepo. - 16 de junio de 2025: Se publica informe de ponencia para primer debate mediante oficio CSP-CS-0720-2025. - 17 de junio de 2025: Se radica informe de ponencia para primer debate positiva alternativa por la senadora Berenice Bedoya. - 17 de junio de 2025: Se publica informe de ponencia para primer debate mediante oficio CSP-CS-0723-2025. - 18 de junio de 2025: Se da respuesta de la prórroga solicitada mediante oficio CSP-CS-0730-2025. - 18 de julio de 2025: Se radica solicitud de prórroga para primer debate por los senadores Norma Hurtado S, Ana Paola Agudelo G, Lorena Ríos Cuellar y Josué Alirio Barrera Rodríguez. - 28 de julio de 2025: Se radica análisis de impacto fiscal por el viceministro técnico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. - 29 de julio de 2025: Se publica análisis de impacto fiscal por Viceministerio técnico del Ministerio de Hacienda y créditos Publico, mediante oficio CSP-CS-729-2025. - 29 de julio de 2025: Se da respuesta de la prórroga solicitada mediante oficio CSP-CS-0784-2025. - 11 de agosto de 2025: Se radica solicitud de prórroga para primer debate por los senadores Norma Hurtado S, Ana Paola Agudelo G, Lorena Ríos Cuellar Y Josué Alirio Barrera Rodríguez. - 14 de agosto de 2025: Se da respuesta de la prórroga solicitada mediante oficio CSP-CS-0820-2025. - 19 de agosto de 2025: Se radica oficio de solicitud de retiro de informe de ponencia alternativa presentado por la Senadora Berenice Bedoya. - 20 de agosto de 2025: Se continua con el Debate de Control Político de la proposición 62 sobre la financiación del Proyecto de Ley en mención, en la comisión Séptima del Senado del Congreso de la República en Bogotá. - 20 de agosto de 2025: Se radica Proposición No 02 que menciona la NO SATISFACCIÓN de las explicaciones suministradas por los citados e invitados con una votación de siete (7) votos a favor y uno (1) en contra. - 20 de agosto de 2025: Se radica análisis de impacto fiscal por el viceministerio técnico del Ministerio de Hacienda y Créditos Publico. - 20 de agosto de 2025: Se público análisis fiscal por viceministerio técnico del Ministerio de Hacienda y Créditos Públicos, mediante oficio CSP-CS-853-2025. - 20 de agosto de 2025: Se radican oficio solicitud de Renuncia como ponente del PL 410 Senado por parte del Senador Miguel Ángel Pinto Hernández. - 28 de agosto de 2025: Se da respuesta aceptación de renuncia a la ponencia Miguel Ángel Pinto Hernández mediante oficio CSP-CS-851-2025. - 29 de agosto de 2025: Se radica prórroga para ponencia de primer debate por los senadores Norma Hurtado S, Ana Paola Agudelo G, Lorena Ríos Cuellar Y Josué Alirio Barrera Rodríguez. - 02 de septiembre de 2025: Se da respuesta de la prórroga solicitada mediante oficio CSP-CS-893-2025.
<ul style="list-style-type: none"> - 09 de septiembre de 2025: Se continua con el Debate de Control Político de la proposición 62 sobre la financiación del Proyecto de Ley en mención, en la comisión Séptima del Senado del Congreso de la República en Bogotá. - 17 de septiembre de 2025: Se radican informe de ponencia NEGATIVA para primer debate presentado por los senadores Alirio Barrera y Honorio Henríquez. - 17 de septiembre de 2025: Se radica prórroga para ponencia de primer debate por los senadores Norma Hurtado S, Ana Paola Agudelo G, Lorena Ríos Cuellar y Josué Alirio Barrera Rodríguez. - 17 de septiembre de 2025: Se da respuesta de la prórroga mediante oficio CSP-CS-0943-2025. - 17 de septiembre de 2025: Se da respuesta a retiro de informe de ponencia alternativa presentada por la senadora Berenice Bedoya radicada del 17 de junio de 2025 para primer debate. - 17 de septiembre de 2025: Se da respuesta de alcance por parte del Ministerio de Salud al cuestionario proposición 02 de NO SATISFACCIÓN proposición 62 de 2025. - 22 de septiembre 2025: Se radica informe de ponencia ALTERNATIVA para primer debate por las senadoras Norma Hurtado S. Ana Paola Agudelo G. Lorena Ríos C. - 23 de septiembre de 2025: Se envía a publicar mediante oficio CSP-CS-0960-2025. - 25 de septiembre de 2025: Se presenta derecho de petición Congressional por el Senador Fabián Díaz Plata a la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de Senado, con el fin de revisar el expediente del Proyecto de Ley 410 Senado, 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". - 30 de septiembre de 2025: Se realiza sesión ordinaria, se inicia la discusión del Proyecto de Ley 410 Senado, mediante la discusión inicial de la PROPOSICIÓN DE ARCHIVO del proyecto. - 14 de octubre de 2025: Se radican comentarios al texto de ponencia alternativa radicada el 22 de septiembre por parte del Ministerio de Hacienda y Créditos Públicos. - 14 de octubre de 2025: Se realiza sesión ordinaria, se continuo con la discusión de la PROPOSICIÓN DE ARCHIVO. - 20 de octubre de 2025: Se publican los comentarios al texto de ponencia alternativa por el Ministerio de Hacienda y Créditos Publico, mediante oficio CSP-CS-1010-2025. - 28 de octubre de 2025: Se realiza sesión ordinaria, se continuo con la discusión de la PROPOSICIÓN DE ARCHIVO del proyecto de ley 410/25 S. Se presenta proposición de aplazamiento a la discusión del PL 410 de 2025 se aprueba con una votación de siete (7) votos a favor y seis (6) en contra. - 29 de octubre de 2025: Se radica MENSAJE DE INSISTENCIA al proyecto de ley N° 410 de 2025 SENADO - 312 de 2024 ACUM 135 de 2024 CAMARA, remitido de la Presidencia de la República de Colombia, Firmado por el Dr. Guillermo Alfonso Jaramillo (Presidente Encargado) ministro de salud y el Dr. Armando Benedetti ministro del interior. - 30 de octubre de 2025: Se radica proposición de reactivación del debate por los senadores Martha Isabel Peralta Epiyeu, Fabián Díaz Plata, Wilson Arias, Ferney Silva Idrobo y Omar de Jesús Restrepo. - 11 de noviembre de 2025: Se radica alcance por parte del Viceministerio Técnico del ministerio Hacienda y Crédito Público de la respuesta presentada al derecho de petición Congressional por la senadora Nadia Blel en relación con la financiación del Proyecto de Ley 410 Senado mediante Radicado No 2-2025—058272 del 25 de septiembre del 2025. 	<ul style="list-style-type: none"> - 21 de noviembre de 2025: Se radican MENSAJES DE INSISTENCIA del proyecto de ley N° 410/2025 SENADO Y N° 312/2024 CAMARA, remitido por la Secretaria General de Senado, mediante oficio SGE-CS-6049-NOV-21-2025. - 24 de noviembre de 2025: Se recibe Traslado de MENSAJES DE URGENCIA E INSISTENCIA del proyecto de ley No 312 de 2024 Cámara – proyecto de ley 410 de 2025 Senado, procedente de la Secretaria General Cámara mediante oficio S.G.2-2325-NOV-24-2025. - 09 de diciembre de 2025: Se realiza sesión ordinaria, se continua con la discusión de la PROPOSICIÓN DE ARCHIVO del proyecto de ley 410/25 Senado. - 16 de diciembre de 2025: Se realiza sesión ordinaria, se APRUEBA la PROPOSICIÓN DE ARCHIVO del proyecto de ley 410/25 S. con una votación de ocho (8) votos a favor y cinco (5) en contra. - 16 de diciembre de 2025: Se presenta proposición de apelación del archivo del proyecto de ley 410 Senado, por parte del Senador Fabian Diaz a la mesa directiva del Senado de la República con copia a la Comisión Séptima del Senado. - 20 de marzo de 2026: Se expide la resolución 214 del 20 de marzo 2026 por la Mesa directiva de la plenaria del Senado de la República "<i>Por la cual se crea una Comisión Accidental y se dictan otras disposiciones</i>" con el fin de analizar y rendir un informe sobre el recurso de apelación del archivo del Proyecto de Ley 410 de 2025 Senado. <p>En conclusión: se radicarón cuatro ponencias y se retiró una en el siguiente orden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ponencia Positiva: Presentada por los senadores Martha Isabel Peralta Epiyeu, Fabián Díaz Plata, Wilson Arias, Ferney Silva Idrobo y Omar de Jesús Restrepo la cual fue publicada mediante la gaceta 1001 de 2025. - Ponencia Alternativa: Presentada por la senadora Berenice Bedoya la cual fue publicada mediante la gaceta 1023 de 2025. Posteriormente retirada mediante solicitud de oficio de la ponente el 19 de agosto de 2025. - Ponencia Negativa: Presentada por los senadores Alirio Barrera y Honorio Henríquez, la cual fue publicada mediante la gaceta 1731 del 17 de Septiembre de 2025. - Ponencia Alternativa: Presentada por las senadoras Norma Hurtado S, Ana Paola Agudelo G, Lorena Ríos C. La cual fue publicada mediante la gaceta 1776 del 23 de septiembre de 2025. - Se llevaron a cabo siete (7) audiencias públicas y tres (3) mesas técnicas en las ciudades de Bogotá, Cali, Pueblo Rico, Bucaramanga, Neiva y Popayán. - Durante el trámite, se radicarón nueve (9) solicitudes de prórroga para la presentación de la ponencia. - Hubo una sesión inicial el 08 de abril de 2025 para la votación de impedimentos, desde ese momento hasta el archivo del proyecto, transcurrieron ocho (8) meses; sin embargo, el debate efectivo del proyecto se concentró únicamente en tres (3) meses (septiembre, octubre y diciembre), en los que se realizaron un total de cinco (5) sesiones ordinarias, sin que se llevara a cabo ninguna en el mes de noviembre, para un total de seis (6) sesiones ordinarias de las cuales solo se temas centrales de la reforma en cinco sesiones. <p>Una vez abierto el Debate en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República del 16 de diciembre de 2025, se APRUEBA la PROPOSICIÓN DE ARCHIVO del Proyecto de Ley N° 410 de 2025 Senado, N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara "<i>Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en</i></p>

