

Bogotá, D.C., Septiembre de 2026

Secretario

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

Honorable Cámara de Representantes

Congreso de la República

Asunto: Presentación del Proyecto de Ley *“Por medio de la cual se establece la vigilancia de los afiliados y el control de la enfermedad en el sistema general de seguridad social en salud, se fortalecen las funciones de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud y se dictan otras disposiciones. - Ley Kevin Acosta”*.

En ejercicio de la facultad conferida por el numeral 1º del artículo 140 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar a consideración del Congreso de la República el Proyecto de Ley *“Por medio de la cual se establece la vigilancia de los afiliados y el control de la enfermedad en el sistema general de seguridad social en salud, se fortalecen las funciones de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud y se dictan otras disposiciones. - Ley Kevin Acosta”*, con el propósito de que se surta el correspondiente trámite legislativo, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Cordialmente,

YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA

Representante de la Cámara por Boyacá

Congreso de la República

Partido Alianza Verde

CONTENIDO

1. ARTICULADO
2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS
 - 2.1. Presentación y síntesis del proyecto
 - 2.2. Contenido del proyecto
 - 2.3. Justificación
 - 2.4. Marco Jurídico sobre la materia a legislar
 - 2.4.1. Marco Constitucional
 - 2.4.2. Marco Legal
3. Conflictos de intereses – Artículo 291 de la Ley 5 de 1992
4. Análisis de impacto fiscal de las normas - Ley 819 de 2003
5. Fuentes consultadas (Bibliografía, Webgrafía)

1. ARTICULADO

PROYECTO DE LEY __ DE 2026

POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA VIGILANCIA DE LOS AFILIADOS Y EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SE FORTALECEN LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. - LEY KEVIN ACOSTA

ARTÍCULO 1º. OBJETO. La presente ley tiene por objeto fortalecer la gestión integral del riesgo en salud como elemento prioritario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el establecimiento de la vigilancia en salud de la totalidad de los afiliados y el control de la enfermedad, por parte de las Entidades Promotoras de Salud -EPS respecto de aquellos que resulten diagnosticados, en desarrollo del aseguramiento integral que éstas asumen en virtud de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con el fin de garantizar la atención oportuna de la enfermedad, prevenir o reducir su progresión cuando sea aplicable, evitar complicaciones prevenibles y disminuir la ocurrencia de eventos de alto costo evitables, contribuyendo a la protección de la salud de los afiliados y a la sostenibilidad financiera del sistema.

ARTÍCULO 2º. DEFINICIONES. Para la interpretación de la presente ley, téngase en cuenta las siguientes definiciones:

1. **GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.** Corresponde a las actividades destinadas a impactar los modos, condiciones y estilos de vida, de tal manera que se anticipe a la materialización de riesgos en salud para que estos no se presenten o para que se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.
2. **VIGILANCIA DE LOS AFILIADOS.** Corresponde a las acciones de identificación temprana de riesgos y seguimiento del estado de salud, que las Entidades Promotoras de Salud – EPS deben realizar sobre la totalidad de sus afiliados, en desarrollo del aseguramiento integral que asumen frente a sus usuarios.
3. **CONTROL DE LA ENFERMEDAD.** Corresponde a las acciones de seguimiento y control continuo que realizan las Entidades Promotoras de Salud (EPS) sobre la totalidad de sus afiliados diagnosticados con una enfermedad. Estas acciones tienen como finalidad garantizar su atención oportuna, prevenir o reducir su progresión cuando sea aplicable, y evitar complicaciones prevenibles.

ARTÍCULO 3º. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

ARTÍCULO 2º. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia de los afiliados y control de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

- 2.1 Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.
- 2.2 Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.
- 2.3 Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.
- 2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.
- 2.5 Acceso efectivo a los servicios de salud.

Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores. Cuando esta evaluación muestre que los resultados en salud deficientes, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán y determinarán las medidas a seguir.

PARÁGRAFO 1º. Los indicadores a que se refiere el presente artículo deberán incluir, como mínimo, la cobertura y periodicidad de las acciones de vigilancia realizadas por

las Entidades Promotoras de Salud -EPS sobre la totalidad de su población afiliada, así como de los resultados de control de la enfermedad respecto de los afiliados diagnosticados, medidos especialmente en términos de reducción de complicaciones evitables y de disminución en la incidencia de eventos de alto costo.

ARTÍCULO 4º. SISTEMA DE EVALUACIÓN. Modifíquese el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

ARTÍCULO 111. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1o) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo en salud, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

Deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales.

Se definirán igualmente indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario.

El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.

Respecto a la gestión del riesgo en salud, este sistema deberá incluir indicadores que permitan evaluar las acciones adelantadas por las Entidades Promotoras de Salud – EPS, respecto de la vigilancia de sus afiliados y el control de la enfermedad de quienes resulten diagnosticados, con el fin de reducir las complicaciones evitables y disminuir la incidencia de eventos de alto costo.

Los resultados de este sistema de evaluación y calificación se publicarán de manera desagregada por cada Entidad Promotora de Salud, Institución Prestadora de Salud y dirección territorial de salud, y se conservará el histórico de reportes anuales para efectos de seguimiento a su evolución en el tiempo.

ARTÍCULO 5°. INCENTIVOS EN SALUD. Modifíquese el artículo 184 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

ARTÍCULO 184. DE LOS INCENTIVOS PARA UN MEJOR SERVICIO. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

Los sistemas de incentivos a la oferta a los que se refiere el presente artículo deberán promover la vigilancia de los afiliados y el control de la enfermedad por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, respecto de quienes resulten diagnosticados, mediante el cumplimiento de los indicadores de cuidado continuo que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 6°. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - EPS. Adiciónese un numeral 8 al artículo 178 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

8. Ejercer de manera continua la gestión del riesgo en salud mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la vigilancia de la totalidad de la población afiliada a su cargo, y el control de la enfermedad de los afiliados diagnosticados, mediante el cumplimiento de los indicadores de cuidado continuo que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, cuya verificación y fiscalización corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de prevenir las complicaciones evitables.

ARTÍCULO 7°. INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS. Modifíquese el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

ARTÍCULO 130. INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

1. Infringir la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud.
3. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.
4. Impedir u obstaculizar la atención de urgencias.
5. Incumplir las normas de afiliación o dificultar dicho proceso.
6. Incumplir con los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en especial, con la negociación de los medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
7. Impedir o atentar contra la selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y, en general, por cualquier persona natural o jurídica.
8. La violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
9. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro o pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
10. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o suministrando información falsa.
11. No reportar información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y aquella que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias.
12. Obstruir las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud por renuencia en el suministro de información, impedir o no autorizar el acceso a sus archivos e instalaciones.
13. El no reconocimiento, el reconocimiento inoportuno, el pago inoportuno o el no pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
14. Incumplir los compromisos obligatorios de pago y/o depuración de cartera producto de las mesas de saneamiento de cartera, acuerdos conciliatorios y/o cualquier otro acuerdo suscrito entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del

Contributivo o entre estas y cualquier otra entidad de los regímenes especiales o de excepción.

15. No brindar un diagnóstico oportuno, entendido como el deber que tienen las entidades responsables de prestar servicios de salud en aras de determinar el estado de salud de sus usuarios, de manera que se impida o entorpezca el tratamiento oportuno.

16. Aplicar descuentos directos, sobre los pagos a realizar a los prestadores de servicios de salud sin previa conciliación con estos, en los eventos en que las entidades responsables de pago efectúen reintegros de recursos a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). En todo caso, se respetarán los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades, en relación con los pagos y sus descuentos.

17. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

18. Incumplir los planes de mejoramiento suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

19. Incumplir con las normas que regulan el flujo de recursos y el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

20. Incumplir los términos y condiciones del trámite de glosas a las facturas por servicios de salud, impedir la radicación de las facturas e imponer causales de glosas y devoluciones injustificadas o inexistentes.

21. Incurrir en las conductas establecidas en el artículo 133 de la Ley 1438 de 2011.

22. Incumplimiento grave y/o reiterado de la obligación de vigilancia de los afiliados y control de la enfermedad, por parte de las Empresas Promotoras de Salud - EPS.

PARÁGRAFO 1o. En los casos en los que, como resultado de las investigaciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de Salud, se compruebe que cualquier sujeto vigilado ha cometido una o más infracciones previstas en el presente artículo, por una razón atribuible a cualquier otra entidad sujeta a la vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, este iniciará y/o vinculará a dicho sujeto al proceso administrativo sancionatorio.

PARÁGRAFO 2o. En el proceso sancionatorio de la Superintendencia Nacional de Salud se atenderán los criterios eximentes de responsabilidad regulados por la ley respecto de cada una de las conductas señaladas en el presente artículo cuando haya lugar a ello.

PARÁGRAFO 3o. La Superintendencia Nacional de Salud no es competente para adelantar investigaciones administrativas respecto de la praxis en los servicios de salud.

PARÁGRAFO 4o. Para efectos de la causal prevista en el numeral 22 del presente artículo, se entenderá que el incumplimiento es:

a) Reiterado, cuando la Entidad Promotora de Salud -EPS incurra en cinco (5) o más incumplimientos verificados de la obligación de vigilancia de los afiliados y/o de control de la enfermedad, dentro de un período de doce (12) meses, respecto del mismo afiliado o de afiliados distintos.

b) Grave, cuando concurra al menos una de las siguientes circunstancias:

1. La omisión de vigilancia de afiliados o de control de la enfermedad haya contribuido a la ocurrencia de un evento de alto costo evitable, o a la falta de atención oportuna de una enfermedad,, de acuerdo a la reglamentación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. La EPS no reporte, de manera total, los indicadores de vigilancia de sus afiliados y de control de la enfermedad establecidos para el seguimiento de sus afiliados.
3. La EPS persista en el incumplimiento después de haber sido objeto de un requerimiento previo de la Superintendencia Nacional de Salud sobre la misma obligación.
4. La EPS registre, durante tres (3) periodos de reporte consecutivos, un deterioro sostenido en los indicadores de resultados en salud definidos en el artículo 111 de la presente ley, sin que medie justificación técnica aceptada por la Superintendencia Nacional de Salud ni la adopción de un plan de mejoramiento.

ARTÍCULO 8°. SEGUIMIENTO A LA POBLACIÓN AFILIADA. En cumplimiento de la obligación de vigilancia de los afiliados y control de la enfermedad establecida en la presente ley, las Entidades Promotoras de Salud – EPS deberán disponer o contratar el talento humano en salud necesario para realizar dicho seguimiento respecto de sus afiliados, priorizando a la población de mayor riesgo. Para ello podrán realizar visitas domiciliarias, valerse de la telemedicina y de la contratación de especialistas itinerantes de que trata el artículo 11 de la presente ley.

ARTÍCULO 9°. CORRESPONSABILIDAD Y DEBERES DEL PACIENTE. En desarrollo del principio de corresponsabilidad consagrado en el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, los

afiliados diagnosticados con cualquier enfermedad deberán propender por: (i) atender y facilitar las visitas domiciliarias programadas por la Entidad Promotora de Salud – EPS o su red de prestadores para la vigilancia y el control de la enfermedad, previa concertación de la fecha y hora de la visita; y (ii) cumplir, en el marco de su autonomía y posibilidades, con las indicaciones médicas, los tratamientos prescritos y la asistencia a los controles clínicos de seguimiento.

PARÁGRAFO 1º. El incumplimiento de estos deberes en ningún caso podrá ser invocado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para negar, suspender, restringir o dilatar el acceso oportuno a las tecnologías, medicamentos y servicios de salud requeridos por el afiliado.

