



Bogotá, julio 28 de 2026

Doctor
Diego Alejandro González González
Secretario del Senado de la República
Bogotá

Asunto: Radicación Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*

Respetado Secretario,

En nuestra condición de Congresistas, radicamos ante la Honorable Secretaría General del Senado de la República el proyecto de ley *"Por medio de la cual se establece el procedimiento, mecanismo, instancias y elementos para la definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación UPC y Presupuestos Máximos, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"* para que sea puesto a consideración del Honorable Senado de la República. Cumpliendo con el pleno de los requisitos contenidos en la Ley 5 de 1992, y con la finalidad de iniciar el trámite legislativo y aprobar esta iniciativa. Adjunto a esta comunicación encontrará el texto original del proyecto de ley y la exposición de motivos en versión digital.

De los Honorables Congresistas,


HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO
Senador de la República Autor Principal

1. TEXTO PROPUESTO PROYECTO DE LEY NO. _____ DE 2026 SENADO

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

El Congreso de Colombia

Decreta

Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto establecer el procedimiento, mecanismo de definición, monitoreo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y Presupuestos Máximos, vigente para cada año, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la sostenibilidad del mismo.

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

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

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

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

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

- d) Seis (6) expertos con amplio reconocimiento académico y profesional en los sectores de la salud, economía de la salud, ciencias actuariales y/o seguridad social, elegidos por mayoría simple de sus miembros, de ternas propuestas por cada uno de los siguientes actores:
- e) Centros de investigación en salud (un representante).
- f) Centros de investigación en economía de la salud (un representante).
- g) Asociación Colombiana de Universidades (un representante).
- h) Prestadores de salud públicos y privados a través de sus respectivos gremios (un representante).
- i) EPS públicas y privadas a través de sus respectivos gremios (un representante).
- j) Asociaciones de Usuarios, pacientes o enfermedades de alto costo y/o enfermedades huérfanas y afiliados de las EPS (un representante).

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

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

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

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

1. Definir los servicios financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC – con criterios de inclusión de servicios y tecnologías a financiarse, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de entidades como el IETS, el Invima y la academia y el carácter de especial interés de patologías como las enfermedades huérfanas.
2. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de satisfacción de

usuarios, indicadores de salud y de uso eficiente de recursos, su evaluación y la definición de incentivos para los actores del sistema que acrediten un buen desempeño y su cumplimiento.

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

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

5. Formular estudios técnicos sobre temas asociados al SGSSS, incluyendo financiamiento, flujo de los recursos en el sistema, utilización de los servicios de salud, los cuales serán de consulta pública y sometidos a revisión académica.

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

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

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

Parágrafo 1. El acto administrativo mediante el cual se define la UPC vigente para cada año deberá contar con un certificado en su metodología por parte de dos universidades con amplia presencia nacional, definidas por el Comité de Expertos.

A su vez, dicha metodología y los datos, serán de acceso público y se contará con un canal virtual habilitado por la Secretaría Técnica del Comité, que permita consultar, realizar recomendaciones y sugerencias de manera continua por parte de agentes públicos y privados especializados en la materia. Se informará oficialmente acerca de la apertura de dicho canal a los actores a que se hace referencia en el presente inciso tales como organismos de control fiscal, instituciones de educación superior, órganos y comités autónomos entre otros; y al Congreso de la República, para realizar la revisión previa proyecto normativo de dicho acto administrativo, a partir de su primera versión.

Parágrafo 2. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público garantizará las apropiaciones y adiciones presupuestales, así como el giro oportuno, a que haya lugar para sufragar la UPC y Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro de la misma, que defina el Comité, las cuales deberán incluirse en el Presupuesto General de la Nación y ajustarse dentro del Marco Fiscal de

Mediano Plazo del año correspondiente, so pena de las sanciones de carácter disciplinario o penal, que interponga la autoridad competente por su incumplimiento.