<p><i>Colombia y se dictan otras disposiciones</i>” con una votación de ocho (8) votos a favor y cinco (5) en contra, tal cual consta en el Acta 15 del 16 de diciembre de 2025 de esta misma célula legislativa.</p> <p>Inmediatamente levantada la sesión, habilitada la utilización del recurso de apelación contemplado en el artículo 166 de la Ley 5ª de 1992; el senador Fabián Díaz Plata radico el mencionado recurso ante la Mesa Directiva del Senado con copia a la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado.</p> <p>Posteriormente y validando la procedencia del recurso, la presidencia del Senado de la República expidió la Resolución 214 del 20 de marzo de 2026 <i>“Por la cual se crea una Comisión Accidental y se dictan otras disposiciones”</i> en la cual se dispuso: Crear una Comisión Accidental con el fin de analizar y rendir un informe sobre el recurso de apelación interpuesto al Archivo del Proyecto de Ley N° 410 de 2025 Senado, N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara <i>“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”</i>, en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, el cual deberá ser presentado ante la Plenaria del Senado de la República para que ésta decida si acoge o rechaza la apelación, conforme a lo dispuesto en el artículo 166 de la Ley 5ª de 1992. Y designó como integrantes de esta Comisión Accidental a los suscritos Senadores así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - H.S. JULIO ELÍAS CHAGÜÍ FLÓREZ- Presidente Comisión Primera - H.S. ÓSCAR MAURICIO GIRALDO HERNÁNDEZ- Presidente Comisión Segunda - H.S. JAIRO ALBERTO CASTELLANOS- Presidente Comisión Tercera - H.S. ENRIQUE CABRALES BAQUERO- Presidente Comisión Cuarta - H.S. EDGAR DÍAZ CONTRERAS- Presidente Comisión Quinta - H.S. ALEX FLÓREZ HERNÁNDEZ- Presidente Comisión Sexta. <p>2. Constitucionalidad y legalidad del recurso de apelación</p> <p>2.1 Constitución Política de Colombia</p> <p>ARTICULO 159. <i>El proyecto de ley que hubiere sido negado en primer debate podrá ser considerado por la respectiva cámara a solicitud de su autor, de un miembro de ella, del Gobierno o del vocero de los proponentes en los casos de iniciativa popular.</i></p> <p>2.2 Ley 5 de 1992 – Apelación de proyecto negado</p> <p>ARTICULO 166. <i>Apelación de un proyecto negado. Negado un proyecto en su totalidad o archivado indefinidamente, cualquier miembro de la Comisión o el autor del mismo, el Gobierno o el vocero de los proponentes en los casos de iniciativa popular, podrán apelar de la decisión ante la Plenaria de la respectiva Cámara. La Plenaria, previo informe de una Comisión Accidental, decidirá si acoge o rechaza la apelación. En el primer evento la Presidencia remitirá el proyecto a otra Comisión Constitucional para que surta el trámite en primer debate, y en el último se procederá a su archivo.</i></p> <p>2.3 Sentencia C-385 de 1997 – Corte Constitucional de Colombia</p> <p>A través de Sentencia C-385 del 19 de agosto de 1997, la Corte Constitucional dispuso la exequibilidad del artículo 166 de la ley 5ª de 1992 y señaló importantes consideraciones a tener en cuenta, así:</p>	<p>(...)</p> <p><i>“El recurso de apelación que se establece en el artículo demandado no es una institución nueva dentro de nuestro ordenamiento, pues fue introducida en la reforma constitucional de 1945, dentro de las normas destinadas a racionalizar el trabajo del órgano legislativo y el proceso de formación de la ley. Y con ella se pretende sujetar toda iniciativa legislativa al juicio crítico, la reflexión y el estudio del mayor número de miembros que conforman las Cámaras Legislativas con el fin de que se adopte en torno al caso concreto, la decisión definitiva que mejor corresponda a los intereses generales.</i> Subrayado fuera de texto original</p> <p><i>Si la elaboración de las leyes es una tarea que compete realizar al Congreso como cuerpo colectivo, resulta apenas obvio que los miembros que no hacen parte de la Comisión en la que se negó el proyecto de ley, tengan la oportunidad de conocer los motivos o razones que se adujeron para ello y así contar con bases suficientemente claras para resolver si confirman o revocan tal decisión. De esta manera se enriquece la discusión y se amplían las oportunidades de análisis para evitar errores, desaciertos o determinaciones que puedan resultar dañinas.</i> (Subrayado fuera de texto original)</p> <p>(...)</p> <p><i>Así las cosas, el examen por parte de la Plenaria de la Cámara o del Senado de la negativa de la Comisión de dar curso a un proyecto de ley o de su decisión de archivarlo definitivamente, en virtud del recurso de apelación que se consagra en la norma demandada, permite de un lado que el mayor número de miembros de cada Cámara legislativa pueda manifestar claramente no sólo su voluntad positiva de convertir en ley un proyecto, sino también la negativa de darle trámite. Y de otro, garantiza al autor de la iniciativa su derecho de participación en el ejercicio del poder político al permitirle no sólo presentar proyectos de ley sino también acudir a otra instancia superior para exponer las razones por las cuales no comparte la decisión adoptada en la Comisión, y así asegurar que su proyecto no sea desestimado o desechado con argumentos que pretendan desconocer su real importancia, necesidad o conveniencia.</i></p> <p><i>En este orden de ideas, el artículo 166 de la ley 5 de 1992, materia de impugnación, no viola la Constitución, ya que es ella misma la que en su artículo 159 concede a las Cámaras la potestad facultativa para considerar los proyectos de ley que hayan sido negados en primer debate, previa solicitud de su autor, un miembro del Congreso, el Gobierno o el vocero de los proponentes en los casos de iniciativa popular.</i></p> <p><i>La norma acusada también es acorde con el preámbulo y los artículos 1, 2, 40 y 103 de la Constitución, puesto que consagra una de las formas de participación democrática que en ellas se autoriza. (...)</i></p> <p>Es dable recalcar que la Corte Constitucional considera que el recurso de apelación en el trámite legislativo no es lesivo de la Constitución Política de Colombia y por el contrario en esta misma Sentencia resalta el papel de esta figura, la cual en sus palabras “enriquece la discusión y se amplían</p>
<p>las oportunidades de análisis para evitar errores, desaciertos o determinaciones que puedan resultar dañinas”.</p> <p>2.4 Ley 5 de 1992 – Reglas del procedimiento</p> <p>Señalada la constitucionalidad del recurso de la apelación dispuesta en el artículo 166 de la Ley 5 de 1992, es meritorio precisar que el artículo 277 de la misma Ley reitera que las disposiciones contenidas con anterioridad a este artículo -del 1 al 226-, tendrán plena aplicación y vigencia siempre y cuando no sean inconstitucionales; en este caso como fue referido, la precitada Corte dispuso de la Constitucionalidad de la norma.</p> <p>El artículo 227 de la Ley 5 de 1992, dispone:</p> <p>ARTICULO 227. Reglas de procedimiento aplicables. <i>Las disposiciones contenidas en los capítulos anteriores referidas al proceso legislativo ordinario que no sean incompatibles con las regulaciones constitucionales, tendrán en el trámite legislativo constituyente plena aplicación y vigencia.</i></p> <p>3. Consideraciones y justificación</p> <p>3.1 Procedibilidad de la apelación</p> <p>3.1.1 Marco normativo</p> <p>El artículo 159 de la Constitución Política establece que un Proyecto de Ley negado en primer debate puede ser reconsiderado por la Cámara correspondiente, si lo solicita el autor, un congresista, el Gobierno o el vocero de los proponentes en iniciativa popular.</p> <p>A su vez el artículo 166 de la Ley 5ª de 1992, regula la posibilidad de apelar ante la Plenaria la decisión de una Comisión Constitucional de negar o archivar en forma indefinida un proyecto. En caso de que la Plenaria acoja la apelación, el proyecto se remitirá a otra Comisión para surtir primer debate; si la rechaza, se archiva definitivamente.</p> <p>3.1.2 Aplicación al caso concreto</p> <p>El proyecto de reforma al sistema de salud fue negado en la Comisión Séptima del Senado sin que se discutiera artículo por artículo.</p> <p>El recurso de apelación se fundamenta en el artículo 166 de la Ley 5 y en artículo 159 de la Constitución, buscando que la Plenaria, previo informe de una comisión accidental decida si revoca la decisión de la Comisión y envía el proyecto a otra Comisión Constitucional Permanente para surtir el primer debate.</p> <p>Como consecuencia la apelación es perfectamente procedente y está apoyada tanto por la norma reglamentaria (Ley 5ª de 1992, artículo 166) como por la jurisprudencia de la Corte Constitucional.</p> <p>3.2 Proyecto negado sin discusión del articulado</p> <p>3.2.1 Falta de deliberación suficiente</p> <p>a. Argumento base</p>	<p>El proyecto de Ley fue negado en su integridad sin que mediara un debate sustancial o pormenorizado sobre la ponencia o el articulado, lo cual vulnera el artículo 157 de la Constitución que exige la realización de un primer debate en Comisión.</p> <p>b. Análisis jurídico y constitucional</p> <p>El artículo 157 de la Constitución Política establece como requisito para que un proyecto se convierta en ley en cumplimiento de cuatro debates, iniciando con el primer debate en Comisión Constitucional Permanente. Ese debate no es meramente formal o de trámite, sino que, como lo ha señalado la Corte Constitucional, debe ser sustancial, real y deliberativo.</p> <p>En la sentencia C-113 de 2004, la Corte reiteró que “la garantía del debate en las Comisiones y Plenarias no se limita al cumplimiento de una secuencia de actos formales, sino que supone la deliberación efectiva sobre el contenido de los proyectos”. Por tanto, la sola convocatoria o la lectura de una ponencia sin discusión material no cumple con los estándares del debate legislativo exigido por la Carta.</p> <p>En este caso, aunque se habían radicado varias ponencias -positiva, negativa y alternativas-, la Comisión Séptima del Senado decidió archivar el proyecto sin entrar a debatir ni uno solo de los artículos del texto, ni discutir los argumentos sustantivos de ninguna de las ponencias. Ello equivale a una omisión del deber de deliberación y constituye un vicio de procedimiento en el trámite legislativo.</p> <p>3.2.2 Argumento principal de la impugnación: vicio de trámite subsanable mediante apelación</p> <p>a. Argumento base:</p> <p>La decisión de archivar el proyecto sin un estudio de fondo vulnera el principio de publicidad, el debate sustancial y el derecho a los congresistas y la ciudadanía a participar del proceso legislativo. Este vicio es subsanable mediante el recurso de apelación ante la Plenaria, conforme el artículo 166 de la Ley 5 de 1992.</p> <p>b. Análisis jurídico y constitucional</p> <p>Sobre el caso que nos ocupa es menester resaltar el sustento legal y constitucional que habilita la posibilidad de presentar el recurso de apelación, pero, además, deja ver de manera evidente la falta en que ha incurrido la Comisión al decidir archivar Proyecto de Ley N° 410 de 2025 Senado, N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara <i>“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”</i>, sin sustento alguno, lo cual encuentra fundamento en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artículo 157 de la Constitución Política: este artículo contempla el principio de publicidad. En este sentido, exige no solo que las sesiones sean públicas, sino que los ciudadanos puedan conocer y controlar los argumentos que sustentan la aprobación o el archivo de un proyecto. La falta de discusión sustantiva impide el cumplimiento de este principio.