ARTÍCULO 10º. PROTOCOLO DE REVINCULACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA. Cuando un afiliado o persona diagnosticada con cualquier enfermedad (i) no asista a las citas de control programadas, (ii) no atienda las visitas domiciliarias de vigilancia y control de la progresión de la enfermedad, o (iii) incumpla de manera reiterada las recomendaciones médicas relacionadas con la adherencia al tratamiento, sin causa justificada, la Entidad Promotora de Salud – EPS deberá activar un Protocolo de Revinculación y Educación Sanitaria, dejando constancia documental de su activación y ejecución para efectos del seguimiento que corresponda a la Superintendencia Nacional de Salud. Este protocolo consistirá en acciones pedagógicas sobre el autocuidado, la gestión del riesgo y el uso racional del sistema, las cuales podrán desarrollarse de manera presencial, virtual o domiciliaria según las condiciones del afiliado y del territorio. Cuando el afiliado sea menor de edad, el protocolo se dirigirá a su representante legal o cuidador, sin que se prohíban acciones pedagógicas que puedan adelantarse directamente con el menor de acuerdo con su edad y grado de madurez.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones, lineamientos y el alcance de estas acciones pedagógicas, garantizando en todo momento el derecho a la salud del afiliado, sin perjuicio de lo dispuesto en el parágrafo 1º del artículo 9º de la presente ley.

ARTÍCULO 11º. FINANCIACIÓN Y ASOCIATIVIDAD TERRITORIAL PARA EL ACCESO A ESPECIALIDADES MÉDICAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Con el fin de fortalecer el control de la enfermedad desde el primer nivel de atención, las entidades territoriales podrán asociarse entre sí, en los términos de la Ley 1454 de 2011, atendiendo a criterios de vecindad, proximidad geográfica o continuidad territorial, con el objeto de organizar y contratar de manera conjunta la disponibilidad de especialistas itinerantes necesarios para

el control de la enfermedad. Los hospitales públicos y privados de baja complejidad ubicados en la jurisdicción de las entidades territoriales asociadas deberán integrarse a la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS) que se conforme para tal efecto, de acuerdo con los umbrales epidemiológicos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El costo financiero derivado de la contratación y disponibilidad de estos especialistas será asumido en su totalidad de forma obligatoria por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con cargo a los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), quedando expresamente prohibido trasladar dicho costo operativo o financiero a los presupuestos institucionales de los hospitales de primer nivel.

PARÁGRAFO 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley, los umbrales epidemiológicos y el número mínimo de pacientes por entidad territorial, provincia o subregión que harán obligatoria la asociación territorial y la consecuente integración de los hospitales de baja complejidad a la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS) de que trata el presente artículo.

PARÁGRAFO 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social regulará y fijará anualmente el piso tarifario y los montos mínimos de contratación y pago que las EPS deberán transferir a los hospitales o a las RIISS conformadas, diferenciando los costos asociados a la disponibilidad, las jornadas completas o parciales, y el componente de movilidad y viáticos de los especialistas itinerantes.

El incumplimiento por parte de las EPS en el pago de estos montos mínimos o de las jornadas pactadas dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la radicación de la factura facultará al hospital o a la RIISS para solicitar directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) la aplicación del mecanismo de giro directo automatizado. La ADRES retendrá y girará dichos recursos de forma inmediata con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de la EPS deudora, informando posteriormente a la Superintendencia Nacional de Salud para el inicio de las acciones sancionatorias a que haya lugar.

ARTÍCULO 12º. TERRITORIALIZACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud – EPS tendrán la obligación de contratar, directamente o a través de la conformación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS, al menos una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS habilitada

para la prestación del servicio o especialidad médica requerida, dentro del área de influencia territorial del afiliado, cuando concurren los siguientes factores:

- a) Que el número de afiliados diagnosticados que requieran el servicio dentro del área de influencia territorial sea igual o superior al umbral epidemiológico que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para el respectivo servicio o especialidad;
- b) Que las patologías y el perfil epidemiológico de dichos afiliados demanden atención recurrente o continua del servicio, de forma que su prestación en un municipio distinto resulte desproporcionada frente a la frecuencia requerida.
- c) Que la distancia o el tiempo de desplazamiento hacia el prestador más cercano disponible en la red de la EPS supere los máximos razonables que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las EPS no podrán autorizar, remitir o direccionar a un afiliado hacia un prestador ubicado fuera de su área de influencia territorial para el servicio o especialidad respecto del cual se configure la obligación de contratación de que trata el presente artículo, salvo que se presente alguna de las siguientes excepciones:

- a) Que el afiliado, de manera informada y voluntaria, ejerza su derecho a la libre elección de prestador consagrado en el literal h) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015.
- b) Que el servicio requerido no se encuentre disponible en el área de influencia territorial del afiliado.

PARÁGRAFO 1°. Para efectos del presente artículo, se entiende por área de influencia territorial el conjunto de municipios cuya población, por razones de proximidad geográfica, vías de acceso y tiempos de desplazamiento, accede habitualmente a una misma red de prestadores, con independencia de que dichos municipios pertenezcan a uno o más departamentos.

PARÁGRAFO 2°. Lo dispuesto en el presente artículo en ningún caso podrá interpretarse como una restricción al acceso oportuno a los servicios de salud que el afiliado requiera.

PARÁGRAFO 3°. El incumplimiento de la obligación de contratación territorial por parte de las EPS será fiscalizado por la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 4°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las áreas de influencia territorial, los umbrales, distancias y tiempos de desplazamiento a que se refiere el presente artículo.

ARTÍCULO 13°. VIGILANCIA DE FACTORES EXTERNOS Y ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL EN SALUD COMUNITARIA. En desarrollo de la vigilancia de los afiliados de que trata la presente ley, las Entidades Promotoras de Salud – EPS deberán identificar, a partir de la caracterización individual de sus afiliados, los factores: familiares, sociales, ambientales, económicos, del entorno y las demás que puedan estar incidiendo en el estado de salud de sus afiliados.

Cuando de dicha identificación resulten factores de riesgo cuya atención exceda el ámbito de competencia del sector salud, la EPS deberá reportarlos a la entidad territorial de salud correspondiente y, cuando sea procedente, a las demás entidades competentes en la materia, para que estas adopten las medidas a que haya lugar en el marco de sus funciones, sin que dicho reporte genere responsabilidad para la EPS respecto de la solución de tales factores, en consonancia con el deber general del Estado consagrado en el artículo 9° de la Ley 1751 de 2015.

PARÁGRAFO°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el mecanismo, la periodicidad y el formato mediante el cual las EPS reportarán a las entidades territoriales de salud la información de que trata el presente artículo, así como los criterios de priorización aplicables según el nivel de riesgo identificado.

ARTÍCULO 14°. FACULTAD REGLAMENTARIA. El Gobierno Nacional reglamentará las demás materias necesarias para la adecuada implementación de la presente ley, dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación, sin perjuicio de los plazos y condiciones específicos previstos en los artículos precedentes.

ARTÍCULO 15°. VIGENCIA. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones contrarias.

YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA

Representante a la Cámara por Boyacá
Congreso de la República
Partido Alianza Verde

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

2.1. Presentación y síntesis del proyecto

El presente proyecto de ley surge de la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo en salud mediante la vigilancia continua de la totalidad de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como el control de la enfermedad de quienes resulten diagnosticados, con el propósito de garantizar su atención oportuna, prevenir la progresión de las enfermedades cuando sea aplicable, y evitar complicaciones evitables que impactan tanto la salud de los afiliados como la sostenibilidad financiera del sistema.

La iniciativa parte de una premisa central: el Sistema General de Seguridad Social en Salud opera bajo un modelo de aseguramiento, en virtud del cual las Entidades Promotoras de Salud (EPS) reciben una Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada persona afiliada, con independencia de que esta requiera o no atención en un momento determinado. De esta lógica de aseguramiento se deriva que la responsabilidad de la EPS frente a sus afiliados no puede limitarse a la atención reactiva de quien acude enfermo, sino que debe extenderse a la vigilancia activa y permanente de la totalidad de su población afiliada, en desarrollo del riesgo que la EPS efectivamente administra a cambio de dicho pago.

Bajo esa premisa, el proyecto busca que la vigilancia de los afiliados y el control de la enfermedad se establezcan no solo como responsabilidades expresas de las EPS, sino que se incorporen además mecanismos de seguimiento, evaluación e indicadores de resultados que permitan verificar objetivamente su cumplimiento. De esta manera, se pretende avanzar de un modelo centrado principalmente en la atención de la enfermedad ya manifestada hacia uno que priorice su identificación y seguimiento oportuno, la prevención de complicaciones evitables y la protección efectiva de la salud de los afiliados.

Asimismo, el proyecto fortalece las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, al establecer consecuencias frente al incumplimiento grave o reiterado de estas obligaciones, con criterios objetivos y verificables que garanticen el respeto al debido proceso de las entidades vigiladas. Con ello, se busca contribuir a mejores resultados en salud, reducir la ocurrencia de eventos de alto costo evitables y favorecer la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Esta iniciativa cobra especial relevancia frente a la actual situación financiera del sistema de salud, caracterizada por una presión creciente sobre sus recursos y por un modelo de atención que responde predominantemente a la enfermedad ya manifestada, antes que a su prevención y seguimiento temprano. En ese contexto, y bajo el entendido de que el Sistema opera bajo una lógica de aseguramiento, el proyecto busca que las EPS ejerzan efectivamente su función aseguradora frente a cada uno de sus afiliados (no solo cuando estos acuden por causa de enfermedad, sino de manera activa y preventiva), de forma que

el sistema en su conjunto transite hacia un modelo más sostenible y menos dependiente de la atención de eventos ya materializados.

Este proyecto, además, honra la memoria de Kevin Acosta, un niño diagnosticado con hemofilia, en cuyo nombre esta iniciativa legislativa se denomina de manera abreviada "Ley Kevin Acosta". Kevin requería un tratamiento específico para su condición de salud, el cual fue suspendido por la IPS que lo atendía, en razón a que la EPS (que recibía mensualmente el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en virtud de su afiliación) no había girado los recursos necesarios para garantizar dicho tratamiento.¹ Aunado a lo anterior, Kevin sufrió un accidente en su bicicleta, por lo que su madre acudió al hospital solicitando su traslado a la capital; sin embargo, dicho traslado no se produjo sino hasta el día siguiente, cuando Kevin ya llevaba 24 horas sangrando por el oído y por la nariz, y lamentablemente falleció.² La Procuraduría General de la Nación concluyó además que la muerte de Kevin fue consecuencia de la negligencia de su Entidad Promotora de Salud, al no garantizarle la entrega oportuna del medicamento que su condición requería, causándole una "situación clínica crítica". Su historia ilustra, de manera dolorosamente concreta, la ausencia de la vigilancia continua y del control efectivo de la enfermedad que este proyecto busca instituir como obligación de las EPS: de haber existido un seguimiento permanente y oportuno de su condición, en desarrollo de la Gestión del Riesgo en Salud que corresponde a toda EPS frente a sus afiliados diagnosticados, es razonable considerar que el desenlace de su enfermedad habría podido ser distinto. En homenaje a su memoria, y para que su historia no se repita en la de ningún otro afiliado del sistema, este proyecto lleva su nombre.