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

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

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

- 1 Equidad: El valor de la UPC debe representar de manera efectiva la tasación de las condiciones objetivas del riesgo.
2. Suficiencia: La UPC debe cubrir la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como el costo de la atención en salud, los costos de afiliación, costos administrativos y mecanismos de fortalecimiento patrimonial para cumplir con los indicadores financieros.
3. Homogeneidad: Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo, seleccionados bajo criterios aleatoriedad e independencia.
4. Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significancia y cubra un periodo adecuado de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error. En patologías huérfanas se deben considerar tamaños de muestra que se proporcionales con su naturaleza.
5. Calidad: la información utilizada para la tasación de la UPC debe cumplir con criterios de calidad estadística que aseguren la representatividad para la población a asegurar.

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

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

- a) Actualización de precios (inflación), tendencias de demanda;

- b) Ajustes por siniestros incurridos, reportados y no reportados;
- c) Tasas de cambio;
- d) Tasas de interés;
- e) Los demás que sean necesarios.

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

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

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

Artículo 7. Esquema de datos abiertos para el SGSSS. Para promover la transparencia y adecuada toma de decisiones en el SGSSS, las entidades estatales implementarán medidas regulatorias y dispondrán de los recursos tecnológicos para que todos sus actores accedan a la información del Sistema en tiempo real, de acuerdo a sus competencias.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de las Tecnologías, información y Comunicaciones, fortalecerá la plataforma de inscripción en línea de facturación, y su interoperabilidad que permitirá identificar de manera clara cada una de las fuentes de los recursos de salud; y establecer los costos reales de la prestación del servicio de salud en las redes propias y de terceros, al nivel de cada paciente del sistema, de forma que se pueda rastrear el uso y correcta ejecución de los recursos del sistema. Este registro utilizará los principios de la facturación electrónica y permitirá identificar con precisión la base para definir la suficiencia de la UPC, los excesos de consumo y los valores de Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC.

Artículo 8. Operaciones mercantiles en el marco del SGSSS. Adiciónese un parágrafo al artículo 3 de la Ley 2024 de 2020, en el siguiente sentido: “Parágrafo 2º: En las operaciones mercantiles que se realicen en el marco del SGSSS, los proveedores y prestadores de servicios de salud deberán radicar las facturas de los servicios prestados en un plazo máximo de tres (3) meses siguientes a la fecha de la finalización de la prestación del servicio. La Superintendencia Nacional de Salud

deberá verificar el cumplimiento de esta disposición e imponer las sanciones por su incumplimiento.”

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

- a) Publicidad: El acto administrativo que define año a año el valor de la UPC y el que modifican los servicios de salud asumidos con cargo a la UPC, deberá ser conocido y comentado por la ciudadanía según lo establecido en los lineamientos de técnica normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social, en un término no inferior a 30 días calendario.
- b) Revisión periódica: El Comité de Expertos que define la UPC, se reunirá por lo menos dos (2) veces adicionales durante el año, en los meses de mayo y septiembre para revisar que la definición de la UPC y los Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC sean suficientes. Este comité podrá adoptar los reajustes correspondientes para el periodo restante siempre que se evidencien y prueben situaciones no previstas al inicio del año y que afecten de manera sustancial las variables de cálculo inicial, ajustado al Marco Fiscal de Mediano Plazo del sector salud.
- c) Veeduría y transparencia: Las Comisiones VII de la Cámara y del Senado convocarán en sesión conjunta a los actores del SGSSS y demás entidades pertinentes, durante el segundo semestre de cada año para analizar la situación financiera del sector salud, la suficiencia y dinámica de flujo de los recursos destinados al sistema, así como la calidad del servicio prestado. Del resultado de dichas sesiones elaborará recomendaciones oportunas a los actores, prestadores y al Gobierno Nacional para que adopten las medidas pertinentes.

Artículo 10. Mecanismo de cobertura y pago. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dispondrán un mecanismo de cobertura y pago, con recursos adicionales a la UPC y/o Presupuestos Máximos o tecnologías en salud no incluidas dentro la UPC, con cargo al Presupuesto General de la Nación, para asumir de manera excepcional el aumento en la siniestralidad, así como los mayores costos en salud de las enfermedades, huérfanas y otras tecnologías de alto valor.

