



## CONSIDERACIONES DEL GRUPO ACUERDOS FUNDAMENTALES SOBRE EL PROYECTO DE LEY PARA OXIGENAR FINANCIERAMENTE EL SGSSS.

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

**Autores:** Senadora NORMA HURTADO SÁNCHEZ  
**Radicado en:** Senado de la República  
**Fecha:** 21 de Julio de 2026  
**Tipo de Proyecto:** Proyecto de ley ordinaria  
**Estado:** Sin radicar  
**Objetivo:** Adoptar medidas para mejorar la situación financiera y de flujo de recursos del SGSSS, para garantizar el derecho fundamental a la salud de la población.

### CONTENIDO

El Proyecto de Ley (P.L.) propone que los siguientes recursos se puedan usar así:

- Los excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado (RS), si no se necesitan para este, en:
  - a) Programas para sanear las ESE en los que se prioricen las deudas con el THS.
  - b) Cofinanciación del aporte a cargo de municipios y distritos para el RS.
  - c) Atención a población pobre no asegurada y migrante, servicios NO PBS prestados hasta el 31/12/19, y atención de urgencias a la población migrante no asegurada.
  - d) Pago de pasivos de las ESE, con pago de deudas de los entes territoriales (ET), priorizando las del THS.
  - e) Mejorar la red pública, si las inversiones están en el Plan Maestro de Inversiones.

***Según cifras del MSPS: - Con corte a 31 dic 2023 hay \$ 34.700, y Programado para ejecutar, con corte a 2024, \$105.884 millones.***

- Los excedentes de sanear aportes patronales financiados con el situado fiscal (SF) y con el Sistema General de Participaciones (SGP), en poder de EPS, entidades obligadas a compensar, fondos de pensiones y cesantías, ARL, ESE o ET, para pagar deudas de ESE con THS, y otros pasivos de la ET para garantizar su operación, o, si no hay esas deudas, para pagar servicios prestados a migrantes no afiliados y a población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda.

***Según concepto técnico del MSPS los recursos pendientes son:***

- ***\$18.900 millones de las vigencias 1994-2011, en poder de ET.***
- ***\$23.100 millones en poder de la ADRES, de las vigencias 1994-2011.***
- ***\$46.096 millones adicionales, del saneamiento de las vigencias 2012-2016.***



- Los excedentes de rentas cedidas y de juegos de suerte (período 2022-2026), generados como saldos de la Liquidación Mensual de Afiliados, para sanear fiscal y financieramente las ESE y pagar pasivos de ellas, y los recursos que en el lapso 2023-2026 que no se hayan estimado para cofinanciar el RS de esas vigencias, para sanear fiscal y financieramente las ESE y para pagar pasivos y excedentes de facturación por atención a población no afiliada al RS.

**Según concepto del MSPS, con corte a la vigencia actual, hay:**

- **\$128.001 millones de la ejecución acumulada de la vigencia 2023.**
- **\$106.832 millones en cabeza de ET, sin plan de ejecución para el año 2024.**
- Los saldos no destinados, a 31/12/19, de recursos de oferta del SGP, para pagar deudas por servicios de vigencias pasadas y urgencias de población migrante no afiliada a cargo de distritos y departamentos, y si no hay deudas, para sanear fiscal y financieramente las ESE.

**No reportado.**

- Los recursos de la estampilla de la Ley 669/2001, para pagar deudas por servicios y tecnologías NO PBS prestados al RS hasta el 31/12/19, o para sanear las ESE.

**No reportado.**

- Hasta un 40% de los recursos del Fondo de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), para que las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que aseguran o prestan servicios de salud o farmacéuticos, o tienen programas de salud en liquidación o liquidados con saldos insolutos:
  - a) Saneen pasivos por prestación de servicios, incluidos los laborales y con el THS, de los programas de aseguramiento, prestación o gestión farmacéutica.
  - b) Reconozcan y paguen cuentas que deban las EPS en las que la Caja es accionista, a IPS o gestores farmacéuticos que sean programas de la Caja, caso en que la EPS debe ejecutar esos recursos sin situación de fondos para sanear los pasivos.
  - c) Fortalezcan el capital de las IPS que son programa de la Caja o capitalicen las IPS en que la Caja es accionista.
  - d) Saneen pasivos, incluso de liquidación, de programas de aseguramiento liquidados o en liquidación de la Caja, en favor de los demás programas autosostenibles de la Caja.
  - e) Saneen pasivos por los servicios de los programas de aseguramiento de la Caja, que hayan sido objeto de escisión y que estén acumulados antes de perfeccionarla.
  - f) Paguen, a favor de ADRES, cuenta de alto costo, usuarios -por prestaciones económicas-. otros, créditos excluidos de la masa, reconocidos en liquidación o escisión del programa de aseguramiento de la Caja.
  - g) Paguen gastos de administración por liquidación o escisión del programa de aseguramiento de la Caja.
  - h) Fortalezcan patrimonialmente las EPS que funcionen como programa de la Caja.