2.2. Contenido del proyecto

El Proyecto de Ley consta de 15 artículos que se desarrollan de la siguiente manera:

- Artículo 1°. *Objeto.*
- Artículo 2°. *Definiciones.*
- Artículo 3°. *Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- Artículo 4°. *Sistema de Evaluación.*
- Artículo 5°. *Incentivos en Salud.*
- Artículo 6°. *Funciones de las Entidades Promotoras de Salud - EPS.*
- Artículo 7°. *Infracciones Administrativas.*
- Artículo 8°. *Seguimiento a la población afiliada.*
- Artículo 9°. *Corresponsabilidad y deberes del paciente.*

¹ El País. La Procuraduría concluye que el niño Kevin Acosta murió por negligencia de la Nueva EPS. Disponible en: <https://elpais.com/america-colombia/2026-03-17/la-procuraduria-concluye-que-el-nino-kevin-acosta-murio-por-negligencia-de-nueva-eps.html>

² BBC Mundo. Kevin Acosta, el niño colombiano que murió esperando un medicamento para la hemofilia (y la indignación que genera la respuesta del gobierno). Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/articles/cvg1p3zjkp3o>

- Artículo 10°. *Protocolo de revinculación y educación sanitaria.*
- Artículo 11°. *Financiación y asociatividad territorial para el acceso a especialidades médicas en el primer nivel de atención*
- Artículo 12°. *Territorialización de la red de prestadores de servicios de salud.*
- Artículo 13°. *Vigilancia de factores externos y articulación intersectorial en salud comunitaria.*
- Artículo 14°. *Facultad reglamentaria.*
- Artículo 15°. *Vigencia.*

Respecto al contenido de los artículos, cabe precisar que, el **artículo 1°** del proyecto de ley, establece el objeto del mismo; en esa medida, el proyecto pretende fortalecer la gestión del riesgo en salud mediante la vigilancia de la totalidad de los afiliados y el control de la enfermedad de quienes resulten diagnosticados, en desarrollo del aseguramiento que las EPS asumen en virtud de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Por su parte, el **artículo 2°** del proyecto de ley establece los conceptos centrales de la ley. Estas definiciones se fijan en el proyecto para guiar la aplicación de la ley; en esa medida se establece la definición de la Gestión del Riesgo en Salud que se encuentra establecida en el Decreto 1599 de 2022. Adicionalmente se establece la definición de la vigilancia de los afiliados (de alcance universal) y control de la enfermedad (focalizado en diagnosticados), fijando así el estándar interpretativo uniforme para todo el articulado.

El **artículo 3°**, que modifica el artículo 2° de la Ley 1438 de 2011 pretende incorporar la vigilancia de los afiliados y el control de la enfermedad como acciones que orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, así mismo, la modificación fija el contenido mínimo de los indicadores de resultado que deben crearse para evaluar los resultados sobre las acciones de vigilancia y del control de la enfermedad de las EPS correspondientes.

En el mismo sentido, el **artículo 4°** modifica el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, incorporando al sistema de evaluación y calificación anual de EPS, indicadores específicos de gestión del riesgo en salud, referidos a la vigilancia de la totalidad de los afiliados y al control de la enfermedad de quienes resulten diagnosticados. Con el fin de garantizar que estos indicadores sean efectivamente medibles y comparables en el tiempo, se establece que los resultados deberán publicarse de manera desagregada por cada entidad y que se conservará el histórico de reportes anuales. Esta disposición permite identificar objetivamente qué Entidades Promotoras de Salud están cumpliendo con su obligación de disminuir la ocurrencia de eventos de alto costo evitables, reflejada en la mejora o estabilización de los resultados en salud de sus afiliados, sin perjuicio de que la Entidad pueda acreditar, en cada caso, la existencia de una justificación técnica que explique un resultado desfavorable por circunstancias ajenas a su gestión.

El **artículo 5°** modifica el artículo 184 de la Ley 100 de 1993, precisando que los sistemas de incentivos a la oferta (dirigidos a las Entidades Promotoras de Salud, y no a los usuarios) deben promover la vigilancia de los afiliados y el control de la enfermedad, mediante el cumplimiento de indicadores de cuidado continuo que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, cuya verificación corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud. Con ello se busca que la gestión del riesgo en salud deje de ser una expectativa normativa sin consecuencia práctica, y se convierta en un criterio efectivo de incentivo para las Entidades Promotoras de Salud, de manera que la inversión en vigilancia y prevención resulte más costo-eficiente para estas que la atención de complicaciones y eventos de alto costo evitables.

Frente al **artículo 6°**, este modifica el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, incorporando como función expresa de las EPS la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la vigilancia de la totalidad de su población afiliada y el control de la enfermedad de los diagnosticados. Esta función se requiere porque, hasta la fecha, la Ley 100 de 1993 no contempla dentro del catálogo de funciones de las Entidades Promotoras de Salud una obligación expresa de vigilancia continua de los afiliados y de control de la enfermedad. Las funciones actualmente previstas se orientan a la afiliación, la organización del acceso a los servicios y el recaudo de aportes, pero ninguna de ellas impone a la EPS el deber de hacer seguimiento activo al estado de salud de sus afiliados ni al curso de las enfermedades diagnosticadas. En consecuencia, esta función carece hoy de un fundamento legal específico que la haga exigible como obligación propia de estas entidades. Al elevarla a función expresa, el artículo 6° cierra ese vacío normativo.

Por su parte el **artículo 7°**, que modifica el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, creando una nueva causal de infracción administrativa por incumplimiento grave o reiterado de la obligación de las EPS, de ejercer la vigilancia sobre sus afiliados y el control de la enfermedad. En esa medida, se define la reiteración o la gravedad para efectos de que la Superintendencia tenga una guía para iniciar los procesos a los que haya lugar.

En el mismo sentido, la modificación a este artículo se requiere porque, aun cuando el artículo 6° del presente proyecto incorpora la vigilancia y el control de la enfermedad como función expresa de las Entidades Promotoras de Salud, dicha función carecería de eficacia práctica si su incumplimiento no genera consecuencia jurídica alguna. Así lo evidencia la respuesta de la Superintendencia Nacional de Salud al derecho de petición radicado bajo el No. 20261000002597511, en la cual la propia entidad reconoció la ausencia de indicadores de riesgo clínico y la inexistencia de procesos administrativos sancionatorios específicos en materia de gestión del riesgo en salud, pese a las auditorías realizadas. El artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, que contiene el catálogo de infracciones administrativas fiscalizables por la Superintendencia, no prevé actualmente ninguna causal relacionada con el incumplimiento de esta obligación, de manera que su omisión queda, en la práctica, sin reproche sancionatorio posible. El artículo 7° cierra este vacío mediante la incorporación del

numeral 22, y lo hace definiendo de forma cerrada y verificable los supuestos de incumplimiento grave y reiterado.

El **artículo 8°** establece la obligación de las EPS de disponer o contratar el talento humano necesario para garantizar el seguimiento adecuado de sus afiliados. Asimismo, contempla la posibilidad de implementar mecanismos como las visitas domiciliarias, la telemedicina y la atención mediante especialistas itinerantes, con el fin de facilitar el seguimiento y la atención oportuna de los pacientes.

El **artículo 9°** busca desarrollar el principio de corresponsabilidad del paciente en el cuidado de su salud, promoviendo su participación activa en el seguimiento de la enfermedad y en el cumplimiento de las recomendaciones médicas. No obstante, establece expresamente que el eventual incumplimiento de estos deberes no podrá ser utilizado por las EPS o IPS como justificación para negar, suspender, restringir o dilatar la atención en salud requerida, en virtud del derecho fundamental a la salud.

En concordancia con lo anterior, el **artículo 10°** establece un mecanismo de revinculación para los afiliados que no asistan a sus controles o no atiendan las visitas de seguimiento, priorizando acciones pedagógicas orientadas al autocuidado y la gestión del riesgo, en lugar de medidas sancionatorias. Asimismo, garantiza que estas acciones se adapten a las condiciones del paciente y que, en el caso de menores de edad, se involucre a sus representantes o cuidadores, sin afectar en ningún caso la continuidad y el acceso efectivo a los servicios de salud.

El **artículo 11°** busca fortalecer la atención y el control de las enfermedades en el primer nivel mediante la asociatividad territorial y la disponibilidad de especialistas itinerantes, especialmente en zonas donde la oferta de servicios especializados es limitada. Asimismo, establece que la financiación de estos servicios estará a cargo de las EPS con recursos de la UPC y crea mecanismos para garantizar pagos oportunos a los hospitales y redes integradas, evitando que la falta de recursos afecte la prestación efectiva de los servicios de salud.

El **artículo 12°** establece que las EPS deben garantizar, dentro del área de influencia territorial del afiliado (definida por proximidad, vías y tiempos de desplazamiento, y no por límites departamentales), la contratación de al menos una IPS habilitada para el servicio o especialidad requerida, siempre que concurren un umbral epidemiológico de afiliados diagnosticados, un perfil de atención recurrente o continua, y una distancia o tiempo de desplazamiento que supere los máximos razonables definidos por el Ministerio de Salud; en consecuencia, prohíbe remitir al afiliado fuera de esa área salvo por libre elección informada del paciente o por indisponibilidad real del servicio. Esta disposición es necesaria en el proyecto de ley porque materializa el componente de "control de la enfermedad" al asegurar continuidad efectiva de atención para los afiliados diagnosticados (evitando fragmentación de tratamientos por remisiones injustificadas a otros municipios), y responde directamente

al mandato constitucional de la Sentencia T-147 de 2023, que exhorta al Congreso a regular la conformación territorial de las redes de prestadores.

Por su parte, el **artículo 13°** dispone que las Entidades Promotoras de Salud – EPS, en ejercicio de su función de identificación y caracterización de sus afiliados, deberán recolectar también información relativa a los determinantes sociales que inciden en su estado de salud (factores familiares, sociales, ambientales, económicos y del entorno, entre otros). Cuando de dicha información se identifiquen factores de riesgo para la vida o la salud del afiliado, la EPS deberá remitir el caso a la entidad competente, con el fin de que esta adopte las medidas oportunas que eviten la materialización del riesgo.

Esta disposición encuentra fundamento en el artículo 9° de la Ley 1751 de 2015, que impone al Estado la obligación de adoptar políticas dirigidas a reducir las desigualdades derivadas de los determinantes sociales de la salud, sin precisar el actor responsable de identificarlas en el nivel operativo. En esa medida, y considerando que las EPS ya cuentan con la obligación legal de identificar y caracterizar a sus afiliados (así como con la infraestructura de información necesaria para ello), resulta razonable y eficiente asignarles la función de recolección de esta información, sin que ello las convierta en responsables de resolver directamente los factores de riesgo identificados, cuya atención corresponde a las entidades competentes según su naturaleza (territorial, familiar, ambiental, etc.).

El **artículo 14°** establece un término de 6 meses para que el Gobierno Nacional reglamente lo establecido en la ley.

Por último, el **artículo 15°** fija la vigencia de la ley a partir de su promulgación.