- **Artículo 166 de la ley 5 de 1992:** contempla la posibilidad de interponer recurso de apelación ante un proyecto negado. Este recurso fue precisamente diseñado para garantizar que, cuando una Comisión niegue o archive un proyecto sin suficiente deliberación, la Plenaria pueda revisar esa decisión.

- **Sentencia C-087 de 2016:** La Corte Constitucional reafirmó que el debate parlamentario es una "garantía esencial del principio de participación política" y que se debe asegurar la intervención activa de los legisladores en la formación de la ley. En debate no puede entenderse como una formalidad vacía o un acto mecánico, sino como una etapa fundamental del proceso democrático, así:

En un Estado democrático, el debate parlamentario tiene relevancia constitucional, pues le da legitimidad a la organización estatal. A través del debate se hace efectivo el principio democrático en el proceso de formación de las leyes, pues "hace posible la intervención de las mayorías y de las minorías políticas, y resulta ser un escenario preciso para la discusión, la controversia y la confrontación de las diferentes corrientes de pensamiento que encuentra espacio en el Congreso de la República".

- **Sentencia C-385 de 1997:** La Corte destaca que el recurso de apelación protege el derecho a la participación política y permite que otros miembros del Congreso evalúen los motivos del archivo, así:

Así las cosas, el examen por parte de la Plenaria de la Cámara o del Senado de la negativa de la Comisión de dar curso a un proyecto de ley o de su decisión de archivarlo definitivamente, en virtud del recurso de apelación que se consagra en la norma demandada, permite de un lado que el mayor número de miembros de cada Cámara legislativa pueda manifestar claramente no sólo su voluntad positiva de convertir en ley un proyecto, sino también la negativa de darle trámite. Y de otro, garantiza al autor de la iniciativa su derecho de participación en el ejercicio del poder político al permitirle no sólo presentar proyectos de ley sino también acudir a otra instancia superior para exponer las razones por las cuales no comparte la decisión adoptada en la Comisión, y así asegurar que su proyecto no sea desestimado o desechado con argumentos que pretendan desconocer su real importancia, necesidad o conveniencia.

c. Aplicación del caso concreto:

Dentro del caso en comento, se puede evidenciar que el proyecto ya había sido aprobado por la Cámara de Representantes tras un debate amplio, con audiencias públicas y discusiones de artículo por artículo.

No obstante, en el Senado, aunque existían ponencias y se realizaron audiencias previas y mesas técnicas, la decisión de archivo se tomó sin agotar en análisis del articulado, lo cual contraría la normativa vigente acerca del principio de publicidad necesario en todas las actuaciones legislativas.

Lo anterior, constituye un vicio de procedimiento sustancial al ser violatorio de las disposiciones normativas vigentes y de los principios que rigen el Estado Social de Derecho, lo que, además, compromete la validez del trámite legislativo y puede ser corregido a través del mecanismo de apelación, como se pretende por parte de los suscritos.

deliberará conjuntamente con la correspondiente de la otra cámara para darle primer debate

Ley 5 de 1993

ARTICULO 191. Trámite de urgencia. El Presidente de la República podrá solicitar trámite de urgencia para cualquier proyecto de ley. En tal caso, la respectiva Cámara deberá decidir sobre el mismo, dentro de un plazo de treinta (30) días. Aún dentro de este lapso la manifestación de urgencia puede repetirse en todas las etapas constitucionales del proyecto.

Si el Presidente insistiere en la urgencia, el proyecto tendrá prelación en el Orden del Día, excluyendo la consideración de cualquier otro asunto hasta tanto la respectiva Cámara o Comisión decida sobre él. (subrayado fuera de texto original).

Corte Constitucional

La Sentencia C-374 de 1997 de la Corte Constitucional, al interpretar el alcance del artículo 163 de la Constitución Política, estableció con claridad que el mensaje de urgencia tiene un carácter imperativo y perentorio, y que el Congreso no puede abstenerse de tramitarlo bajo el pretexto de discrecionalidad política o de agenda interna. En palabras de la Corte:

"El señalado canon constitucional (artículo 163 de la Carta) que otorga al Jefe del Estado una prerrogativa de indudable importancia y que abre una valiosa oportunidad de colaboración armónica entre las ramas del poder público para el logro de los fines del Estado (art. 113 C.P.), es imperativo y perentorio; la presentación de un mensaje de urgencia por el Presidente de la República no confiere a los congresistas una facultad para resolver si atienden o no el llamado gubernamental de tramitar con mayor rapidez un proyecto de ley, sino que comporta una obligación ineludible, que deben cumplir, so pena de sanción." (Corte Constitucional, Sentencia C-374 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Galindo).

Esta postura es reiterada por el Honorable Tribunal en Sentencia C-565 de 1997, en donde la Corte manifiesta:

"El Presidente puede solicitar trámite de urgencia para cualquier proyecto de ley y, en tal caso, la respectiva cámara deberá decidir sobre el mismo dentro del plazo de treinta días. Se trata, en verdad, de una regla de obligatoria observancia para los miembros del Congreso, quienes deben responder disciplinariamente si dejan transcurrir ese lapso sin haber adoptado la determinación que les corresponde: la aprobación o improbabación del proyecto sometido a su estudio. (Negrilla y subrayado fuera de texto)"

d. Conclusión

El archivo del proyecto de ley de reforma al sistema de salud en la Comisión Séptima del Senado incurrió en un **vicio de procedimiento**, al omitir el deber constitucional de garantizar un debate sustancial, informado y participativo. Este vicio afecta derechos fundamentales como la participación política consagrado en el artículo 40 de la Constitución Política, el principio democrático y el principio de publicidad que debe regir todas las actuaciones administrativas, en especial, la actividad del legislador.

Así mismo, se debe resaltar que el recurso de apelación previsto en el artículo 166 de la ley 5 de 1992, citado anteriormente, no solo es procedente, sino necesario para restablecer el principio democrático y permitir que el proyecto sea objeto de un análisis real, respetando los estándares del trámite legislativo, destacados no solo en la normativa vigente sino también en la jurisprudencia constitucional.

3.3 Desatención del mensaje de urgencia e insistencia del proyecto de ley

Como se anotó en los numerales 1.2 y 1.3 de este informe, el proyecto de ley en comento tuvo mensaje de urgencia e insistencia, radicado el 5 de marzo de 2025 ante la Cámara de Representantes, el cual fue trasladado al Senado de la República el 24 de noviembre de 2025. Igualmente, recibió nueva radicación de mensaje de insistencia el 21 de noviembre de 2025.

a. Argumento base

La discusión de los proyectos de ley con mensaje de urgencia tiene un carácter imperativo y perentorio, por lo tanto, el Congreso no puede abstenerse de tramitarlo bajo el pretexto de discrecionalidad política o de agenda interna, no hacerlo constituye un incumplimiento del deber constitucional de los congresistas.

b. Análisis jurídico y constitucional

Constitución Política de Colombia

ARTICULO 163. El Presidente de la República podrá solicitar trámite de urgencia para cualquier proyecto de ley. En tal caso, la respectiva cámara deberá decidir sobre el mismo dentro del plazo de treinta días. Aun dentro de este lapso, la manifestación de urgencia puede repetirse en todas las etapas constitucionales del proyecto. Si el Presidente insistiere en la urgencia, el proyecto tendrá prelación en el orden del día excluyendo la consideración de cualquier otro asunto, hasta tanto la respectiva cámara o comisión decida sobre él. (subrayado fuera de texto original).

Si el proyecto de ley a que se refiere el mensaje de urgencia se encuentra al estudio de una comisión permanente, ésta, a solicitud del Gobierno,

c. Conclusión

El mensaje de urgencia e insistencia constituye un mandato de cumplimiento obligatorio para las comisiones, las cuales debían proceder a agendar el proyecto de ley 410 de 2025 y adelantar su estudio, conforme a lo dispuesto en los artículos 191 a 195 de la Ley 5ª de 1992.

No obstante, pese a la comunicación formal y al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente, la Comisiones Séptimas del Senado no programaron el proyecto dentro del orden del día de las sesiones posteriores, argumentando la necesidad de obtener precisiones adicionales sobre el aval fiscal y los impactos presupuestales de la iniciativa.

Esta omisión configura un incumplimiento del deber constitucional de colaboración armónica entre ramas del poder público y un desacato material al contenido imperativo del artículo 163 superior, tal como lo ha reiterado la Corte Constitucional en la jurisprudencia citada. El Congreso, si bien goza de autonomía funcional, no puede desconocer los efectos jurídicos de una figura constitucional expresamente concebida para asegurar la eficiencia legislativa y la unidad de acción del Estado.

Adicionalmente, el mensaje de insistencia reforzó el carácter prioritario del trámite, señalando la necesidad de dar continuidad al debate legislativo frente a la inminente afectación del sistema de salud por falta de actualización normativa. La inobservancia de esta solicitud por parte de las comisiones no solo dilató injustificadamente el trámite legislativo, sino que contrarió los principios de colaboración armónica de las ramas del poder público, la protección a la democracia y la participación ciudadana.

En términos jurídicos, la falta de agendamiento del Proyecto de Ley 410 de 2025 pese a la existencia de un mensaje de urgencia e insistencia vigente y debidamente expedido, implica el desconocimiento del mandato constitucional contenido en el artículo 163, en cuanto el trámite preferente solicitado por el Ejecutivo se convirtió en letra muerta por decisión de hecho del órgano legislativo; así como la vulneración del principio de colaboración armónica entre ramas del poder público, al desconocer una herramienta diseñada precisamente para equilibrar la función legislativa y la iniciativa gubernamental.

Así mismo, se pone de presente la necesidad de evaluar una posible responsabilidad disciplinaria de las mesas directivas de la Comisión, por omisión en el cumplimiento de un mandato constitucional expreso y de carácter obligatorio

3.4 Importancia de la Reforma al Sistema de Salud

3.4.1 Razones de oportunidad y conveniencia

La reforma al sistema de salud presentada bajo el título "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" no es una reforma menor, se trata de una intervención estructural del actual sistema de salud para garantizar un derecho fundamental; y si debate y aprobación se sustentan en tres asuntos medulares: a. La crisis estructural agudizada de sistema de salud, b) las recomendaciones internacionales de transformación de los sistemas de salud, y c) el cumplimiento de obligaciones internacionales.

a. Crisis estructural agudizada del sistema de salud

Durante los 32 años de implementación de la ley 100 de 1993, se han acumulado serias fallas estructurales dentro del sistema, las cuales, por el bloqueo institucional de los agentes intermediarios del sector, se han exacerbado durante los últimos años tienen hoy a la ciudadanía son serias demoras para el acceso a los servicios en salud, particularmente en cuanto a los medicamentos.

i. Intermediación financiera, ineficiencia e información fraudulenta

La Ley 100 de 1993 definió que para cubrir los servicios y tecnologías en salud se calcularía un monto de dinero anual (Unidad de Pago por Capitación – UPC) que sería entregado a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, quienes serían las responsables de garantizar la prestación integral de servicios de salud a toda la población afiliada. Dichas Entidades debían cumplir con ciertos requisitos para su funcionamiento y entregar información al Ministerio de Salud y órganos de control para conocer tanto el comportamiento en la prestación de servicios de salud como en el manejo del dinero entregado para tal fin.