- Los saldos no ejecutados del FOSFEC, acumulados a 31/12/24, y los no ejecutados en cada año, para que las CCF los usen en la vigencia anual siguiente a la cual se producen los saldos (modificación temporal por cinco -5- años).

**Saldo FOSFEC y destinación del 40% del Artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 proyectados para los años 2025-2029: \$ 2'287.217 millones.**

***A esas cifras se deben agregar las previstas por el Gobierno para líneas de crédito con tasa compensada u otros mecanismos, y los saldos de recursos asignados en vigencias pasadas, no ejecutados (\$100.000 millones en ADRES; \$400.000 millones en Findeter, y \$2.000 millones no ejecutados): \$502.000 millones.***

***TOTAL DE LOS RECURSOS CONTEMPLADOS EN ESTE P.L.: \$ 3'252.730 MILLONES, a los que se deben agregar algunos cuyo monto no está reportado.***

Además, el P.L. propone:

- Que la subcuenta de Garantías de ADRES asigne recursos que el MSPS le transfiera, para:
  - a) Comprar cartera, reconocida no pagada, a IPS, priorizando ESE e IPS cuyos ingresos, en más del 70%, sean por atención a usuarios del SGSSS, dinero que se descontará a la EPS de la UPC, cuyo monto unitario o acumulado no excederá el 3% de la UPC anualizada.
  - b) Otorgar garantías para créditos con la banca comercial y la de segundo piso.
  - c) Que los créditos de la banca de segundo piso se hagan directamente, y que la tasa se compense con dinero de ADRES o del Presupuesto General de la Nación (PGN) de vigencias pasadas, o con otros recursos del PGN.
  - d) Estructurar líneas de crédito blando, con tasas compensadas, de la banca de segundo piso, y que el pago se descuente de los recursos que reconozca ADRES a ESE e IPS.
- Que los recursos del esfuerzo propio de las ET para cofinanciar el RS no disminuyan, salvo que acrediten ante el MHCP y MSPS insuficiencia de recursos provenientes de sus rentas.
- Que pagar la UPC de los afiliados al RS sea prioridad sobre cualquier gasto en salud del ET.
- Que el Gobierno defina un procedimiento fácil para generar proyectos para sanear fiscal y financieramente las ESE, cuyo principal soporte sean las cuentas por pagar y los pasivos a THS o a proveedores de la ESE o ET por la atención de la población no afiliada al RS.
- Que los pagadores y la ADRES auditen cuentas pendientes y certifiquen trimestralmente las deudas, para que sean garantía para generar liquidez por parte de la banca, la ADRES u otros mecanismos.
- Que los recursos de patrimonios autónomos de remanentes de la liquidación de entidades del sector se usen en pasivos reconocidos, pero no pagados, por servicios de IPS a EPS liquidadas.
- Que las aseguradoras SOAT destinen el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre previo, para pagar gastos de atención a víctimas de vehículos amparados con tarifa diferencial cuya cuantía



exceda las 263.13 UVT, y hasta la cobertura que defina el Gobierno. Los servicios a las víctimas por vehículo fantasma o sin SOAT los asume la respectiva EAPB, así como los que excedan la cobertura. La aseguradora certificará el agotamiento de la cobertura con celeridad, oportunidad y calidad, para que no se interrumpa el tratamiento al agotarse la cobertura.

- Que el giro directo para pagar servicios de salud desde la ADRES se haga sobre el 90% de la UPC, según la certificación de la deuda emitida por la EPS. Al giro directo se someten los recursos de Presupuestos Máximos (PM), los que reconozca la ADRES a las EPS, y los de los reajustes de la UPC.