2.2.1. Modificaciones propuestas a la normativa vigente y su efecto esperado.

Norma objeto de modificación	Disposición actual	Modificación propuesta en el proyecto de ley	Impacto esperado en la salud pública
Ley 1438 de 2011 (artículo 2)	Orientación general del sistema	Inclusión explícita de metas e indicadores técnicos vinculantes sobre vigilancia de afiliados y de morbilidad, mortalidad y seguimiento de enfermedades	Evaluación obligatoria cada 4 años y definición de medidas por resultados deficientes en salud
Ley 1438 de 2011 (artículo 111)	Sistema de evaluación y calificación de direcciones	Creación de indicadores para evaluar las acciones adelantadas por las EPS en la gestión del riesgo en salud	Mejora en las estadísticas de la carga de enfermedad por parte de las EPS.

	territoriales de salud, EPS e IPS		
Ley 100 de 1993 (artículo 184)	Incentivos a la oferta para control de costos y productividad	Condicionamiento de incentivos al cumplimiento de indicadores de gestión integral del riesgo e identificación oportuna	Alineación financiera de las EPS con la prevención y el control de patologías precursoras
Ley 100 de 1993 (artículo 178)	Funciones de aseguramiento de las EPS	Adición del numeral 8 para establecer como función obligatoria la gestión integral del riesgo en salud	Exigibilidad legal de la caracterización, monitoreo y control de la población afiliada
Ley 100 de 1993 (artículo 130)	Infracciones administrativas sancionables por la Supersalud	Adición del numeral 22 para sancionar el incumplimiento grave o reiterado en gestión del riesgo en salud	Potestad punitiva efectiva sobre la omisión de seguimiento a afiliados

Fuente: Elaboración propia

2.3. Justificación

2.3.1. Sistema de salud enfocado en la atención de la enfermedad.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha estructurado históricamente en torno a la atención de la enfermedad ya manifestada, relegando a un segundo plano su prevención y su seguimiento oportuno. Bajo esta lógica reactiva, el sistema tiende a intervenir únicamente cuando la enfermedad ya ha generado un daño, en lugar de anticiparse a él, un modelo que no solo resulta financieramente insostenible, sino que además desatiende la dimensión humana que debe orientar cualquier sistema de salud: la protección efectiva de la calidad de vida del afiliado, y no solamente la gestión de sus episodios de enfermedad.

El derecho a la salud es un derecho fundamental, según lo reconoce expresamente la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y como tal exige que el Sistema se oriente hacia el bienestar integral de la persona, no únicamente hacia la sostenibilidad de sus indicadores financieros. En esa medida, el presente proyecto de ley busca dotar al Sistema de una orientación más humanista, centrada en la prevención, la vigilancia oportuna y el control activo de la enfermedad, acompañada de mecanismos de cumplimiento más rigurosos que garanticen que esta orientación se traduzca en una obligación real y exigible de las Entidades Promotoras de Salud, y no en una simple declaración de principios sin efecto práctico.

Prevenir la enfermedad, y controlarla oportunamente cuando ya se ha presentado, es una forma directa de mejorar la calidad de vida de la población afiliada: la identificación temprana de riesgos y el seguimiento continuo permiten evitar que enfermedades controlables deriven en complicaciones evitables, hospitalizaciones prolongadas o secuelas permanentes. El proyecto reconoce, además, que esta finalidad exige una labor conjunta entre el Sistema y el afiliado: mientras las Entidades Promotoras de Salud asumen la obligación de vigilancia y control, el afiliado asume, en el marco de su autonomía, el deber de corresponsabilidad frente a su propio autocuidado, sin que ello implique, en ningún caso, que la ocurrencia de la enfermedad sea atribuible al afiliado o pueda utilizarse para condicionar su acceso a los servicios de salud que requiera.

El fundamento último de esta obligación de cuidado no es solo humanista, sino que responde a la lógica misma del aseguramiento sobre la cual se estructura el Sistema. Las Entidades Promotoras de Salud reciben, por cada afiliado, una Unidad de Pago por Capitación (UPC) destinada a cubrir el riesgo en salud de esa persona, con independencia de que esta requiera o no atención en un momento determinado. Esta forma de financiación implica que la EPS no actúa como un simple pagador de servicios ya prestados, sino como una verdadera aseguradora del riesgo de cada uno de sus afiliados, motivo por el cual no resulta coherente que, habiendo recibido ese recurso, su actuación se limite a la atención reactiva de quien acude por enfermedad, sin ejercer ninguna labor activa de cuidado sobre la totalidad de la población que tiene a su cargo. El proyecto de ley busca, precisamente, que esa función aseguradora se traduzca en una obligación efectiva y verificable de vigilancia y cuidado, de manera que el pago que hoy reciben las Entidades Promotoras de Salud por cada afiliado corresponda, en la práctica, a una gestión activa de su riesgo en salud, y no únicamente a la cobertura financiera de su eventual atención.

2.3.2. Caso Kevin Acosta

Kevin fue un niño al que el sistema de salud le falló por completo, desconociendo que su condición de niño le reconoce constitucionalmente la garantía de que sus derechos tienen una primacía legal de cuidado mayor sobre el resto de la población, en virtud del principio de interés superior del menor y de la prevalencia de los derechos de los niños consagrada en el artículo 44 de la Constitución Política, según el cual los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Kevin fue diagnosticado con Hemofilia A Severa desde que tenía nueve meses de edad,³ La hemofilia es un trastorno genético que afecta la coagulación de la sangre. Las personas con

³ BBC Mundo. Kevin Acosta, el niño colombiano que murió esperando un medicamento para la hemofilia (y la indignación que genera la respuesta del gobierno). Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/articles/cvg1p3zjkp3o>

hemofilia carecen de ciertos factores de coagulación, proteínas esenciales que permiten que la sangre se coagule normalmente.⁴

Esta enfermedad, exige la administración periódica y sin interrupciones de un tratamiento profiláctico destinado a prevenir los episodios de sangrado propios de su condición.⁵ En diciembre de 2025, la familia de Kevin fue informada de que dicho tratamiento dejaría de estarle siendo suministrado, lo que dio inicio a un periodo de aproximadamente dos meses durante el cual Kevin permaneció sin acceso a su medicamento, al haber sido suspendida su entrega por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud encargada de administrarlo, en razón a la falta de giro oportuno de los recursos correspondientes por parte de su Entidad Promotora de Salud.

En ese contexto de desprotección, Kevin sufrió una caída de su bicicleta, en el departamento del Huila. Pese a que su condición exigía una atención inmediata, Kevin permaneció alrededor de 24 horas sangrando por el oído y por la nariz, mientras su familia solicitaba, sin éxito oportuno, su traslado hacia la ciudad de Bogotá.⁶ Kevin fue remitido entre distintas instituciones hospitalarias antes de llegar finalmente al Hospital de La Misericordia, en Bogotá, donde falleció.⁷

La Procuraduría General de la Nación, en ejercicio de sus funciones de control disciplinario, concluyó que la muerte de Kevin fue consecuencia de la negligencia de su Entidad Promotora de Salud, al no haber garantizado la entrega oportuna del medicamento que su condición requería. A raíz de estos hechos, se adelantan actualmente procesos judiciales y administrativos orientados a establecer las responsabilidades a que haya lugar, los cuales se encuentran en curso al momento de la radicación del presente proyecto de ley.

De igual forma, la Procuraduría afirmó que otros 2.000 pacientes adscritos a la IPS del menor podrían estar en alto riesgo, pues no tienen atención médica asegurada.⁸

⁴ Noticias Caracol. ¿Qué es la hemofilia, enfermedad que padecía Kevin Acosta, y por qué podría ser mortal?

Disponible en:

<https://www.noticiascaracol.com/salud/que-es-la-hemofilia-enfermedad-que-padecia-kevin-acosta-y-por-que-podria-ser-mortal-so35>

⁵ CDC. Tratamiento de la Hemofilia. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/hemophilia/es/treatment/tratamiento-de-la-hemofilia.html>

⁶ BBC Mundo. Kevin Acosta, el niño colombiano que murió esperando un medicamento para la hemofilia (y la indignación que genera la respuesta del gobierno). Disponible en:

<https://www.bbc.com/mundo/articles/cvg1p3zjkp3o>

⁷ El Colombiano. Indignación por respuesta de Petro y Jaramillo a muerte de niño por hemofilia: “Tuvo un accidente en bicicleta”. Disponible en:

<https://www.elcolombiano.com/colombia/respuesta-petro-y-ministro-jaramillo-muerte-kevin-acosta-nino-hemofilia-a-accidente-en-bicicleta-GE33627010>
<https://www.elcolombiano.com/colombia/respuesta-petro-y-ministro-jaramillo-muerte-kevin-acosta-nino-hemofilia-a-accidente-en-bicicleta-GE33627010>

⁸ El País. La Procuraduría concluye que el niño Kevin Acosta murió por negligencia de la Nueva EPS. Disponible en:

En esa medida, este proyecto de ley pretende que no sigan sucediendo este tipo de fallas en el sistema de salud, fortaleciendo las capacidades sancionatorias de la Superintendencia Nacional de Salud, así como estableciendo taxativamente la responsabilidad de las EPS en la vigilancia de sus afiliados, toda vez que por cada uno de ellos reciben el valor correspondiente a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). De esta manera, se busca que el sistema transite de un modelo reactivo hacia uno realmente preventivo. Así las cosas, mediante este proyecto de ley se rinde homenaje a la memoria de Kevin, para que ningún otro niño colombiano tenga que sufrir lo que él sufrió.

2.3.3. Principio de Eficiencia del Sistema de Salud.

El principio de eficiencia, consagrado en la Ley 1751 de 2015, dispone que "el sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población." Este principio no se limita a exigir que los recursos del Sistema se ejecuten sin desperdicio, sino que impone un estándar de utilización racional de los recursos financieros, técnicos, administrativos y de cualquier otra índole con los que cuenta el Sistema, orientado a la obtención de los mejores resultados en salud posibles para la población. En esa medida, la eficiencia no se agota en la ejecución oportuna del gasto, sino que exige que ese gasto se destine a las intervenciones que efectivamente contribuyan a mejorar la salud de los afiliados, evitando que los recursos se concentren en la atención de complicaciones que pudieron prevenirse mediante una gestión oportuna del riesgo en salud.

Así las cosas, la ADRES, en un estudio que publicó en Julio de 2026, sobre el análisis del costo de oportunidad de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria, tuvo en cuenta la eficiencia del sistema concluyendo que la misma no depende exclusivamente de cuánto se gasta, sino de la capacidad para orientar los recursos hacia intervenciones que produzcan el mayor beneficio posible en salud.

En esa medida, los resultados del estudio evidencian que existe un amplio diferencial entre el costo de la atención hospitalaria y el costo del manejo ambulatorio para las principales condiciones HECSAP (Hospitalizaciones Evitables por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria) analizadas. Este diferencial constituye una oportunidad de análisis para identificar espacios donde el fortalecimiento del primer nivel de atención podría contribuir simultáneamente a reducir la utilización hospitalaria potencialmente evitable y a mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos del sistema.

El estudio también pone de manifiesto que el valor potencial de estas intervenciones trasciende el episodio hospitalario aislado. En enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, un control oportuno en el primer nivel puede modificar

<https://elpais.com/america-colombia/2026-03-17/la-procuraduria-concluye-que-el-nino-kevin-acosta-murio-por-ne-gligencia-de-nueva-eps.html>

trayectorias clínicas que, de otra manera, progresan hacia complicaciones de alta complejidad y elevado costo, como la enfermedad renal crónica. En consecuencia, el costo de oportunidad asociado a las HECSAP debe entenderse desde una perspectiva de curso de vida, en la que las decisiones adoptadas en etapas tempranas pueden influir de manera significativa sobre la carga clínica y financiera futura del sistema.

Así las cosas, según lo afirma la ADRES, el sistema paga entre 5,3 y 59,8 veces más por resolver en el hospital lo que podría resolverse en el primer nivel, En esa medida, establece unos ejemplos de ello así:

Enfermedad	Cantidad de pago adicional
Infección de vías respiratorias superiores	59,8 veces más
Gastroenteritis infecciosa	41,1 veces más
Infección de vías urinarias	40,5 veces más
Hipertensión arterial (HTA)	13,2 veces más*
Diabetes mellitus	6,0 veces más*

*Aunque las brechas de HTA y diabetes mellitus son más moderadas, su importancia es mayor porque su control en el primer nivel genera una deuda de largo plazo en enfermedad renal crónica (ERC).
(Elaboración propia a partir de datos que la ADRES, Innovación y Analítica, Julio de 2026).