De las 157 EPS que han recibido autorización para operar uno o ambos regímenes del sistema, a la fecha solo funcionan 27, las demás han sido liquidadas; de las que se encuentran en funcionamiento solamente dos (2) cumplen los indicadores financieros y de solvencia: capital mínimo, patrimonio adecuado, constitución de reserva técnica y régimen de inversión de reserva técnica; lo que demuestra su fracaso como aseguradoras, y pone en serias dudas su habilidad en el manejo de recursos públicos. Adicionalmente, 7 EPS se encuentran intervenidas, lo que indica que aproximadamente la mitad de los afiliados al sistema se encuentra en una EPS incapaz de cumplir sus funcionales misionales.

La intervención de las EPS como medida última de salvaguardar los dineros públicos de la salud y proteger el derecho, ha mostrado su ineficacia a lo largo de la historia del sistema, puesto que esta medida han siempre en liquidación, 130 EPS han sido liquidadas en total. Lo que ha significado el acúmulo progresivo de deudas impagas hacia los prestadores de servicios; de acuerdo con la Superintendencia Nacional de Salud en el periodo 2017- 2024 las EPS liquidadas dejaron una deuda aproximada de \$ 8,4 billones.

Este difícil panorama financiero del sistema y en particular de las EPS, ha sucedido en un contexto de flexibilización de la normativa para el cumplimiento de condiciones financieras de operación; entre 1994 y 2022 se han expedido 23 decretos¹ que han ajustado los requisitos financieros de las EPS para su funcionamiento, permitiendo flexibilidad, ajustes, reorganización, aumento de plazos, etc. Queda claro que por años estas instituciones no han cumplido los requisitos para manejo de recursos públicos, situación que ha sido advertida por memorandos de advertencia e informes de la Contraloría General de la República².

¹ Ver entre otros decretos: 574 y 1698 de 2007, 2353 de 2008, 4789 de 2009, 970 de 2011, 1921 de 2013, 2702 de 2014, 2117 de 2016, 718 y 1848 de 2017, 682 de 2018, 1424 y 1683 de 2019, 1711 y 1811 de 2020, 995, 1492 y 1600 de 2022.
² Informe de la situación financiera de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado – Vigencia 2011. Radicado interno: 2012EE53867
 Función de advertencia incumplimiento Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011 y omisión seguimiento a función de advertencia 2012EE53867 de agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS – Vigencia 2011. Radicado interno: 2014EE0117057.
 Situación de cartera de 26 EPS con las IPS y proveedores de la red de prestadores de servicios de salud con corte a octubre de 2023. Contraloría General de la República.
 Informe estado del aseguramiento en salud por parte de las EPS y los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar. 01 enero – 31 de diciembre vigencia 2024, Contraloría 2023 y 2024 – Memorandos de advertencia.

Adicionalmente, el Tribunal administrativo de Cundinamarca demostró que algunas de las normas expedidas por el regulador, que permitieron la flexibilización de las condiciones financieras, y por lo tanto la continuidad en la entrega de recursos públicos a entidades incompetentes, se dio en medio de una clara estrategia de captura del regulador³.

Por otro lado, las EPS y su organización gremial (ACEMI) fueron encontradas culpables por la Superintendencia de Industria y Comercio de practicar conductas anticompetitivas (cartelización) afectando la debida transparencia en el mercado del aseguramiento en salud. Se identificó la unificación de criterios para la no cobertura de diversos servicios de salud y realizaron un acuerdo para intentar ocultar o falsear la información remitida a los entes reguladores⁴, lo que generaba un sobre costo del sistema y les permitía recibir más dinero.

la Fiscalía General de la Nación, en recientes declaraciones ante la Corte Constitucional, informó que su unidad investigativa en salud, encontró que sistemáticamente las EPS han defraudado el sistema mediante estrategias de cobros irregulares como el no reporte de fallecimiento de afiliados, alteración de información de los usuarios, duplicidad de registros, recobros fraudulentos por servicios de salud, medicamentos o insumos, contrataciones sobre dimensionadas, inversiones con el dinero del sistema que no tiene relación la salud y alteración de información contable para evitar intervenciones⁵, lo que en últimas les ha permitido recibir más dinero por afiliado.

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la ADRES ha demostrado que la información suministrada por las EPS para el cálculo de suficiencia de UPC presenta serias inconsistencias como atenciones a personas fallecidas, cobro de medicamentos por encima del precio regulado, procedimientos realizados varias veces en la vida cuando no es posible, (por ejemplo: apendicectomía), procedimientos realizados únicamente a mujeres reportados a hombres, como cesáreas, entre otros⁶; lo que ha afectado el cálculo del incremento de la UPC al basarse en información de muy baja calidad.

La Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos – Acesi demostró que las EPS pagan rápido y bien a los prestadores (IPS) vinculados económicos, mientras que a la red pública se paga con demoras de hasta 800 días, sin ajuste de tarifas pese aumento anual de UPC⁷. Demuestra que la integración vertical concentra los pagos dentro del sistema y desfinancia a los hospitales públicos.

ii. Ineficiencia del sistema

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID)⁸ concluye que en América Latina y el Caribe existen grandes ineficiencias en los sistemas de salud, debido sobre todo al segmentado despliegue de la

³ Magistrada Ponente: Claudia Elizabeth Lozzi Moreno. Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Sub - Sección "A". Fallo en primera instancia. Expediente: 25000-23-24-000-2017-00885-00
⁴ Superintendencia de Industria y Comercio. Resolución 46111 de 2011. https://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/normatividad/Publicaciones_Despacho_3/sicdecisiones2/RESOLUCIONES_COMPE_TENCIA_ANOS2011/RESOLUCION_46111_DE_30_DE_AGOSTO_DE_2011_SANCIÓN_ACEMI.pdf, el 30 de agosto de 2011
⁵ Corte Constitucional. Mesa Técnica de Unidad de Pago por Capitación. Seguimiento órdenes 21 y 22. del 13 de abril de 2026. Disponible en: [Transmisión completa Mesa Técnica de Pago por Capitación.13 de abril de 2026](#)
⁶ Rueda de prensa Ministerio de Salud: Análisis técnico de suficiencia de UPC. Disponible en: [Rueda de Prensa con el Ministro de Salud, Dr. Guillermo Alfonso Jaramillo](#).
⁷ Corte Constitucional. Mesa Técnica de Unidad de Pago por Capitación. Seguimiento órdenes 21 y 22. del 13 de abril de 2026. Disponible en: [Transmisión completa Mesa Técnica de Pago por Capitación.13 de abril de 2026](#)
⁸ Banco Interamericano de Desarrollo. ¿En qué gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2023. 46 p. Available from: <https://publications.iadb.org/es/en-que-gastan-los-paises-sus-recursos-en-salud->

atención primaria; se calcula que para el año 2009 se podrían haber prevenido un promedio de 9,6 millones de hospitalizaciones (el 19% del total de egresos) por año mediante una atención primaria accesible, oportuna y adecuada; por lo cual, el costo anual para la región de las hospitalizaciones evitables se estimó en un 2,4% del gasto público total en salud y en un 1,5% del total de gastos en salud.

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

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

a. Desarrollo de la Atención Primaria

Aumentar la resolutivez y la calidad de la atención primaria en salud dentro del sistema permitiría:

- Ofrecer mejor atención a las personas que tienen enfermedades crónicas y así disminuir la tasa de hospitalizaciones por causas susceptibles de atención en el nivel primario de atención.
- Disminuir las hospitalizaciones prevenibles y el gasto en salud asociado. Se calcula que el 17% del gasto en hospitalizaciones, obedece a causas prevenibles; esta mejora significaría un ahorro aproximado de 1.7 billones al año (3% del gasto en salud).
- Disminuir el uso de servicios de urgencias, puesto que es el doble de la encontrada en los países de la OCDE. En Colombia, la tasa estimada de servicios de urgencias es de 58 por cada 100 afiliados, lo que casi duplica al promedio de la OCDE, que asciende a 31 por cada 100 personas. Dicho sobrecosto de urgencias puede estar explicado por la limitada capacidad resolutivez en el primer nivel.

b. Enfocar el sistema hacia la promoción y prevención

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

c. Mejorar el gasto en medicamentos

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

el-caso-de-colombia#?text=caso-de-colombia...¿En qué gastan los países sus recursos en,%3F%3A el caso de Colombia&text=El gasto en salud está, un envejecimiento de la población

d. Disminución de Gasto administrativo

- En los países de la OCDE este gasto es en promedio de 3,5%; para Colombia este rubro reporta en promedio en 5,4%.
- De acuerdo con el BID el gasto administrativo excesivo puede reflejar ineficiencias en la gestión o en la gobernanza de sistema, por ejemplo, en la duplicidad de funciones.

iii. Segmentación de la población y fragmentación de la atención

El sistema de seguridad social en salud segmenta a la población según su capacidad de pago, dividiendo entre régimen contributivo y subsidiado. Esta segmentación limita estructuralmente el papel del sistema en la generación de salud y en la reducción de inequidades⁹; toda vez que, la población afiliada al régimen subsidiado tiene peores indicadores en salud, por ejemplo:

- Menor acceso a todos los servicios de salud en general¹⁰
- Menor utilización de servicios preventivos, de atención primaria y consulta especializada¹¹
- Mayor tiempo de espera para la asignación de citas de consulta general¹²
- Mayor incidencia y mortalidad en los eventos de interés en salud pública, como: mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición; mortalidad materna, sífilis gestacional y sífilis congénita; Leishmaniasis, enfermedad de Chagas, malaria, lepra y tuberculosis¹³.
- Mayor carga de enfermedad asociada a morbi – mortalidad en condiciones obstétricas como morbilidad materna, morbilidad materna externa, mortalidad materna y perinatal y afecciones frecuentes de la infancia y lesiones por causas violentas¹⁴
- Peor cobertura de los sistemas de información para el registro de sus condiciones de salud¹⁵
- Peor seguimiento y control de la artritis reumatoidea, tuberculosis, epilepsia¹⁶.
- Mayor riesgo de hospitalización¹⁷
- Mayor gasto de bolsillo en salud¹⁸