## ANÁLISIS Y OBSERVACIONES

1. Pese a que más del 60% de los \$3,25 billones que se destinarían a aminorar la crisis financiera del Sistema de Salud estarían disponibles a lo largo de los próximos cinco años, esos recursos constituirían, sin duda, un alivio para las finanzas de las entidades del sector, especialmente si a ellos se agregan, completamente -porque las dos iniciativas podrían coincidir en algunas de las fuentes que han contemplado-, los \$10 billones de que habló el gobierno que empieza. Si se sumaran esos recursos, el monto -probablemente, porque la cifra global es incierta- estaría cercano al 45% del déficit acumulado, si se considera que éste puede ser del orden de \$30 billones (aunque según el informe más reciente de la Contraloría General de la República, el Sistema cerró 2025 con una deuda de \$58 billones).
2. Además, si las líneas de crédito blando a las que se refiere el P.L. se hicieran efectivas, las IPS podrían mejorar notablemente su situación financiera y, con ello, sería factible pagar parte de las deudas con el THS (que debe ser una muy clara prioridad) y con proveedores, y recuperar varias de las competencias del Sistema de Salud.
3. Disponer de recursos nuevos es, obviamente, positivo para la operación del SGSSS, tanto en lo relativo a la posibilidad de que miles de IPS, públicas y privadas, paguen buena parte de sus deudas con el THS y con los proveedores, como en lo atinente a solucionar las necesidades de salud de miles de pacientes con patologías crónicas, huérfanas, raras, degenerativas, graves o incapacitantes.
4. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que, por su propia naturaleza, el P.L. es coyuntural, o sea, apunta, por decirlo así, a “tapar una parte del hueco que hay en el Sistema”, y, consecuentemente, no tiene una proyección más estructural. Además, el citado P.L. establece prioridades para la disposición de una parte, relativamente menor, de los recursos, por lo que sería aconsejable que se exploren mecanismos para darle más peso, en la destinación de los dineros, al pago de las deudas con el THS por la vía del apalancamiento financiero de las ESE y de las IPS que, primordialmente, proveen servicios a los afiliados al SGSSS. Al respecto, es necesario hacer énfasis en el hecho de que el THS representa, precisamente, el factor básico de la atención en salud y que, en la medida en que no se le garantice condiciones laborales dignas, no es posible que se recuperen muchas fortalezas que el Sistema demostró tener.



5. Por lo expuesto en varios de los apartes de este análisis, preocupa que los \$3,25 billones sean usados en forma ineficiente o, peor aún, que se pierdan vía corrupción -en el Sistema de Salud hay, lastimosamente, nutrida evidencia que muestra que las dos cosas son factibles-, si, a la par, no se diseñan y establecen sólidos mecanismos para garantizar el uso transparente y eficiente de esos y de todos los dineros de que se disponga para solucionar las necesidades de salud de la población, y a hacer un serio y eficaz control de la gestión de quienes los manejen, medidas fundamentales para evitar la fuga y el desperdicio de tales recursos. En efecto, si se trata de pagar deudas es imprescindible que ellas estén debidamente verificadas por una auditoría de la calidad de la atención en salud -que incluye la auditoría de las cuentas médicas- independiente y de alta calidad, que garantice la ausencia de pagos por atenciones fraudulentas, o por conductas o comportamientos clínicos ajenos a la *lex artis* o a los principios de la gobernanza clínica. Y si el reto es proveer los servicios pendientes, que ellos garanticen que las soluciones que se ofrezcan a los pacientes sean integrales, y los ciclos de atención, completos.
6. En el sentido señalado, es sustancial que una parte de los dineros se usen, entre otras cosas, para:
  - a. Apoyar la articulación de redes integradas e integrales de salud.
  - b. Impulsar que las EPS establezcan, con las IPS y con las redes, contratos de prestación de servicios cuya remuneración esté ligada a resultados o a otras modalidades que agreguen valor.
  - c. Estimular los mecanismos que posibiliten implantar, con la activa participación de las sociedades científicas y gremiales, los principios y las prácticas de la gobernanza clínica, entendida, según lo plantea el Colegio Médico Colombiano, como *“el marco mediante el cual los profesionales de la salud ejercen liderazgo técnico, científico, ético y humanista sobre los procesos asistenciales, orientado las decisiones clínicas y el uso racional de los recursos conforme a la evidencia científica, la lex artis, los principios bioéticos y la seguridad del paciente, con el fin de generar valor en salud, garantizar la calidad de la atención y contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema”*. Es decir, que el proceder clínico esté determinado por los principios de una fundamentada ética social en el ejercicio de la profesión.
  - d. Revisar y ajustar la forma como se lleva a cabo la auditoría en salud por parte de EPS y de IPS pues, en gran medida, hoy ella está condicionada a la transacción de intereses comerciales -o de otro tipo, incluso, políticos- entre las entidades mencionadas, en detrimento de su verdadero rol: auditoría, independiente, de la calidad de la atención en salud, en sus tres componentes: de la atención clínica, de la atención administrativa y del costo o de las cuentas médicas, módulo, este último, que apunta a saber si dichas cuentas se ajustan a la verdad del servicio y si este estuvo acorde a la necesidad del paciente.
  - e. Establecer mecanismos plenamente aptos para medir, en el Sistema, el costo-efectividad (desenlaces, sostenibilidad, experiencia del paciente) de la contratación de los servicios de salud con cada IPS y con cada red, así como de la debida gestión y la eficacia de la auditoría de la calidad de la atención en salud, y la correcta ejecución de las acciones de inspección, vigilancia y control.
  - f. Generar, con esos dineros y con los que ingresen al Sistema de Salud, guías de transformación de la realidad que lleven a la definición e implantación de estándares que garanticen el manejo transparente y eficiente de los recursos.