Adicionalmente, el estudio hace un análisis de razones de eficiencia, indicando que mide cuantas veces más cuesta resolver una condición HECSAP en el hospital, frente a resolverla en el primer nivel de atención. Así las cosas, una razón de 10x, se traduce en que para ese caso específico, una hospitalización cuesta 10 veces lo que costaría mantener al paciente controlado ambulatoriamente durante todo el año, es decir, cuanto mayor es la razón, mayor es el potencial ahorro del sistema por cada caso que se resuelve en el primer nivel, para lo cual, el estudio presenta una tabla que deja en evidencia la magnitud de la diferencia entre el costo ambulatorio y el costo de hospitalización así:

Tabla 2 Costo de la canasta ambulatoria APS vs. Costo de hospitalización por condición HECSAP. Colombia, 2025.

Condición HECSAP	Costo canasta APS/año	Costo prom. hospitalización	Razón Eficiencia	Tipo
Infección vías resp. superiores	\$84.440	\$5.047.499	59,8x	Agudo
Gastroenteritis infecciosa	\$153.840	\$6.319.599	41,1x	Agudo
Infección de vías urinarias	\$201.262	\$8.158.128	40,5x	Agudo
Neumonías bacterianas	\$731.880	\$14.642.410	20,0x	Agudo
Infec. piel/tejido subcutáneo	\$579.892	\$8.984.417	15,5x	Agudo
Hipertensión arterial	\$969.858	\$12.826.367	13,2x	Crónico
Enfermedad cerebrovascular	\$1.774.560	\$23.308.158	13,1x	Crónico
Bronquitis aguda/vías aéreas	\$799.428	\$9.791.537	12,2x	Agudo
Diabetes mellitus	\$2.501.200	\$14.975.388	6,0x	Crónico
EPOC/Bronquitis crónica	\$1.831.616	\$9.791.537	5,3x	Crónico

Costo canasta APS: SOAT 2025 (Circular 025/2024, UVB=\$11.354) + Termómetro de Precios MinSalud 2025. Caso base según posicionamiento terapéutico colombiano. Costo hospitalización: FEV-RIPS 2025, ADRES (a través del Documento 2 de esta serie). Razón de eficiencia = Costo hospitalización / Costo canasta APS. Cálculos: Innovación y Analítica – ADRES.

9

Esta evidencia confirma que fortalecer la vigilancia de los afiliados y el control de la enfermedad no representa únicamente una carga adicional para las EPS, sino una fuente de eficiencia y ahorro sistémico para el SGSSS: cada caso resuelto oportunamente en el primer nivel libera recursos que hoy se destinan a una hospitalización varias veces más costosa que su manejo ambulatorio. En esa medida, existe una motivación robusta y doblemente justificada para que el sistema invierta en el primer nivel de atención: no solo financiera, en términos de sostenibilidad y uso eficiente de los recursos del sistema, sino también humana, al traducirse en mayor estabilidad clínica y mejor calidad de vida para la totalidad de los afiliados diagnosticados, sin distinción del tipo de patología que padezcan.

2.3.4. Crisis Administrativa y Financiera del Sistema de Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud atraviesa uno de los momentos más críticos de su historia. El país enfrenta desabastecimiento de medicamentos, saturación crítica de los servicios de urgencias, demoras extremas para la atención médica y de procedimientos, barreras administrativas persistentes, un incremento sostenido de tutelas y peticiones en salud, y una crisis creciente en las condiciones laborales de los profesionales

⁹ Análisis del costo de oportunidad de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria: potencial de reinversión y eficiencia del gasto en el SGSSS. ADRES

https://www.adres.gov.co/api/media/file/Analisis_del_costo_de_oportunidad_hospitalizaciones_julio_2026.pdf

del sector — todo ello en medio de la incertidumbre generada por la desfinanciación estructural del Sistema.

El más reciente informe de la Contraloría General de la República reveló que las Entidades Promotoras de Salud cerraron 2025 con una deuda de \$58 billones con hospitales, clínicas y proveedores del sector, un incremento del 26,5% frente al año anterior. De ese déficit, el 83% corresponde a Entidades Promotoras de Salud que la Superintendencia Nacional de Salud ya había intervenido con el propósito de corregir su situación financiera, lo cual evidencia que las medidas de intervención administrativa, por sí solas, no han sido suficientes para revertir el deterioro estructural del sistema.¹⁰

El informe de la Contraloría revela además que el problema no se limita al endeudamiento acumulado, sino que refleja un desequilibrio estructural entre lo que reciben y lo que gastan las aseguradoras: de las 26 Entidades Promotoras de Salud que reportaron información completa, 17 (65%) cerraron 2025 con pérdidas operativas, que en conjunto sumaron \$5,73 billones, mientras que, en promedio, las EPS gastaron el 110% de los recursos que recibieron por cada afiliado a través de la Unidad de Pago por Capitación. Es decir, por cada \$100 recibidos para financiar la atención de un afiliado, el sistema gastó \$110, una siniestralidad que, sostenida en el tiempo, resulta financieramente insostenible para cualquier modelo de aseguramiento.¹¹

Sin duda, esta situación pone en entredicho la efectividad de las acciones adoptadas por la Superintendencia y evidencia que, cuando el gasto en atención supera de manera significativa los recursos recibidos por concepto de la UPC, la problemática no puede atribuirse exclusivamente a una eventual insuficiencia de recursos. Por el contrario, también debe analizarse la ausencia de una gestión activa, oportuna y efectiva del riesgo en salud, que permita prevenir la progresión de las enfermedades antes de que estas deriven en eventos de alta complejidad y costo.

Adicionalmente, en informe emitido por la Procuraduría General de la Nación a finales de 2025, se indicó que resulta indiscutible que después de las medidas de intervención forzosa administrativa de las EPS se ha dado un empeoramiento de las condiciones de acceso a los servicios de salud y de sostenibilidad financiera.¹²

¹⁰ Revista Cambio, 2026.

<https://cambiocolombia.com/pais/articulo/2026/9/sirvieron-las-intervenciones-a-las-eps-la-contraloria-encontro-que-sus-finanzas-empeoraron-en-2025>

¹¹ Infobae, 2026.

<https://www.infobae.com/colombia/2026/09/02/contraloria-prende-las-alarmas-sobre-las-eps-deuda-con-hospitales-y-proveedores-llego-a-58-billones/>

¹² Procuraduría General de la Nación, 2025.

<https://www.procuraduria.gov.co/Documents/2025/Diciembre%202025/La%20Procuraduri%cc%81a%20General%20de%20la%20Nacio%cc%81n%20y%20el%20Sistema%20de%20Salud%282%29.pdf>

En ese sentido, resulta necesario abordar el problema desde una perspectiva estructural. Precisamente, el presente proyecto de ley busca fortalecer la vigilancia, el seguimiento y el control de la enfermedad desde el aseguramiento, promoviendo una gestión temprana del riesgo que permita prevenir complicaciones, reducir la carga de enfermedad y, como consecuencia, disminuir la presión financiera que actualmente enfrenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.3.5. Condiciones crónicas en salud y su repercusión en el alto costo.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia atraviesa una crisis caracterizada por el incremento desproporcionado de la alta prevalencia de condiciones crónicas no transmisibles y la ineficiencia en la contención primaria de patologías evitables. A pesar de los avances normativos orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el modelo asistencial predominante se ha mantenido en una lógica reactiva y fragmentada. Las entidades promotoras de salud (EPS) han concentrado de manera prioritaria su gestión en la administración financiera y el trámite administrativo de autorizaciones, omitiendo el cumplimiento riguroso de la gestión integral del riesgo en salud como función inherente y obligatoria. Esta falla estructural genera un deterioro progresivo en la calidad de vida de los afiliados y repercute gravemente en la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

La magnitud del problema se evidencia en las cifras oficiales consolidadas por la Cuenta de alto costo (www.cuentadealtocosto.org) y el Ministerio de Salud y Protección Social (www.minsalud.gov.co). Con corte a 30 de junio de 2023, se reportaron a la CAC 5.649.061 personas con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), lo que representa una prevalencia de 10,87 casos por cada 100 habitantes. Para febrero de 2024, es decir, ocho meses después, la misma cuenta reportó 5.803.809 personas con el mismo diagnóstico, es decir tuvo un incremento del 3%, teniendo en cuenta además que este reporte es del aumento desde junio de 2023 a solo febrero de 2024.¹³

Asimismo, entre el 1 de junio de 2022 y el 30 de junio de 2023 se reportaron 1.985.718 casos de diabetes mellitus (DM). Posteriormente, con corte al 31 de agosto de 2024, la cifra ascendió a 2.186.861 personas diagnosticadas, lo que evidencia un incremento significativo en la carga de esta enfermedad.¹⁴ Estas dos patologías constituyen las principales precursoras de la enfermedad renal crónica (ERC), la cual registró con corte a diciembre de 2023 un total de 1.014.594 casos en el país¹⁵, de los cuales 40.427 personas se encuentran en estadio 5 y 44.512 requieren terapia de reemplazo renal (TRR) mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis¹⁶. La falta de un control efectivo de estas condiciones precursoras

¹³ Cuenta de Alto Costo: <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial/>

¹⁴ Cuenta de Alto Costo: <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-diabetes-2024/>

¹⁵ Cuenta de Alto Costo: <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-del-rinon/>

¹⁶ Cuenta de Alto Costo: <https://cuentadealtocosto.org/enfermedades-de-alto-costo/erc/>

desencadena fallas orgánicas irreversibles que elevan exponencialmente el gasto sectorial, toda vez que la ERC en estadio 5 se sitúa entre las afecciones de mayor costo individual para el sistema.

El análisis epidemiológico demuestra deficiencias sustanciales en el seguimiento clínico preventivo. En la población adulta con diabetes mellitus, el 67,7% de las mujeres y el 66,2% de los hombres presentan sobrepeso u obesidad, y durante el periodo de 2023 solo al 40,3% de los pacientes diabéticos se le realizó la prueba de hemoglobina glicosilada (HBA1C) para verificar el control metabólico.¹⁷ Esta falta de monitoreo continuo explica por qué la enfermedad isquémica del corazón se consolida como la principal causa de mortalidad en el país, con una tasa promedio de 69,8 muertes por cada 100.000 habitantes (2024)¹⁸, superando a la enfermedad cerebrovascular (21,2 por 100.000) y a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (20,5 por 100.000). A este escenario se suma el impacto del cáncer, con 520.339 casos prevalentes y 58.813 casos nuevos anuales en adultos, destacándose la alta incidencia de cáncer de mama y cérvix en mujeres, así como 8.692 casos prevalentes en menores de 18 años, dominados por leucemias agudas (37,53%).

Frente a esta realidad epidemiológica, la legislación actual resulta insuficiente para requerir a las EPS a ejecutar acciones efectivas de promoción de la salud, detección temprana y gestión de la enfermedad. Si bien el artículo 14 de la ley 1122 de 2007 y diversos actos administrativos definen la gestión del riesgo como componente del aseguramiento, el marco sancionatorio contemplado en el artículo 130 de la ley 100 de 1993, modificado por la ley 1949 de 2019, carece de un tipo sancionatorio específico que castigue de forma directa la omisión sistemática en la gestión del riesgo clínico. La ausencia de una tipificación penalizadora de esta conducta impedía que la superintendencia nacional de salud desplegara medidas sancionatorias contundentes, oportunas y disuasivas. Por lo tanto, surge la necesidad imperativa de legislar para dotar al organismo de inspección, vigilancia y control de herramientas coercitivas que obliguen a las EPS a priorizar la salud de la población sobre consideraciones meramente administrativas.