Dicho mecanismo establecerá el tope máximo de siniestralidad, a partir del cual, las tecnologías y servicios en salud que lo excedan serán asumidos directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la modalidad de pago directo, velando por la sostenibilidad del SGSSS y el flujo de recursos a los diferentes actores.

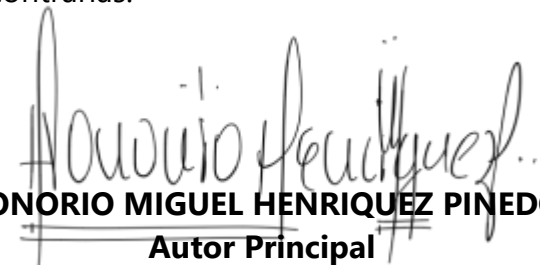
El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones de funcionamiento y administración de dicho mecanismo en los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

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

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

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

Atentamente,



HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO
Autor Principal



EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN
Representante a la Cámara Boyacá
Centro Democrático



Juan Fernando Caicedo Callejas
Senador de la República
Centro Democrático



JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Norte de Santander



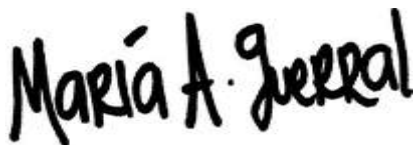
ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



HILDA GUTIERREZ
Miembro de la Cámara de Representantes
Por Cundinamarca



NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República



MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ
Senadora de la República



DARUIN CASTELLANOS ROMERO
Representante a la Cámara por el Meta
Partido Centro Democrático



Senador de la República
Enrique Cabrales

Senador(a) de la Republica



Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Objeto Del Proyecto

La presente Ley tiene como objeto establecer un mecanismo técnico y transparente para la definición, monitoreo y ajuste anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Este mecanismo está destinado a asegurar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) funcione de manera efectiva y eficiente, garantizando el derecho fundamental a la salud para todos los ciudadanos. Al basarse en criterios de equidad, suficiencia, homogeneidad, representatividad y calidad se busca que el sistema desarrolle estrategias para enfrentar potenciales desajustes inflacionarios, atienda las necesidades de la población al mismo tiempo que sea sostenible financieramente, de manera que se logre superar la crisis a la cual ha sido sometido en los últimos dos años.

Este proyecto de ley busca superar positivamente los retos financieros que enfrenta actualmente el sistema de salud, de manera que quedes superadas las principales dificultades económicas que afectan actualmente la capacidad del SGSSS para cumplir con sus objetivos, debido a la dirección que ha recibido en los últimos dos años. Se pretende proponer una solución a las deficiencias actuales en la definición de la UPC, identificando las áreas donde se requieren mejoras para asegurar que los recursos se distribuyan de manera equitativa y eficiente, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema de salud y a la continuidad en la prestación del servicio de salud en favor de los afiliados dentro del territorio nacional en términos de eficiencia y calidad.

2. Impacto de la Iniciativa

El Plan de Beneficios en Salud (PBS) ha experimentado un aumento significativo en su contenido y en los recursos destinados, lo que ha permitido una cobertura casi total de los procedimientos autorizados en el país. Inicialmente conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS), con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se transformó en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y con la resolución 2292 de 2021 se avanzó hacia un concepto de plan de beneficios integral.

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

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

Gasto en salud de Colombia en comparación con otros países

Colombia ha realizado un esfuerzo importante en los últimos años por aumentar su gasto en salud. En el año 2000 el gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) de Colombia fue de 5,64%, en el año 2010 fue de 7,31% y para el año 2020 fue de 8,71% (Banco Mundial, 2023). Entre los países analizados (Tabla 1) Colombia en materia de gasto público, supera a varios países de la región, particularmente Chile y Brasil, también si se compara con Uruguay, el indicador de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud se encuentra entre los más bajos de la región y del mundo.