**Acuerdos Fundamentales** manifiesta su apoyo a todas las medidas que se tomen con el propósito de ayudar a resolver la crisis financiera del Sistema de Salud, incluidas las que conforman este P.L. que, en buena hora, se presenta a consideración del Congreso de la República para la oxigenación financiera del Sistema de Salud, no sin antes solicitar, en forma respetuosa, que ellas se acompañen de otras medidas que propendan el adecuado uso de los recursos que se destinen para esta relevante finalidad.

### **GRUPO DE ACUERDOS FUNDAMENTALES**

**Asociación Colombiana de Sociedades Científicas -ACSC-**. Jaime González Díaz, presidente.

**Asociación de Profesiones de la Salud -ASSOSALUD-**. Mauricio Echeverri Díez, presidente.

**Colegio Médico Colombiano -CMC-**. Stevenson Marulanda Plata, presidente.

**Academia de Medicina de Medellín**. John Jairo Bohorquez Carrillo, presidente.

**Academia de Medicina del Valle del Cauca**. Pedro José Villamizar Beltrán, presidente.

**Federación Odontológica Colombiana -FOC-**. María Fernanda Atuesta Mondragón, presidente.

**Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliarias -ACISD-**. Sonia Lucía Arias Hoyos, presidente.

**Asociación de Epidemiología de Colombia -ASOCEPIC-**. Silvana Zapata Bedoya, presidente.

**Asociación de Egresados de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle -AMEUV-**. Álvaro Enrique Bustos Mejía, presidente.

**Asociación Gremial y Sindical de Cirujanos de Ortopedia y Traumatología -SINTRAUMA-**, Roberto Díaz González, presidente.

**Asociación Médica Sindical, ASMEDAS Cundinamarca**. Jaime Cuervo Saavedra, secretario general.

**Colegio Médico Colombiano, Seccional Valle del Cauca**. Dora Patricia Bernal Ocampo, representante.

**Colegio Médico de Antioquia**. Julieta Henao Bonilla, presidente.

**Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá -CMCB-**. Clemencia Mayorga Ramírez, presidente.

**Colegio Médico de Santander**. Fabio Bolívar Grimaldos, presidente.

**Colegio Médico del Cauca**. Martha Sofía Bedoya, presidente.

**Federación Colombiana de Sindicatos Médicos -FECOLMED-** Luis Alberto Tafur Calderón, asesor de presidencia

**Federación de Sindicatos de Anestesiología -FSA-**. Luis Mauricio García Borrero, presidente.

**Federación Nacional de Prestadores de Servicios de Salud -FENALSALUD-**. Joaquín Enrique Villamizar Zúñiga, presidente.



**Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación -SCARE-**. Fredy Ariza  
Cadena, presidente.

**Unión Gremial de Dermatólogos de Colombia -UNIDERMA-**. Arturo César Argote,  
presidente.

**Unión Gremial de Ginecólogos y Obstetras de Colombia** – Jorgenrique Enciso  
Sánchez, presidente.

**Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia** – César  
Moreno Romero, presidente.