La Corte Constitucional en sus sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2014 han expresado la necesidad de eliminar de la segmentación por capacidad de pago dentro del sistema de salud como un elemento indispensable para el cierre de brechas y la garantía del derecho en “igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación y

⁹ Vegal J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Washington D.C.: OPS; 2010.
¹⁰ Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia. Informe Nacional Técnico. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2015. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.059>
¹¹ García-Sobrante I, Vargas-Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, De Paese P, Ferrera Da Silva RM, Unjer JP, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. Gac Sanit. 2015;28:480-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.010>
¹² Peña-Montoya ME, Garzón-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia – Colombia. Universidad y Salud. 2011;6:18-219-31
¹³ Hilarion-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. Biomedica. 2019;39:737-47. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4453>
¹⁴ Mora-Moreo Laura, Estrada-Orozco, Kelly; Espinosa Oscar & Mesa Melgarejo Lorena. Characterization of the population affiliated to the subsidized health insurance scheme in Colombia: a systematic review and meta-analysis. Systematic Review. International Journal for Equity in Health (2023) 22:28. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01818-x>
¹⁵ ibidem
¹⁶ ibidem
¹⁷ ibidem
¹⁸ Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Acceso a servicios de salud en Colombia; Décimo primer Informe Técnico. Bogotá, D.C., 2019. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

paliación¹⁹.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud – OPS²⁰, utilizando el modelo de cobertura efectiva de Tanahasi²¹ encontró que para los colombianos la principal razón de insatisfacción y barrera de acceso al sistema de salud está relacionada con las largas esperas y el exceso de trámites para la asignación de citas médicas, en particular, de citas especializadas; igualmente la falta de comunicación entre los aseguradores y los prestadores genera retrasos en la gestión de los trámites, en la asignación de citas y fragmenta la atención.

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

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

iv. Sistema de salud orientado a la enfermedad

El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud del país no integra de manera efectiva un enfoque hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y por el contrario perpetua una mala gestión del riesgo por parte de los actores que deben desarrollarla conforme a lo establecido en la normatividad vigente: Las entidades promotoras de salud – EPS. El no desarrollo de un modelo de gestión del riesgo en Colombia, impide mejorar los resultados en términos de salud y calidad de vida; así como la eficiencia en el uso de los recursos para el sistema de salud.

Las evidencias de una mala gestión del riesgo en el país son:

- Coberturas bajas o tardías de tamizajes para la detección temprana de enfermedades, tales como citología para cáncer de cuello uterino/HPV, mamografía, antígeno prostático.
- Control deficiente de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión que pueden derivar en enfermedad renal crónica – ERC con diálisis.
- Hospitalizaciones evitables.
- Redes mal organizadas con sobreuso de servicios de alta complejidad por fallas en la Atención Primaria en Salud – APS.
- Contratación a tarifas onerosas sin techos, ni paquetes o sin capitación.
- Débil sistema de auditoría y glosas tardías.

¹⁹ Artículo 2 de la Ley 1751 de 2015

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>

²¹ Tanahasi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736?cdate=attribute=cs&k>

Ineficiente gestión financiera que agrava los costos de los siniestros (mora con IPS o provisiones de reservas técnicas inadecuadamente calculadas y concentradas en un periodo).

Algunos de los indicadores de la mala gestión de riesgo son:

- Captación temprana de gestantes al control prenatal que no supera el 58%
- Proporción de mujeres que reciben consulta de control de puerperio, cifras que oscilan entre 1,16% y 4,52%.
- El tamizaje de cáncer de colon y recto registra coberturas que no superan el 22,9%.
- El tamizaje de cáncer de cuello uterino solo se garantiza solo al 56,7% de la población.
- El tamizaje de cáncer de mama muestra coberturas que no superan el 38,3%
- El tamizaje de cáncer de próstata se le garantiza solo al 10,4% de la población masculina sujeto de esta intervención.

b. Recomendaciones internacionales sobre transformación de los sistemas de salud

La atención primaria en salud (APS) es ampliamente conocida como la estrategia clave de todos los sistemas de salud de alto rendimiento, como una base esencial de la cobertura sanitaria universal y un paso necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible^{22, 23, 24, 25, 26, 27, 28}. La APS ha demostrado ser un camino certero para lograr una buena salud a bajo costo, proporcionando intervenciones esenciales y rentables, incluida la promoción de la salud, atención de salud materna, neonatal e infantil; así como vacunas y tratamiento de enfermedades frecuentes a lo largo de la vida; además de su rol en el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. Igualmente, a medida que aumenta la carga mundial de enfermedades no transmisibles, el nivel primario de atención se consolida como el escenario tanto para la prevención, como para la coordinación del tratamiento de estas enfermedades e igualmente lugar posible para la rehabilitación y los cuidados paliativos²⁹. En definitiva, tal y como lo afirma la OCDE (2020) los sistemas de salud basados en atención primaria son más eficientes, efectivos y equitativos³⁰.

Se ha observado que los países que invierten más en el nivel primario de atención tienen mejores resultados de salud a un costo menor en comparación con aquellos que priorizan la atención

²² Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. Lancet Glob Heal [Internet]. 2022;10(5):e715-72. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)

²³ WHO. UNICEF. A vision for primary health care in the 21st Century. Towards universal health coverage and sustainable development goals [Internet]. World Health Organization. Kazakhstan; 2018. Available from: http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf?sfvrsn=c3119034_2

²⁴ Arenas de Mesa A. Protección Social universal, integral, sostenible y resiliente para erradicar la pobreza, reducir la desigualdad y avanzar hacia un desarrollo social inclusivo. Rev CEPAL, Edición Espec 75 años [Internet]. 2023;14(1)(Diciembre):193-216. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/69111-ceritos-cepai-14-edicion-especial-75-anos-un-modelo-desarrollo-mas-productivo>

²⁵ Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Heal [Internet]. 2019;7(11):e1500-10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4)

²⁶ WHO. Primary health care on the road to universal health coverage [Internet]. World Health Organization; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924002904040Ahttps://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>

²⁷ Berry RA. Reflections on injustice, inequality and land conflict in Colombia. Can J Lat Am Caribb Stud. 2017;42(3):277-97

²⁸ Moran V, Sábrega M, Nolte E. Exploring the association between primary care efficiency and health system characteristics across European countries: a two-stage data envelopment analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023;23(1):1-13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10369-y>

²⁹ Starfield B, Leiyu S, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.

³⁰ OECD. Realising the Full Potential of Primary Health Care [Internet]. Paris: OCDE Publishing; 2020. 1-228 p. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>

hospitalaria de mediana y alta complejidad. Adicionalmente se han demostrado sus beneficios económicos y sociales, como por ejemplo: *“la mejora de la atención materno infantil genera beneficios económicos y de salud 11,3 veces más que los costos, en los países de ingresos mediano-altos y de 7,2 veces en los de ingreso bajo”*^{31, 32}. Igualmente, orientar los sistemas de salud hacia la atención primaria produce ganancias en la eficiencia y efectividad del sistema³³.

Existe amplia evidencia en que más del 85% de los problemas de salud pueden ser resueltos en el ámbito del nivel primario de atención y entre el 10% y el 12% requieren consulta y atención compartida con servicios de atención especializada; mientras que solo entre el 3% y el 5% necesitan primordialmente atención especializada^{34, 35}. Igualmente, se ha demostrado que brindar servicios de salud en el nivel o lugar más apropiado, como el nivel primario de atención o el hogar de las personas, disminuye la necesidad de ingresos hospitalarios innecesarios, previene reingresos evitables y limita el uso inadecuado de los servicios de urgencias^{36, 37, 38}.

Las recomendaciones actuales sobre el financiamiento directo de la atención primaria en salud son las siguientes^{39, 40, 41, 42} (93,122-124):

1. Basarse en acuerdos de financiación que sigan un principio de universalismo e incorporando los atributos del cuidado de la salud centrado en las personas.
2. Financiación basada en mancomunidad de recursos públicos que garanticen la prestación del servicio, para que de esa manera todas las personas reciban atención primaria gratuita en el lugar de uso del servicio sin que les signifique un pago adicional y a la vez se garantice la financiación de las funciones esenciales de salud pública.
3. Los acuerdos de financiamiento deben incluir estándares, directrices de servicios explícitos, sistemas de derivaciones eficaces, entre otros asuntos que se consideren importantes y necesarios.

³¹ Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Heal [Internet]. 2019;7(11):e1500-10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4)

³² World Health Organization. Building the economic case for primary health care: a scoping review [Internet]. Vol. 48, Technical Series on Primary Health Care. 2018. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48?fbclid=IwAR3sZ0ZorXB7lmMqm2MIDHfU1rflXv5n3z031-2PQXJKHghPhD3Np1_WU

³³ Krings DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. Building Primary Care in a Changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. 2010. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064645/>

³⁴ Green L, B, Y, Lanier D, Doves S. The Ecology of Medical Care. Revisited. N Engl J Med. 2001;344(26)

³⁵ White W. The Ecology of Medical Care. N Engl J Med. 1961;265(26):885-92.

³⁶ World Health Organization. Building the economic case for primary health care: a scoping review [Internet]. Vol. 48, Technical Series on Primary Health Care. 2018. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48?fbclid=IwAR3sZ0ZorXB7lmMqm2MIDHfU1rflXv5n3z031-2PQXJKHghPhD3Np1_WU

³⁷ Rodríguez-Páez F, Jiménez-Barbosa W, Palencia-Sánchez. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triaje. Univ Salud [Internet]. 2018;20(3):215-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.22267/ius.182003.124>

³⁸ Arango Pinilla, M.M, Arias Ruiz, S, Arribas, P, Villa, G C, GIZZME, PM. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Asesbaldú ESSE en Manizales. Arch Medecija [Internet]. 2009;9(1):25-34. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273820380005.pdf>

³⁹ Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. Lancet Glob Heal [Internet]. 2022;10(5):e715-72. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)

⁴⁰ WHO & The World Bank. Direct facility financing: concept and role for UHC [Internet]. 2022. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/151945/9789240043374-eng.pdf?sequence=1#&:text=Direct facility financing is money,individual sources finance them directly.>

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud – OPS. Pacto 30 · 30 · 30. APS para la salud universal. Washington, D.C.; 2019.