Condición clínica	Número de casos informados	Prevalencia reportada	Indicadores clave de control y gestión
Hipertensión arterial	5.649.061 casos	10,87 por 100 habitantes	70,17% en régimen contributivo y 54,87% en subsidiado mantienen presión arterial por debajo de 140/90 mmhg

¹⁷ Cuenta de Alto Costo: <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-diabetes-2024/>

¹⁸ ¿De qué se están muriendo los colombianos y por qué las cifras de mortalidad están encendiendo alertas?.

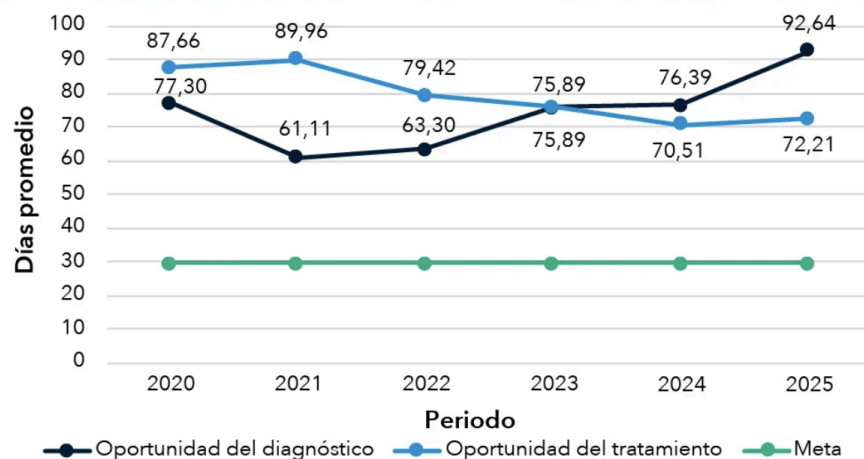
Portafolio,

<https://www.portafolio.co/economia/regiones/de-que-se-estan-muriendo-los-colombianos-y-por-que-las-cifras-de-mortalidad-estan-encendiendo-alertas-494692>

Diabetes mellitus	1.985.718 a 2.186.861 casos	3,82 por 100 habitantes	67,7% de mujeres y 66,2% de hombres presentan sobrepeso u obesidad; solo 40,3% tiene medición de hba1c
Enfermedad renal crónica	991.212 a 1.014.594 casos	1,91 por 100 habitantes	40.427 en estadio 5; 44.512 en terapia de reemplazo renal; 8.324 con trasplante renal funcional
Cáncer (general en adultos)	520.339 casos prevalentes	58.813 casos nuevos anuales	Neoplasias más frecuentes: mama (27,57%) y cérvix (9,21%) en mujeres; próstata en hombres
Cáncer pediátrico (<18 años)	8.692 casos prevalentes	No reportada	37,53% leucemias agudas y 13,87% linfomas

Fuente: www.cuentadealtocosto.org

La demora en la atención de estas patologías, incrementa la gravedad de los pacientes y la complejidad de los tratamientos, y en consecuencia el costo que deben asumir todo el sistema. Para citar un caso, en los últimos años entre 2020 y 2025, el desempeño en la oportunidad de diagnóstico de nuevos casos cáncer de próstata ha desmejorado de 77,30 días a 92,64 días, cuando la meta es de 30 días, como se evidencia a continuación:



Fuente: www.cuentadealtocosto.org

Gonzalez Rojas et. al. (2024) analizaron los costos relacionados con estas patologías, encontrando valores de referencia que entre otros hallazgos, se determinó que las enfermedades de hemofilia tipo A y B son las de mayor costo por caso, seguidas por la enfermedad renal crónica y los cánceres hematolinfáticos. Con valores para el año 2021, la siguiente es tabla es el resultado de su análisis de las cifras recopiladas por www.cuentadealtocosto.org:

Patologías	Número de afiliados	Valor total	Valor promedio (unitario por afiliado)
Hemofilia B	22	\$ 2.309.906.809	\$ 104.995.764,05
Hemofilia A	151	\$ 11.664.837.952	\$ 77.250.582,46
ERC5 TRR	536	\$ 18.063.057.909	\$ 33.699.734,90
ERC5	348	\$ 10.911.809.074	\$ 31.355.773,20
Leucemia Mieloide Aguda	641	\$ 19.890.793.148	\$ 31.030.878,55
Leucemia Linfoide Aguda	1.876	\$ 48.939.482.753	\$ 26.087.144,32
Cáncer Pulmón	1.264	\$ 20.071.976.781	\$ 15.879.728,47
Linfoma NoHodgkin	4.584	\$ 56.274.301.478	\$ 12.276.243,78
Linfoma Hodgkin	1.644	\$ 17.528.114.958	\$ 10.661.870,41
Cáncer Colorrectal	6.936	\$ 73.159.840.799	\$ 10.547.843,25
Cáncer Mama	22.921	\$ 180.663.156.640	\$ 7.881.992,79
ERC 4	481	\$ 3.061.879.981	\$ 6.365.654,85
Otros Cánceres	47.892	\$ 299.471.263.346	\$ 6.253.054,02
VIH	56.072	\$ 314.714.229.924	\$ 5.612.680,66
Melanoma	1.547	\$ 8.291.175.997	\$ 5.359.519,07
Cáncer Próstata	8.356	\$ 44.294.259.719	\$ 5.300.892,74
DM + ERC 4	498	\$ 2.593.402.652	\$ 5.207.635,85
HTA + DM + ERC 4	9.823	\$ 49.125.406.621	\$ 5.001.059,41
Cáncer Cérvix	9.330	\$ 42.700.216.027	\$ 4.576.657,67
Artritis	36.694	\$ 145.283.028.437	\$ 3.959.312,92
HTA + ERC 4	16.713	\$ 55.638.414.291	\$ 3.329.050,10
Von Willebrand	34	\$ 104.157.096	\$ 3.063.444,00
HTA + DM + ERC1 3	121.787	\$ 368.301.424.718	\$ 3.024.143,99
ERC1 3	18.147	\$ 49.593.766.528	\$ 2.732.890,64
HTA + DM	527.571	\$ 1.387.709.468.858	\$ 2.630.374,81
DM + ERC1 3	25.109	\$ 56.260.493.203	\$ 2.240.650,49
DM	143.777	\$ 316.543.047.046	\$ 2.201.625,07
HTA + ERC1 3	252.584	\$ 521.775.387.217	\$ 2.065.749,96
Otras coagulopatias	23	\$ 41.477.246	\$ 1.803.358,52
HTA	1.444.889	\$ 2.481.021.843.340	\$ 1.717.102,04

Fuente: Gonzalez Rojas et. al. (2024). Valores de referencia para enfermedades en seguimiento por la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia en 2021.

Evidentemente el alto costo de estas enfermedades y su aumento en el país, son una de las causas más notorias en el deterioro financiero del sistema de salud en el país, pero más allá, puede considerarse como una de las deudas más claras del estado con la salud de los Colombianos. Controlar la carga de enfermedad desde la gestión de riesgo en salud EPS, más que una tarea pendiente, es una misión imperativa e inaplazable.

El proyecto de ley propuesto aporta a la problemática expuesta, debido a que el fundamento del proyecto radica en que prevenir y controlar oportunamente la enfermedad es sustancialmente menos costoso para el Sistema que atender sus complicaciones una vez materializadas. Un afiliado con una enfermedad crónica que recibe seguimiento continuo genera un gasto recurrente pero previsible y comparativamente bajo; en cambio, la falta de ese seguimiento permite que la enfermedad progrese hasta desencadenar un evento de alto costo (diálisis, amputación, evento cardiovascular mayor, hospitalización prolongada), cuyo

costo unitario para el Sistema puede ser varias veces superior al del control continuo acumulado durante años.

El impacto positivo de estas reformas se proyecta en múltiples niveles del sistema de salud. Al obligar a las EPS a mantener a los pacientes sanos y a controlar a quienes padecen condiciones precursoras como hipertensión arterial y diabetes mellitus, se evita la progresión hacia estadios avanzados de enfermedad renal crónica o eventos cardiovasculares agudos. En términos epidemiológicos, este enfoque de gestión continua disminuye la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad y la mortalidad prematura en el país. En el ámbito financiero, la prevención efectiva de complicaciones reduce drásticamente la demanda de procedimientos de alto costo como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y la atención en unidades de cuidado intensivo, liberando recursos presupuestales que pueden reinvertir en la red primaria de atención. De este modo, la propuesta normativa garantiza que los pacientes diagnosticados no generen costos desproporcionados o evitables, asegurando la sostenibilidad financiera del sistema y elevando la salud pública a un nivel de bienestar integral.

El proyecto de ley beneficia de manera directa e indirecta a la totalidad de la población colombiana afiliada al sistema general de seguridad social en salud, generando una cobertura protectora de más de 50 millones de residentes. Sin embargo, el impacto positivo más acentuado se concentra en grupos poblacionales específicamente vulnerables. En primera instancia, se benefician las 5,6 millones de personas con hipertensión arterial, los 2,1 millones de pacientes con diabetes mellitus y los más de 1 millón de individuos con enfermedad renal crónica, quienes recibirán un seguimiento clínico oportuno, continuo y sin barreras administrativas para el control de su patología.

En segunda instancia, la iniciativa protege a la población afectada por enfermedades de alto costo y baja prevalencia, tales como los más de 520.000 pacientes con cáncer en sus distintas manifestaciones, las personas viviendo con VIH, y los pacientes con hemofilia u otras coagulopatías. En este grupo se destaca la protección prioritaria a la infancia, garantizando la continuidad del tratamiento a los más de 8.600 menores de 18 años con neoplasias, reduciendo los tiempos de diagnóstico y erradicando las glosas o demoras injustificadas que comprometen la supervivencia infantil. De igual forma, las mujeres se benefician mediante la detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino, patologías que concentran cerca del 37% de los casos de cáncer femenino en el país.

En tercera instancia, la norma genera un impacto distributivo sumamente equitativo al beneficiar de manera prioritaria a los afiliados del régimen subsidiado. Actualmente, existen brechas significativas en el control metabólico y cardiovascular entre regímenes; por ejemplo, el 70,17% de los pacientes del régimen contributivo logra mantener sus cifras de presión arterial por debajo de 140/90 mmhg, mientras que en el régimen subsidiado este cumplimiento desciende al 54,87%. Al imponer metas uniformes de resultados en salud y

sancionar por igual el incumplimiento de la gestión del riesgo en ambos regímenes, la ley contribuye a cerrar brechas de inequidad territorial y socioeconómica, asegurando que las poblaciones de menores ingresos y las ubicadas en zonas rurales dispersas accedan a una atención médica digna, preventiva y con altos estándares de calidad.

El proyecto de ley encuentra su fundamento normativo en los mandatos constitucionales y estatutarios que rigen el sistema de salud en Colombia. El artículo 48 de la constitución política establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado, sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. A su vez, el artículo 49 constitucional, modificado por el acto legislativo 02 de 2009, consagra que la atención de la salud es un servicio público a cargo del estado y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En desarrollo de estos preceptos, la ley estatutaria 1751 de 2015 erigió la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, imponiendo al estado el deber de adoptar políticas públicas para incidir positivamente en los determinantes sociales y garantizar la integralidad, continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios.