Sin embargo, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) Colombia invierte menos en sanidad que el promedio de los países de la organización (OCDE, 2023). Es el país con menor gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto-PIB, entre los países analizados Tabla 1. Esto es relevante porque en Colombia el derecho a la salud es un derecho fundamental y cuenta con Plan de Beneficios en Salud que busca cubrir a la totalidad de la población.

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

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

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

Financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La salud en Colombia es un derecho fundamental, por tal razón, toda la población tiene derecho a acceder los servicios designados por el PBS, medicinas y tecnologías disponibles En este sentido, de

acuerdo con los datos reportados por el Ministerio de Salud en el 2022, el 99,12% de la población, cerca de 52 millones de colombianos, tiene derecho a estos servicios, los cuales son financiados por medio de los siguientes mecanismos:

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

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

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

Unidad de Pago por Capitación:

Para la vigencia 2024, la UPC para el régimen contributivo se fijó en \$1.446.086, mientras que para el régimen subsidiado dicho valor es de \$1.256.076. Lo anterior quiere decir que las EPS de ambos regímenes recibirán ANUALMENTE por parte del Estado colombiano estos valores por cada uno de sus afiliados.

Dichos valores supusieron un aumento de 12,01% en ambos regímenes frente al valor fijado para la

vigencia 2023, la cual fue significativamente menor al aumento asignado para la vigencia 2022:

Tabla 2. Valor UPC regímenes subsidiado y contributivo (2014-2023)

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

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

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

Insuficiencia De La Unidad De Pago Por Capitación - UPC

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

Las tres EPS con más población afiliada en el país (que representan alrededor del 44% de la población afiliada) han presentado pérdidas en los últimos dos años. La pérdida consolidada de todas las EPS

del Sistema en el 2022 fue de 2.1 billones de pesos, situación que empeoró en 2023, dejando pérdidas por 2.6 billones de pesos para este último año.

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

La solución a esta problemática, no es reformar el Sistema, es mejorarlo, superar las adversidades y obstáculos que se le han generado y hacia allí esta dirigido este proyecto de ley que propone la conformación de un Comité de Expertos como organismo asesor adscrito al Ministerio de Salud que brinde los conceptos debidamente motivados respecto de los cálculos que deben tenerse en cuenta al momento de calcular la UPC, y los Presupuestos Máximos con el respeto de las variables, metodologías y circunstancias que rodean la financiación del sistema desde estos instrumentos.

3. Impacto fiscal

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

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

Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y

la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático.

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

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

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

4. Conflicto de intereses

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

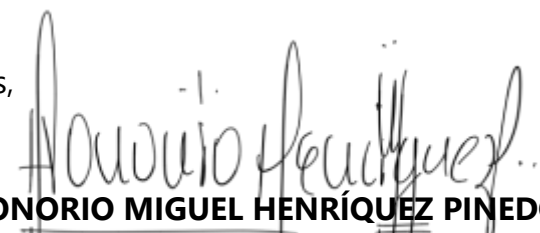
descripción de las posibles circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, siendo estos, criterios guías para que los congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento. Frente al presente proyecto,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

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

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

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

De los Honorables Congresistas,



HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO
Senador de la República



EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN
Representante a la Cámara Boyacá
Centro Democrático



Juan Fernando Caicedo Callejas
Senador de la República
Centro Democrático



JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Norte de Santander



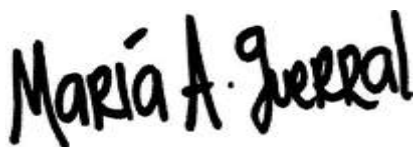
ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



HILDA GUTIERREZ
Miembro de la Cámara de Representantes
Por Cundinamarca



NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República



MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ
Senadora de la República



DARUIN CASTELLANOS ROMERO
Representante a la Cámara por el Meta
Partido Centro Democrático




Senador de la República
Enrique Cabrales

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República

Senador(a) de la República