⁴² Organización Mundial de la Salud – OMS. Comisión Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/declaration-declaration-sp.pdf>

4. Asignar los recursos en función de las necesidades de salud de las personas y que a la vez sean equitativos por áreas geográficas y niveles de prestación; de esta manera fomentar la atención centrada en las personas, la continuidad y la calidad de atención; pero que a la vez que sean capaces de adaptarse a los modelos de prestación cambiantes.
5. Los países deberían destinar mínimo el 30% del gasto en salud al nivel primario de atención.
6. Desarrollar trabajo conjunto con todas las instancias gubernamentales y de la sociedad civil que interactúan con la salud, para desarrollar acuerdos de financiación, acción, investigación, evaluación, etc., orientados a gastar más y mejor en Atención Primaria.

c. Cumplimiento de obligaciones internacionales

El contenido del proyecto de ley en estudio guarda total armonía con la Ley 1751 de 2015 (Estatutaria en Salud), la Constitución Política y las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en desarrollo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

3.4.2 Derecho fundamental a la salud

Colombia es un Estado Social de Derecho, en ese sentido la meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido “(...) la creación de condiciones razonables de vida (...)”⁴³, lo cual guarda entera armonía con el hecho de que la Constitución Política establece como principios la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general. Si bien el derecho a la salud se encuentra en los artículos 48 y 49 de la Constitución, como un derecho social y prestacional que debe ser reglamentado y dirigido por el Estado, en pro de regular los diversos actores del sistema, su reconocimiento y garantía ha sido materia de gran debate.

El carácter fundamental del derecho a la salud ha sido un tema que ha tenido una evolución jurisprudencial que concluyó con el reconocimiento de su carácter fundamental en el año 2008 luego de que la Corte Constitucional había considerado inicialmente que no tenía ese carácter, salvo lo indicado en la sentencia T-406 de 1992 con ponencia del Magistrado Ciro Angarita Barón⁴⁴ que enfocó el tema en el carácter social del Estado colombiano. Esa caracterización, realizada por esa Alta Corporación, que dejó de lado lo indicado por el magistrado Angarita, no tuvo en cuenta aspectos como la declaración de Alma Ata de 1978 y se limitó a indicar que los derechos sociales, económicos y culturales no eran fundamentales porque estaban diferenciados de los que se reconocían expresamente como tales en el Capítulo I del Título II y además porque los primeros no eran de aplicación inmediata (art. 85 C. Pol). Esta caracterización tenía un sesgo ideológico producto de la división del mundo entre países capitalistas y países socialistas y comunistas.

El primer enfoque de la Corte Constitucional vino en su artículo 49, Modificado por el A.L.2 de 2009, a la salud como un derecho prestacional para todas las personas en el acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud, como servicio público a cargo del Estado, quien lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados, y que los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Por su parte, el artículo 48 del mismo ordenamiento, mod. por el A.L. 1 de 2005, establece que la seguridad social constituye un derecho irrenunciable de

⁴³ Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 “Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia” Título: Derechos sociales

⁴⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-406 de 5 de junio de 1992, MP Ciro Angarita Barón.

los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

En desarrollo de las citadas disposiciones, la seguridad social en salud se concibió en la Ley 100 de 1993, como un servicio público obligatorio, cuya dirección y control estará a cargo del Estado y como un sistema destinado a regular el servicio público esencial de salud y a crear las condiciones de acceso en todos los niveles de atención, que permitan garantizar a todas las personas sus derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social, bajo el imperio del Estado social de derecho y con fundamento en los principios de dignidad humana, solidaridad y prevalencia del interés general.

Bajo la concepción de la Ley 100 de 1993, de servicio público, se define, en su artículo 8º, el sistema de seguridad social como un conjunto de entidades públicas y privadas, normas procedimientos y que está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios incluidos en la mencionada ley. En tal medida, el sistema de seguridad social es una estructura institucional que integra entidades y recursos públicos y privados, normas, procedimientos y regímenes de diversos órdenes, destinados a garantizar el mencionado derecho.

El carácter de servicio público de la seguridad social que involucra un derecho de carácter prestacional constituye un aspecto que fue ampliamente señalado por la Honorable Corte Constitucional, entre otras, en las sentencias C-408 de 1994, M.P. Fabio Morán Díaz; SU-480/97, M.P. Alejandro Martínez Caballero; SU-819 de 1999, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-118-2001. M.P. Martha V. Sánchez Méndez.

No obstante, en ese primer periodo 1992-2008, a través de la jurisprudencia de esa Alta Corporación se amparó el derecho a la salud por su conexidad con otros derechos fundamentales, se reconoció su naturaleza fundamental en contextos cuando el tutelante era un sujeto de especial protección como el caso de los niños, y se afirmó en general su fundamentalidad, en lo que respecta a un ámbito básico; y a partir de la Sentencia T-859 de 2003, se declara la fundamentalidad del derecho a la salud *per se*, la cual se reitera entre otras, en las sentencias T-060 y T-148 de 2007.

Pero es a través de la sentencia C-463 de 2008⁴⁵ en la cual se declara la salud como un derecho fundamental autónomo. La sentencia T-760 de 2008⁴⁶, una sentencia estructura de órdenes, retoma ese criterio. De esta manera, respecto de la naturaleza y condiciones esenciales de derecho a la salud, a partir de 2008, la Corte Constitucional ha señalado que se trata de un derecho de carácter fundamental, no obstante su contenido prestacional, porque todo derecho tiene tanto facetas prestacionales que son positivas o comportan deberes de realización, como facetas no prestacionales que son negativas e implican deberes de abstención, y el derecho a la salud si bien tiene una marcada dimensión positiva también tiene dimensiones negativas; de manera que se derivan tanto obligaciones de cumplimiento “inmediato”, como obligaciones de cumplimiento “progresivo”, en virtud de “la complejidad de las acciones y los recursos que se requieren para garantizar efectivamente el goce efectivo de estas facetas de protección de un derecho.”⁴⁷

Este proceso desemboca en la conquista de la Ley 1751 de 2015, en la cual se reconoció por parte del legislador, el derecho a la salud como derecho fundamental, previo examen de constitucionalidad adelantado por la Corte Constitucional a través de la sentencia C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo

⁴⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-463 de 14 de mayo de 2008, MP Jaime Araújo Rentería.

⁴⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-1-760 de 31 de julio de 2008, MP Manuel Cepeda Espinosa

⁴⁷ *Ib.*, p. 31.

Mendoza Martelo⁴⁸. La Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, a lo largo 26 artículos busca efectuar una caracterización de la salud y de los principales elementos del derecho fundamental, y aunque en el artículo 2º define su naturaleza y contenido, no incorpora claramente una definición del derecho a la salud, contrario a la que realiza respecto del sistema de salud.

En el primer capítulo, señala el objeto; declara la fundamentalidad, autonomía e irrenunciabilidad del derecho; ámbito de aplicación; define el sistema de salud como el instrumento para materializar y garantizar el derecho; aborda las obligaciones del Estado; determina sus elementos esenciales, principios, derechos y deberes, los contenidos; indica la evaluación conforme a indicadores de goce efectivo del derecho fundamental; define los determinantes sociales de salud; consagra los derechos y deberes de las personas; y señala los sujetos de especial protección que corresponde a los previstos en la Observación General 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en desarrollo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), en la Carta Política y la jurisprudencia, y en el sistema de salud vigente.

El segundo capítulo prevé diferentes medios y mecanismos para garantizar y proteger el derecho, y señala la garantía del derecho a través de las prestaciones de salud bajo una concepción integral de la misma en todas sus fases de atención de la salud y prevé un régimen taxativo de exclusiones que no pueden ser financiadas con recursos públicos y cuya definición debe hacerse a través de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente; un mecanismo técnico-científico con las mismas características también se prevé para la ampliación progresiva de los beneficios.

El tercer capítulo está referido a los profesionales y trabajadores de la salud y recaba en su autonomía y su desempeño laboral en condiciones justas, dignas y de estabilidad. El cuarto y último capítulo dispone la adopción de políticas públicas y la obligación del Estado de garantizar la financiación y disponibilidad de servicios en zonas marginadas.

Ahora bien, como un primer elemento que debe ser destacado en el análisis de constitucionalidad que hizo la Corte Constitucional de esa norma es que ella misma detectó que algunas de ellas no tenían carácter estatutario y lo indicó expresamente en la sentencia C-313 ya mencionada. Para esa Corporación los siguientes artículos no tendrían esa dimensión pues en términos de esa jurisprudencia no establecen “prerrogativas básicas, excepciones o limitaciones al derecho”⁴⁸, a saber:

- Artículo 4. definición de sistema de salud.
- Artículo 7º Evaluación anual de indicadores.
- Artículo 18 respecto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud.
- Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos.
- Artículo 25. Destinación e inembargabilidad.

Es decir, realmente, la ley 1751 de 2015 tiene solo 21 normas estatutarias y no 26.

En consecuencia, es evidente que para la Corte Constitucional no todo lo que organice el derecho fundamental a la salud es de carácter estatutario sin desconocer la dimensión e importancia de ese derecho. Esto significa que los elementos operativos son propios del legislador ordinario y no debe asumírlos el estatutario.

⁴⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-C-313 de 29 de mayo de 2014, MP Gabriel Mendoza Martelo.

⁴⁹ *Ib.*, considerandos 5.2.4.3, 5.2.7.3, 5.2.18.3, 5.2.19.3, y 5.2.24.3.

3.5 Constitucionalidad del Proyecto de Ley

Consagrado el derecho a la salud como derecho fundamental en una ley de rango estatutario, derivada del desarrollo de la jurisprudencia constitucional, en primer lugar, es dable señalar lo expresado por la doctrina en torno a las características que revisten esta clase de leyes para, a su vez, determinar cuáles de ellas cumple la Ley Estatutaria de Salud contenida en la Ley 1751 de 2015.

Así, en cuanto a las materias que pueden ser objeto de leyes estatutarias, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 152 de la Constitución Política se encuentra, entre otras, la regulación de los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección, es claro que, en virtud del profuso desarrollo jurisprudencial, el derecho a la salud tiene el carácter de fundamental y, por lo tanto, cumple el requisito material que impone ser regulado mediante norma de carácter estatutario.

En relación con la exigencia del control previo por la Corte Constitucional o sometimiento al imperio de la Constitución, como requisito para su expedición y vigencia, lo que para algunos le otorga a las leyes estatutarias la condición de subconstitucionalidad, sin que ello le otorgue una jerarquía superior a las leyes ordinarias, la iniciativa legislativa que fuera sancionada como Ley 1751 de 2015, surtió el examen de constitucionalidad a través de la sentencia C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

En lo que respecta al enfoque adoptado, consistente en que la regulación estatutaria desarrolle de manera exhaustiva o completa la materia que tiene por objeto (maximalista), en oposición a una visión que procura una regulación mínima legislativa y que da la posibilidad al legislador ordinario para que desarrolle los preceptos consagrados en la norma estatutaria, sin que los mismos se desconozcan, y con ello, guarde flexibilidad y coherencia con el principio democrático⁴⁹, la Ley 1751 de 2015 evidencia acogerse al criterio de regulación mínima, con lo cual, mediante leyes ordinarias se podrá desarrollar los principios de carácter estatutario.