En el plano legislativo ordinario, la propuesta se enmarca en la estructura de la ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011. Específicamente, el artículo 14 de la ley 1122 de 2007 define que la función de aseguramiento a cargo de las EPS comprende tanto la administración del riesgo financiero como la gestión del riesgo en salud. Asimismo, la ley 1949 de 2019 fortaleció la capacidad institucional de la superintendencia nacional de salud para reestructurar el procedimiento administrativo sancionatorio y garantizar el flujo de recursos. El presente proyecto de ley desarrolla y complementa esta arquitectura jurídica al corregir la laguna normativa sancionatoria sobre el incumplimiento de la gestión del riesgo clínico, haciendo coherente el ordenamiento punitivo con las metas trazadas en el plan decenal de salud pública 2022-2031 adoptado mediante la resolución 1035 de 2022 y la política sancionatoria institucional reglamentada en la resolución 33726 de 2023.

2.3.6. Reporte de Información por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS respecto de las enfermedades de alto costo o sus precursoras.

Mediante oficio con radicado 20261000002597511, la Superintendencia Nacional de Salud emitió respuesta a una petición de información formal, presentada por quien suscribe la presente iniciativa, en la cual se solicitaba la siguiente información:

“1. Desempeño comparativo multianual

Remita una matriz comparativa desglosada EPS por EPS (tanto activas como liquidadas o en proceso de intervención) que consolide el desempeño anual de los últimos diez (10) años respecto de los siguientes indicadores:

- *Proporción de personas con Diabetes Mellitus con medición de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) en el último semestre y proporción que logra meta de control (HbA1c < 7%).*
- *Proporción de personas con Diabetes Mellitus con medición anual de colesterol LDL y logro de meta (LDL < 100 mg/dL).*
- *Proporción de población hipertensa y diabética tamizada anualmente para Enfermedad Renal Crónica (ERC) mediante Tasa de Filtración Glomerular estimada y razón albúmina/creatinina.*
- *Oportunidad en el inicio del tratamiento para cáncer de mama (días transcurridos desde el diagnóstico, con meta ≤ 75 días).*
- *Oportunidad en el inicio del tratamiento para cáncer de cuello uterino invasivo (días transcurridos desde el diagnóstico, con meta ≤ 56 días).*
- *Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino detectados en etapa temprana (carcinoma in situ) sobre el total de casos nuevos.*
- *Tasa de reingreso no programado a hospitalización antes de 15 días.*
- *Oportunidad promedio (en días) para la asignación de citas de medicina especializada (Cardiología, Endocrinología, Nefrología, Oncología y Medicina Interna).*
- *Otros indicadores asociados a enfermedades de alto costo."*

Frente a la pregunta anterior, la Superintendencia específicamente indicó que no cuenta con esta información en tanto no consolida, ni produce, ni administra indicadores técnico científicos relacionados con las EPS, así mismo, esta entidad afirma que la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de esta entidad, desarrolla sus actividades de acuerdo a la información reportada y consolidada por fuentes oficiales. En esa medida, cita que la evaluación de los indicadores respecto de tiempos de espera, la disponibilidad de los servicios, la distribución geográfica y las enfermedades de alto costo se realiza mediante la consulta de:

1. Monitor de Calidad en Salud (Se basa en lo establecido en la Resolución 256 de 2016)
2. Cuenta de Alto Costo
3. Monitor RIAS de MinSalud

En esa medida, es un hecho que la Superintendencia no cuenta con la información suficiente que le permita establecer si las EPS si han cumplido su papel de prevención así como de controlar el estado de salud de sus pacientes, sino que su papel se limita solamente a evaluar el reporte de información de indicadores que ellos no crearon.

Ahora bien, frente a el Monitor de Calidad en Salud, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 256 de 2016, las EAPB y las IPS deben reportar información así:

ARTÍCULO 5o. DEL REPORTE DE INFORMACIÓN Y DE LAS RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES OBLIGADAS A REPORTAR. *Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, deberán reportar la información de su competencia, contenida en los Anexos Técnicos números 2 y 3 de esta resolución, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) de este Ministerio.*

PARÁGRAFO 1o. *El Instituto Nacional de Salud y el Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, adicional a la información que actualmente envían a este Ministerio para ser integrada al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), remitirán a través del mencionado Sistema y de acuerdo con sus competencias, la información definida en las fichas técnicas de los indicadores trazadores de que trata el Anexo Técnico número 1 que hace parte integral de esta resolución, dentro de los plazos establecidos en el artículo sexto de esta resolución.*

PARÁGRAFO 2o. *El reporte de la información a que refieren los mencionados Anexos Técnicos números 2 y 3, no se hará extensivo a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, dado que el cálculo de los indicadores trazadores para realizar el monitoreo de la calidad en salud, se efectuará de acuerdo con las diferentes fuentes de información que dichas entidades vienen reportando a este Ministerio.*

En esa medida, cabe aclarar lo establecido respecto del Anexo 1:

Anexo 1: Indicadores de Monitoreo de la Calidad que se aplican entre otras a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) entre otras entidades - Debe ser reportado por el Instituto Nacional de Salud - INS y el Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo - CAC. En esa medida, incluye el reporte para indicadores de gestión del riesgo como:

1. Tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes.
2. Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR).
3. Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral.
4. Proporción de niños con diagnóstico de Hipotiroidismo Congénito que reciben Tratamiento.
5. Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años.
6. Proporción de Hipertensos Controlados.
7. Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años.
8. Proporción de pacientes diabéticos controlados

9. Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes.
10. Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama.
11. Proporción de mujeres con citología cervico-uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia.
12. Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix.
13. Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de cáncer de cuello uterino
14. Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata
15. Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)

De igual forma, la Resolución 2463 de 2024 de MinSalud estableció que las EPS deben reportar mediante el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo - CAC la información relativa a la Enfermedad Renal Crónica – ERC y sus precursoras Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus a más tardar el 30 de agosto de cada año. Este reporte corresponde a la información recopilada durante el período comprendido entre el 1 de julio del año inmediatamente anterior y el 30 de junio del año en que se efectúa el reporte, para lo cual las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben reportar también reportar la información necesaria para que las Entidades Promotoras de Salud cumplan con su obligación de entregar la información.

Cabe precisar que esta resolución también establece de manera detallada la información que debe ser reportada por las EPS. En términos generales, el reporte comprende los datos de identificación del paciente y de la EPS, información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), así como datos generales sobre sus enfermedades precursoras. No obstante, respecto de estas últimas, la información exigida se concentra principalmente en aspectos como la IPS donde se realiza el seguimiento, las fechas de diagnóstico e inicio del tratamiento, los costos asociados al manejo de la enfermedad y el tratamiento de la ERC. En consecuencia, no se contempla de manera específica el reporte de las actuaciones adelantadas por las EPS para la vigilancia, seguimiento y control de los pacientes, particularmente en lo relacionado con las acciones desplegadas para prevenir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones. Así, el reporte parece estar orientado principalmente a registrar la situación y evolución clínica del paciente, más que a evaluar la gestión realizada por la EPS frente al riesgo en salud.

2.3.7. Sentencia T-147 de 2023

En esta sentencia, la Corte Constitucional analizó varios casos relacionados con la accesibilidad del derecho a la salud y a la vida digna, concluyendo que existía un vacío normativo que tenía que regularse por parte del Congreso de la República, los casos estudiados por la corte, tenían como hechos los siguientes:

1. **PRIMER CASO:** En este caso, un menor de cuatro años con trastorno del lenguaje debía recibir terapias de fonoaudiología y ocupación integral en Bogotá pese a residir en Soacha, sin que su EPS contara con una IPS habilitada en ese municipio.
2. **SEGUNDO CASO:** Aquí, un paciente de sesenta y ocho años con enfermedad renal crónica requería diálisis tres veces por semana. Sin embargo, la EPS autorizó la prestación de este servicio en Chía (Cundinamarca), pese a que vivía en Suesca (Cundinamarca). Esto, sin que la EPS autorizara el transporte necesario.
3. **TERCER CASO:** En la misma medida, a un menor de 5 años, con trastorno del espectro autista, trastorno del neurodesarrollo, autismo atípico, retardo en desarrollo y retraso simple del desarrollo del lenguaje, que ha sido diagnosticado por varios especialistas, le ordenaron terapias diarias intensivas, y aunque en su municipio de residencia (El Banco-Magdalena) existían profesionales idóneos, la EPS no tenía contratos con ellos, obligando a la familia a trasladarse a otras ciudades (Cartagena, Santa Marta y Barranquilla).

Así las cosas, la Corte determinó que existían varios problemas jurídicos a solucionar, así:

a) Accesibilidad territorial como componente del derecho a la salud:

La Corte fue enfática en que cualquier barrera o limitación que restrinja la efectiva prestación de servicios de salud implica una afectación del derecho a la salud, especialmente cuando el usuario está en condición de vulnerabilidad.

b) Límites a la libertad de contratación de las EPS:

Aunque las EPS tienen la potestad de seleccionar y contratar libremente su red prestadora, esa libertad no puede desconocer el deber de garantizar el acceso a los servicios en todo el territorio nacional, quedando limitada por el deber de garantizar pluralidad de IPS, prestación integral y calidad, e idoneidad de los prestadores.

c) Vacío normativo identificado por la propia Corte:

La corte considera que existe una ausencia de regulación en el ordenamiento jurídico colombiano no establece a partir de qué número de afiliados se exige a una EPS tener centros de atención en un municipio, ni regula la distancia máxima que puede hacerse recorrer a un usuario, lo que ha permitido que en municipios con alta población afiliada las EPS no contraten IPS que suplan los servicios necesarios.

Así las cosas, para resolver los temas planteados, la Corte exhortó al Congreso de la República y al Ministerio de Salud y Protección social para que regulen en qué momento tiene la EPS la obligación de contratar una IPS en un municipio determinado, considerando

el número de afiliados, las patologías de estos, la distancia máxima de desplazamiento, la sostenibilidad financiera y los demás factores relevantes.

En esa medida, mediante el presente proyecto de ley, en cumplimiento del exhorto formulado por la Corte Constitucional, pretendemos que esto se regule la obligación de territorialización de la red de prestadores, mediante la cual las Entidades Promotoras de Salud deberán contratar, dentro del área de influencia territorial real del afiliado, al menos una Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada para el servicio o especialidad que este requiera, cuando concurren factores de volumen epidemiológico, frecuencia de la atención de la patología y distancia razonable de desplazamiento.

Esta disposición abandona deliberadamente el criterio de división político-administrativa departamental como referente de cercanía, en atención a que dicho criterio no refleja las dinámicas reales de acceso a los servicios de salud en el territorio colombiano: existen municipios cuya proximidad geográfica, vial y funcional los vincula de manera más directa con la red de prestadores de un departamento distinto al de su pertenencia administrativa, de forma que exigir la contratación dentro del propio departamento, lejos de garantizar el acceso oportuno, podría perpetuar la misma barrera geográfica que la presente ley busca eliminar.

En su lugar, se adopta el concepto de área de influencia territorial, entendido como la población de un conjunto de municipios que, por proximidad geográfica, vías de acceso y tiempos de desplazamiento, acceden habitualmente a una misma red de prestadores, con independencia de los límites departamentales. De esta manera, el proyecto de ley da cumplimiento directo al exhorto formulado por la Corte Constitucional, definiendo en la propia ley los factores objetivos que determinan el surgimiento de la obligación de contratación territorial, sin perjuicio de la reglamentación técnica que corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3.8. Supervisión Basada en Riesgos.