En cuanto a la delimitación de materias entre normas propias de ley estatutaria y normas de ley ordinaria, dadas las dificultades de circunscribir el ámbito de unas y otras, en especial, cuando se regulan derechos fundamentales, debe indicarse que la jurisprudencia de la Corte Constitucional, como la ya citada, ha indicado que en las leyes de naturaleza estatutaria es admisible la incorporación de asuntos que son de la exclusiva competencia del legislador ordinario y ejemplo de ello es la Ley 1751 de 2015 que reguló aspectos de ley ordinaria como los contenidos en los artículos 4º, 7º, 18, y 26, entre otros, cuya naturaleza fue precisada en la sentencia C-313 de 2014.

Queda claro que la regulación del derecho fundamental a la salud adelantado en la Ley 1751 de 2015, al precisar su alcance, los mecanismos de efectividad y protección, llenar vacíos en relación con el plan de beneficios y sus exclusiones, y orientar el contenido prestacional del mismo, debe ser desarrollada a través de leyes ordinarias o por normas de menor jerarquía, como se ha hecho a partir de su vigencia, pero también impone configurar la estructura institucional y operativa del sistema de salud que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud.

En segundo lugar, por tratarse de una Ley que reguló el derecho a la salud, en los aspectos necesarios de reserva estatutaria, sin alcanzar el mayor grado de completitud o exhaustividad, definió de manera

⁴⁹ Cf. Sierra Porto, Humberto. Concepto y tipos de ley en la Constitución colombiana, y Cortés González, Juan Carlos. Ley Estatutaria de Salud, Comentarios a la Ley 1751 de 2015, Legis Editores S.A., 2015.

expresa el desarrollo regulatorio posterior, por la vía ordinaria, y de manera tácita otras materias que, unas y otras, podrán adoptarse siempre y cuando, con ellas no se contraríen o vulneren los criterios y principios de la Carta y de la misma ley estatutaria, en especial, el denominado núcleo esencial del derecho fundamental.

De manera expresa, la Ley 1751 de 2015 facultó la regulación mediante leyes ordinarias las siguientes materias: sostenibilidad del sistema de acuerdo con el principio de progresividad (artículo 6º, literal i), condiciones y términos para acceder a las prestaciones de salud (artículo 10º, literal e), sanciones penales y disciplinarias a los Representantes Legales de entidades responsables de la prestación del servicio (artículo 14, parágrafo 1), determinación de la autoridad facultada para las exclusiones (artículo 15), mecanismos de ampliación de beneficios (artículo 15), y procedimiento de resolución de conflictos de profesionales de la salud (artículo 16). De manera tácita, a título de ejemplo se encuentran zonas marginadas, el subsidio a la oferta en zonas de mercado no competitivo (artículo 24), y zonas marginadas, disponibilidad de servicios (artículo 24).

Como corolario de este título, se transcriben apartes de la conferencia dada por el doctor Jorge Iván Palacio Palacio, Magistrado de la Corte Constitucional, quien fuera el responsable de la Sala de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, y cuyo conocimiento y experticia en los temas del sistema general de seguridad social en salud y el derecho a la salud es indiscutible, en torno a la naturaleza o carácter de la norma estatutaria, en la cual señaló:

“La ley estatutaria en salud (...)

Ha de señalarse que dentro de un sistema jurídico no todas las normas tienen la misma jerarquía. Después de la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos,^[18] se encuentran distintas clases de leyes, presentándose cierto grado de sujeción que atiende a la materia regulada y al procedimiento de aprobación. Así las leyes estatutarias y orgánicas^[19] sirven de parámetro a la ley ordinaria.^[20]

La reserva de ley no es un asunto que obedezca al capricho de la autoridad estatal, sino que su expedición obedece a los asuntos que por su naturaleza debe desarrollar. Tratándose de la regulación de derechos fundamentales, se impone con mayor razón la expedición de otras leyes, como las ordinarias, que respondan a los principios democrático, participativo y pluralista,^[21] es decir, a un proceso de discusión pública al interior del Congreso, en el cual los distintos actores tengan oportunidad de expresarse activa, propositiva y eficazmente. Lo cual no descarta que el Gobierno ejerza la potestad reglamentaria para la cumplida ejecución de la ley.^[22]

Ahora bien, la legislación estatutaria tiene un ámbito específico como es garantizar los contenidos esenciales del derecho. Si bien la ley expedida se ocupa de ello, no se aprecia que haya agotado todos y cada uno de los elementos que comprometen la existencia del derecho. Incluso algunas de sus disposiciones replican la Constitución, otras se encuentran recogidas en la legislación, hacen parte de instrumentos internacionales o fueron prescritas por el Tribunal Constitucional.

También existen otras materias que son reserva de ley orgánica y ordinaria como las que conciernen al modelo de sistema de salud, la buena gobernanza, la erradicación de la intermediación, la sostenibilidad financiera, la proscripción de la corrupción y la superación

de la ineficiencia administrativa, asuntos que de una u otra manera campean en el sistema de salud y ameritan su seria atención.

Cuando se está ante la aprobación de una legislación estatutaria que establezca nuevos parámetros normativos, la consecuencia es, en principio, ajustar el resto del ordenamiento, haciendo una relectura legal y reglamentaria, salvo que la normatividad expedida se hubiere limitado a replicar lo ya reconocido en el derecho.

En el caso de la ley en cuestión, la misma reconoce expresamente que ciertas materias deben desarrollarse por ley ordinaria. Así el artículo 9° preceptúa que el legislador creará mecanismos para identificar políticas de otros sectores que tienen impacto en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades participen en la toma de decisiones. El artículo 10 indica que los efectos del incumplimiento de los deberes de las personas solo podrán ser determinados por el legislador.

A su vez, el artículo 15 expresa que los servicios o tecnologías que cumplan con determinados criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud o la autoridad que establezca la ley ordinaria y que para ampliar progresivamente los beneficios el legislador ordinario fijará un mecanismo técnico científico, público, colectivo, participativo y transparente³¹⁻³³ (subrayado fuera del texto original).

De esta manera, debe indicarse que la reserva de ley estatutaria en la regulación del derecho a la salud, con posterioridad a la declaratoria de fundamentalidad del mismo en el año 2008, y sin que se contara con la norma estatutaria, ha ido objeto de examen por parte de la Corte Constitucional con ocasión del examen efectuado por el cargo del procedimiento legislativo adelantado por la vía ordinaria de la Ley 1438 de 2011, en cuyo pronunciamiento, contenido en la sentencia C-791 de 2011, M.P. Humberto Sierra Porto, se indicó:

“En resumen, la jurisprudencia ha sostenido que los criterios determinantes para identificar si una disposición que regule derechos y deberes fundamentales debió ser tramitada como ley estatutaria son los siguientes: (i) en primer la materia regulada pues ha de tratarse de derechos y deberes de carácter fundamental, (ii) que trate sobre los elementos estructurales y los principios básicos del derecho o deber en cuestión, (iii) que se refiera los contenidos esenciales del derecho, (iv) que regule aspectos inherentes al ejercicio del derecho, (v) que consagre límites, restricciones, excepciones o prohibiciones que delimiten el núcleo esencial, (vi) cuando se trate de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa un derecho fundamental, (vii) que aludan a la estructura general y principios reguladores pero no al desarrollo integral y detallado (viii) que la disposición se refiera a situaciones principales e importantes de los derechos.

(...)

6. La salud en el ordenamiento constitucional colombiano

(...)

Ahora bien, a partir de esta reciente perspectiva interpretativa que considera la salud como un derecho fundamental, esta Corporación ha tenido que examinar en dos ocasiones distintas demandas de inconstitucionalidad contra leyes referidas a prestaciones en materia de salud

³¹ EL PUNTO CIEGO EN EL DERECHO A LA SALUD EFECTIVA, Entre el simbolismo y la evidencia social, Jorge Iván Palacio Palacio.

(...) Tal como se señaló en la Sentencia C-662 de 2009, en este caso no se reúnen los presupuestos para considerar que el proyecto de ley objeto de censura esté sometido a la reserva de ley estatutaria, puesto que resulta evidente que, al margen de la discusión suscitada en la jurisprudencia constitucional sobre la condición de fundamentalidad del derecho a la salud, para el caso del proyecto de ley objeto de estudio, su carácter parcial y específico en cuanto al ámbito de protección de este derecho, es un elemento de juicio suficiente para inscribirlo dentro del margen de configuración normativa del legislador ordinario.

Adicionalmente, cabe señalar que en su dimensión prestacional, el derecho a la salud requiere de configuración legal, aspecto que se inscribe en la órbita del legislador ordinario, sin que quepa señalar que, en razón de los avances en torno a la fundamentalidad del derecho a la salud, se haya producido un vaciamiento de sus competencias, en beneficio del legislador estatutario, de manera que, hacia el futuro, toda alteración del SGSSS debiese hacerse por esa modalidad legislativa excepcional.

(...) (negritas añadidas).

Con fundamento en las anteriores consideraciones la Corte declaró infundadas las objeciones relativas con la necesidad de que el proyecto hubiese sido tramitado como ley estatutaria.

Cabe destacar que en esta última decisión se hizo especialmente referencia a que la **dimensión prestacional del derecho a la salud** “requiere de configuración legal, aspecto que se inscribe en la órbita del legislador ordinario, sin que quepa señalar que, en razón de los avances en torno a la fundamentalidad del derecho a la salud, se haya producido un vaciamiento de sus competencias, en beneficio del legislador estatutario, de manera que, hacia el futuro, toda alteración del SGSSS debiese hacerse por esa modalidad legislativa excepcional”. Tesis que será particularmente relevante para resolver los cargos objeto de examen en la presente providencia.

Por lo tanto, se ratifica la constitucionalidad del Proyecto de Ley N° 410 de 2025 Senado, N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”.

3.6 Viabilidad financiera del Proyecto de ley

En el transcurso del debate se han presentado los correspondientes avales fiscales del proyecto de ley en estudio, en cumplimiento del artículo 7° de la Ley 819 de 2003, los cuales se relacionan a continuación:

- Respuesta a solicitud de concepto **Anteproyecto de Ley** “Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”. 11 de septiembre de 2024. Radicado: 2-2024-048577.
- Análisis de impacto fiscal del **texto aprobado en segundo debate** al proyecto de ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley N° 135 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”. 13 de mayo de 2025. Radicado: 2-2025-030271.
- Análisis de impacto fiscal de la **ponencia propuesta para tercer debate** al proyecto de ley N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de ley N° 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”. 28 de julio de 2025. Radicado: 2-2025-046068.

las cuales habían sido acusadas de vulnerar el principio de reserva de ley estatutaria en la regulación de un derecho fundamental. Por tener estrecha relación con el cargo que se examina en la presente decisión se hará una referencia detallada a estos precedentes.

En la sentencia C-662 de 2009 se examinaron las objeciones presidenciales al proyecto de ley n.º 312/08 Senado – 90/07 Cámara, en el cual se preveían acciones para el tratamiento integral del cáncer en Colombia. A juicio del Gobierno, el proyecto de ley era contrario al artículo 152 de la Constitución, pues la jurisprudencia constitucional, especialmente la sentencia T-760 de 2008, reconoció la naturaleza fundamental del derecho a la salud, se concluía entonces que el proyecto por haber sido tramitado como una ley ordinaria vulneraba la reserva de ley estatutaria prevista en la Constitución. Adicionalmente, se sostenía que el legislador había incurrido en un error, cuando indicó en la iniciativa que estaba regulando el derecho a la vida, aunque en realidad versaba sobre el derecho fundamental a la salud.

La Corte Constitucional inicialmente hizo referencia a la reserva de ley estatutaria prevista en el artículo 152 constitucional³² y los criterios fijados en la sentencia C-981 de 2005 para determinar cuándo se aplica tal reserva.

(...)

Concluyó que al margen de las distintas posturas jurisprudenciales respecto de la naturaleza del derecho a la salud “para el caso del proyecto de ley objeto de estudio, su carácter parcial y específico en cuanto al ámbito de protección de este derecho, es un elemento de juicio suficiente para inscribirlo dentro del margen de configuración normativa del legislador ordinario”, razón por la cual desestimó la objeción planteada por el Gobierno en relación con la vulneración del artículo 152 de la Carta Política.

Posteriormente, en la sentencia C-398 de 2010 se examinaron las objeciones presidenciales al Proyecto de Ley No. 028/07 Senado, 341/08 Cámara, “Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan principios y lineamientos para su atención integral”, una de los cargos planteados por el Gobierno consistía en que de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, el derecho a la salud es un derecho fundamental y autónomo y por lo tanto el proyecto en cuestión debía haber seguido el trámite previsto para las leyes estatutarias.

La Corte para resolver esta objeción reiteró el precedente fijado en la sentencia C-662 de 2009, con base en las siguientes consideraciones:

³² Al respecto consignó: “El artículo 152 de la Carta Política establece la reserva de ley estatutaria para determinadas materias, relacionadas con (i) los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección; (ii) administración de justicia; (iii) organización y régimen de los partidos y movimientos políticos, estatuto de la oposición y funciones electorales; (iv) instituciones y mecanismos de participación ciudadana; (v) estados de excepción; y (vi) la igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República // Las consecuencias de esta previsión constitucional son de carácter formal y material. En primer término, la reserva de ley estatutaria implica, en los términos del artículo 153 C.P., que el trámite legislativo previo a su aprobación debe cumplir requisitos y controles específicos. Así, deberán votarse favorablemente por la mayoría absoluta de miembros del Congreso y el trámite deberá cumplirse en una sola legislatura. A su vez, el proyecto de ley aprobado está sometido al control automático de constitucionalidad por parte de esta Corporación. Frente a los efectos materiales, la Corte ha reconocido que las normas estatutarias, en razón del estatuto que adquieren en el ordenamiento jurídico, hacen parte del parámetro de constitucionalidad para la legislación ordinaria.”

Alcance - Análisis fiscal respecto del informe de ponencia propuesto para tercer debate al proyecto de Ley No 410 de 2025 Senado - 312 de 2024 Cámara, acumulado con el proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara [p]or medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”. 20 de agosto de 2025. Radicado: 2-2025-050293

Siendo el último documento el que contiene todos los ajustes realizados al proyecto de ley en cuanto a inclusión de nuevas fuentes para el sistema de salud, progresividad en la implementación de algunas medidas y los gastos para servicios de atención primaria y mediana y alta complejidad; adicionalmente el análisis muestra un escenario superavitario durante los 10 años proyectados.

Los conceptos fiscales cumplen con los términos exigidos por la Ley para este tipo de documentos, de acuerdo con la Sentencia C-161 de 2024:

“Los referentes básicos del análisis de impacto fiscal son: (i) el costo fiscal de la iniciativa, (ii) la fuente de ingresos sustitutiva para financiar dicha costa y (iii) la compatibilidad de la iniciativa con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. La Constitución y la ley exigen que estos referentes básicos sean identificados, estimados y examinados en el trámite legislativo”

Las conclusiones de dicho aval refieren:

(...) conforme a lo expuesto en este documento, el impacto fiscal estimado del proyecto de ley del asunto **puede incorporarse de forma compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo**, manteniendo la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las finanzas públicas.

En consecuencia, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público emite **concepto favorable de impacto fiscal** del proyecto de ley de la referencia en la medida en que las obligaciones corrientes del sector salud acumuladas serán cubiertas según la priorización y definiciones que al respecto realice el MSPS con cargo a los recursos en ese sector administrativo, en cumplimiento de la autonomía presupuestal prevista en el artículo 110 del Estatuto Orgánico de Presupuesto. (resaltado en texto original)

3.7 Conclusiones

1. El recurso de apelación interpuesto se ampara en el artículo 166 de la Ley 5 de 1992 y en el artículo 159 de la Constitución Política de Colombia. La Sentencia C-385 de 1997 confirmó la exequibilidad de esta figura que garantiza la participación democrática y la posibilidad de un debate más amplio.
2. La Comisión Séptima del Senado negó la reforma sin deliberación sustancial. Esto contraviene los principios de debate y publicidad, por lo que procede apelar para un nuevo estudio.
3. La Comisión Séptima del Senado desconoció el mandato constitucional contenido en el artículo 163, en cuanto el trámite preferente solicitado por el Ejecutivo se convirtió en letra muerta por decisión de hecho del órgano legislativo.
4. La reforma aborda estructuralmente las fallas del sistema general de seguridad social en salud. Su estudio y aprobación permitiría hacer un uso más eficiente de los billonarios recursos del sistema de salud, mejorar su financiamiento, disminuir el riesgo de corrupción,

mejorar la eficiencia, fortalecer la atención primaria y las acciones preventivas y promocionales en salud.

5. El proyecto de ley goza de constitucionalidad, puesto que el ajuste del financiamiento del sistema de salud, el fortalecimiento de la gobernanza y la organización de la prestación de los servicios de salud, son contenidos de ley ordinaria, puesto no afectan el núcleo esencial del derecho.
6. El proyecto de ley cuenta con el aval fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cumplimiento del artículo 7° de la Ley 819 de 2003 y la Sentencia C-161 de 2024.


4. Causales de impedimento

Conforme al artículo 3 de la ley 2003 y 2009, que modificó el artículo 291 de la ley 5 de 1992, el proyecto de ley en comento y el informe del presente recurso de apelación reúnen las condiciones del literal a y b, de las circunstancias en las cuales es inexistente el conflicto de intereses del artículo 286 de la ley 5 de 1992, toda vez que es un proyecto de ley de interés general, que puede concluir y fusionarse con los intereses de electorado.

5. Proposición

Por las anteriores consideraciones, nos permitimos presentar informe referente al Recurso de Apelación ante la Negación del Proyecto de Ley y proponemos a los Honorables Senadores de la Plenaria del Senado de la República, aprobar el referido recurso de apelación a la negación del Proyecto de Ley N° 410 de 2025 Senado, N° 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley N° 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" para que continúe su trámite legislativo en Primer Debate en el Senado de la República en la Comisión Primera Constitucional Permanente de esta misma Cámara.

Cordialmente,


ALEX FLÓREZ HERNÁNDEZ
Senador de la República
Presidente Comisión Sexta

CARTAS DE ADHESIÓN

CARTA DE ADHESIÓN COMO COAUTORA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 61 DE 2024 SENADO, 600 DE 2025 CÁMARA, HONORABLE REPRESENTANTE DORINA HERNÁNDEZ PALOMINO

por medio de la cual se fortalece la legislación frente a la lucha contra la trata de personas, se combate el uso de medios digitales para la consecución del delito y se dictan otras disposiciones.



Bogotá D.C. 18 de mayo 2026

ChDhP- 040

Doctor
Diego Alejandro González
Secretario general de Senado
Dirección electrónica:
E. S. D.

Referencia: **Proyecto de Ley N° 600 de 2025 Cámara – 061 de 2024 Senado "Por medio de la cual se fortalece la legislación frente a la lucha contra la trata de personas, se combate el uso de medios digitales para la consecución del delito y se dictan otras disposiciones".**

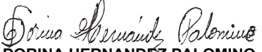
ASUNTO: ADHESIÓN COMO COAUTORA.

CHA DORINA HERNANDEZ PALOMINO, en mi condición de representante a la Cámara por el departamento de Bolívar, con el más absoluto respeto, me dirijo a usted con el objetivo de manifestarle que es mi decisión y voluntad adherirme al Proyecto de Ley de la Referencia, como Coautora de la Autoría de los siguientes parlamentarios:

Senadores Sonia Bernal Sánchez, Lorena Ríos Cuellar, Catalina Pérez Pérez, Ariel ÁvilaMartínez, Norma Hurtado Sánchez, Julio César Estrada Cordero, Karina Espinosa Oliver, Diela Liliana Benavides Solarte, Andrea Padilla Villarraga, Fabian Díaz Plata, Ana María Castañeda Gómez, Esmeralda Hernández Silva, Paulino Riascos Riascos, Carlos Julio González Villa y los Representantes Leider Alexandra Vásquez Ochoa, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, Cristian Danilo Avendaño Fino, Wilmer Yair Castellanos Hernández, Juan Pablo Salazar Rivera, Christian Munir Garcés Aljure, Gersel Luis Pérez Altamiranda, Carolina Giraldo Botero, Alejandro García Ríos, Saray Elena Robayo Bechara, Carmen Felisa Ramírez Boscán, Daniel Carvalho Mejía, María Fernanda Carrascal Rojas, Hugo Alfonso Archila Suárez, Alirio Uribe Muñoz.

Lo anterior atendiendo la importancia y trascendencia de esta importante iniciativa legislativa.

Atentamente:


DORINA HERNÁNDEZ PALOMINO
Representante a la Cámara por Bolívar
Pacto Histórico Bolívar - PDA

CONTENIDO

Gaceta número 497 - Martes, 19 de mayo de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA

INFORMES

Págs.

Informe referente al Recurso de apelación concerniente a la Negación en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República al Proyecto de Ley número 410 de 2025 Senado, número 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley número 135 de 2024 Cámara, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones 1

CARTAS DE ADHESIÓN

Carta de adhesión como coautora al Proyecto de Ley número 61 de 2024 Senado, 600 de 2025 Cámara, honorable Representante Dorina Hernández Palomino, por medio de la cual se fortalece la legislación frente a la lucha contra la trata de personas, se combate el uso de medios digitales para la consecución del delito y se dictan otras disposiciones..... 10