Mediante la Resolución 4559 del 11 de abril de 2018, "por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud", la Superintendencia Nacional de Salud adoptó el modelo de Supervisión Basada en Riesgos (SBR) como mecanismo para identificar los riesgos en salud, financieros y operativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de anticipar medidas de prevención, monitorear su evolución y mitigar su materialización. Bajo este modelo, corresponde a las entidades vigiladas identificar sus propios riesgos e implementar los controles correspondientes, mientras que a la Superintendencia le corresponde verificar el cumplimiento de dicha gestión, priorizando aquellos asuntos que representan mayor amenaza para la estabilidad del sistema.

No obstante, la propia Superintendencia ha reconocido que, no cuenta con una calificación individual (cuantitativa o cualitativa) del riesgo inherente ni del riesgo residual de cada Entidad Promotora de Salud (EPS) para la cohorte de patologías crónicas no transmisibles y de alto costo¹⁹. Esta afirmación evidencia que, si bien el marco normativo de la Supervisión Basada en Riesgos está vigente y operante en su diseño, su implementación efectiva frente a la prevención y a la progresión de enfermedades de alto costo continúa siendo mínima.

En este contexto, el presente proyecto de ley no pretende crear un nuevo modelo de supervisión que compita o se superponga con la Supervisión Basada en Riesgos, sino fortalecer y dotar de mayor especificidad el papel que la Superintendencia ya viene desarrollando, dirigiendo su capacidad de vigilancia y control hacia la progresión de la enfermedad como categoría priorizada de riesgo. Se busca así que la identificación temprana de riesgos en salud (hoy prevista de manera general en la Resolución 4559 de 2018) se traduzca en obligaciones concretas y verificables para las EPS, y en herramientas de seguimiento efectivo para la Superintendencia, con el fin de reducir tanto los riesgos clínicos que enfrentan los pacientes como los riesgos financieros que hoy comprometen la sostenibilidad del sistema.

Lo anterior resulta particularmente relevante si se considera que buena parte de las enfermedades precursoras de eventos de alto costo son susceptibles de tratamiento oportuno e incluso de reversión en sus estadios tempranos, evitando así la materialización del evento de alto costo que, una vez ocurrido, representa una carga desproporcionada de recursos para el sistema de salud.

2.3.9. Ausencia de activación de la facultad sancionatoria en materia de gestión del riesgo en salud

Resulta especialmente relevante para el diagnóstico que sustenta el presente proyecto de ley el hecho de que, en la misma respuesta al derecho de petición aquí referenciada, la Superintendencia Nacional de Salud haya reconocido que, luego de una búsqueda exhaustiva en sus bases de datos, no existe ninguna investigación administrativa en curso contra Entidad Promotora de Salud alguna por incumplimiento de las condiciones de permanencia en materia de Gestión del Riesgo en Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.5.2.3.3.2 del Decreto 780 de 2016 y en la Resolución 682 de 2018.

Esta circunstancia adquiere mayor gravedad al contrastarla con la actividad de inspección efectivamente desplegada por la entidad: entre 2022 y junio de 2026, la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud realizó ciento noventa (190) auditorías a las EPS del régimen contributivo y subsidiado, entidades adaptadas, regímenes especial y de excepción, y aseguradoras en salud. Es decir, la Superintendencia cuenta con una capacidad operativa de auditoría en ejercicio constante, pero dicha

¹⁹ Respuesta a Derecho de Petición - Superintendencia Nacional de Salud (Rad 20261000002597511)

actividad no se ha traducido, hasta la fecha, en un solo proceso sancionatorio relacionado específicamente con el incumplimiento de las obligaciones de gestión del riesgo en salud, precisamente la conducta que con mayor frecuencia antecede la progresión no controlada de enfermedades crónicas hacia estadios de alto costo.²⁰

Este contraste entre la facultad normativa existente y su nula activación en la práctica evidencia que el problema radica en la falta de competencias específicas sancionatorias de la Superintendencia, en conjunto con la ausencia de parámetros técnicos suficientemente específicos y verificables que permitan activar dicha facultad frente a la gestión del riesgo en salud. En otras palabras, la facultad sancionatoria existe a medias, y las herramientas para operacionalizarla frente a la vigilancia de afiliados y el control de la enfermedad son insuficientes. Este vacío es el que el presente proyecto de ley busca cerrar, mediante la definición de obligaciones concretas de vigilancia y control a cargo de las EPS y de criterios objetivos que permitan a la Superintendencia ejercer, de manera efectiva, la potestad sancionatoria que hoy permanece inactiva en esta materia.

2.4. Marco Jurídico sobre la materia a legislar

2.4.1. Marco Constitucional:

El artículo 48 de la Constitución Política reconoce la seguridad social como un derecho irrenunciable y un servicio público de carácter obligatorio, cuya prestación se encuentra a cargo del Estado, en los términos establecidos por la ley. Este derecho comprende el conjunto de medidas y prestaciones orientadas a garantizar a las personas una protección adecuada frente a las contingencias que puedan afectar su salud, su capacidad económica y sus condiciones de vida, mediante el acceso efectivo a los servicios de salud y a las demás prestaciones que integran el Sistema de Seguridad Social.

Así mismo, el artículo 49 de la Constitución Política reconoce la salud como un derecho fundamental y establece un conjunto de disposiciones directamente relacionadas con el objeto del presente proyecto de ley. En particular, señala que corresponde al Estado garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, así como ejercer la vigilancia y el control sobre la prestación de los servicios de salud. De igual manera, la disposición constitucional reconoce la responsabilidad de las personas en el cuidado integral de su salud, en los términos que establezca la ley. En este sentido, el artículo dispone:

ARTÍCULO 49. <Artículo modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

²⁰ Respuesta a Derecho de Petición - Superintendencia Nacional de Salud (Rad 20261000002597511)

*Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y **ejercer su vigilancia y control**. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

(...) (Subrayado y negrilla fuera de texto)

Por otra parte, el artículo 365 de la Constitución Política establece que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que corresponde a este asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Esta disposición guarda estrecha relación con el artículo 49 constitucional, en cuanto reconoce la salud como un servicio público a cargo del Estado y exige la adopción de medidas orientadas a garantizar su adecuada prestación.

En este marco, la eficiencia en la prestación de los servicios de salud no puede entenderse únicamente como la capacidad de atender las necesidades cuando estas se manifiestan, sino también como la implementación de acciones oportunas que permitan identificar, gestionar y reducir los riesgos que puedan afectar la salud de las personas. En particular, el seguimiento adecuado de las personas afiliadas que presentan diagnósticos o condiciones de salud con riesgo de progresión o complicación permite intervenir de manera anticipada, prevenir desenlaces evitables y favorecer un uso más eficiente de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En consecuencia, el fortalecimiento de la gestión integral del riesgo en salud y de los mecanismos de seguimiento y evaluación de las Entidades Promotoras de Salud se encuentra estrechamente vinculado con el mandato constitucional de garantizar una prestación eficiente de los servicios de salud.

Así mismo, el artículo 365 de la Constitución Política establece el deber del Estado de ejercer la regulación, el control y la vigilancia de los servicios públicos, con el propósito de garantizar su prestación eficiente. Este mandato adquiere especial relevancia en el ámbito de la salud, en el que la adecuada gestión de los riesgos que afectan a la población constituye un elemento esencial para garantizar la calidad, oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

En desarrollo de estos principios, el presente proyecto de ley busca fortalecer los mecanismos de vigilancia, inspección y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, particularmente frente al cumplimiento de las obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud relacionadas con la identificación, seguimiento y gestión oportuna de los afiliados que presenten condiciones de salud con riesgo de progresión, complicación o deterioro. Para tal efecto, se propone fortalecer el régimen aplicable frente al incumplimiento de dichas obligaciones, de manera que las actuaciones de inspección, vigilancia y control permitan prevenir la materialización de riesgos evitables y promover una gestión efectiva y oportuna de la salud de los afiliados:

ARTICULO 365. *Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.*

Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios. Si por razones de soberanía o de interés social, el Estado, mediante ley aprobada por la mayoría de los miembros de una y otra cámara, por iniciativa del Gobierno decide reservarse determinadas actividades estratégicas o servicios públicos, deberá indemnizar previa y plenamente a las personas que en virtud de dicha ley, queden privadas del ejercicio de una actividad lícita. (Subrayado y negrilla fuera de texto)

2.4.2. Marco Legal:

- **Ley 100 de 1993.**

Esta Ley crea el sistema de seguridad social integral, como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos dispuestos para que todas las personas puedan gozar de cobertura ante las contingencias de salud y capacidad económica. En esa medida, el artículo segundo de esta ley, contiene los principios dentro de los cuales se encuentra el principio de eficiencia, que hace referencia al manejo efectivo de los recursos del sistema:

ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. *El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:*

a. EFICIENCIA. *Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; (Subrayado y negrilla fuera de texto)*

En esa medida, el proyecto de ley pretende crear mecanismos que fortalezcan la gestión integral del riesgo y el seguimiento continuo de las enfermedades diagnosticadas. La vigilancia y control de la progresión de la enfermedad permite intervenir oportunamente sobre condiciones de salud que, sin un manejo adecuado, pueden evolucionar hacia complicaciones prevenibles y eventos de mayor complejidad y costo para el Sistema. Así las cosas, la eficiencia que inspira la presente iniciativa no debe entenderse exclusivamente como reducción del gasto, sino como la utilización óptima de los recursos disponibles para alcanzar mejores resultados en salud.

Cabe precisar que el principio de eficiencia adquiere una aplicación específica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, que lo concibe como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, procurando una adecuada relación entre los recursos empleados y los resultados en salud y la calidad de vida de la población.

Adicionalmente, el artículo 155 de la misma ley identifica los principales actores que integran el Sistema. Entre ellos se encuentran la Superintendencia Nacional de Salud, como organismo encargado de la inspección, vigilancia y control, y las Entidades Promotoras de Salud –EPS–, como organismos de administración y financiación del Sistema. La articulación de las funciones de estos actores resulta fundamental para garantizar el cumplimiento efectivo del principio de eficiencia, particularmente en lo relacionado con la adecuada gestión de los recursos y la obtención de mejores resultados en salud.

ARTÍCULO 155. INTEGRANTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. *El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por:*

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:
 - a) Los Ministerios de Salud y Trabajo;
 - b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<4>;
 - c) La Superintendencia Nacional en Salud;**
2. Los Organismos de administración y financiación:
 - a) Las Entidades Promotoras de Salud;**
 - b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud;

c) El Fondo de Solidaridad y Garantía.

3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.

4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.

5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.

7. Los Comités de Participación Comunitaria "COPACOS" creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

8. <Numeral adicionado por el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los requisitos financieros y de operación de los agentes de los que trata este numeral. La Superintendencia de Industria y Comercio, en el desarrollo de sus funciones, garantizará la libre y leal competencia económica, mediante la prohibición de actos y conductas de competencia desleal.

PARÁGRAFO. El Instituto de Seguros Sociales seguirá cumpliendo con las funciones que le competan de acuerdo con la Ley. **(Subrayado y negrilla fuera de texto)**

En esa medida, son las Entidades Promotoras de Salud –EPS–, en su calidad de entidades encargadas de la administración y financiación del Sistema frente a su población afiliada, las llamadas a desarrollar acciones orientadas a la gestión integral del riesgo en salud. No obstante, al revisar las funciones atribuidas a estas entidades por el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, se advierte que, si bien algunas de ellas se encuentran relacionadas con la organización, acceso y control de la atención en salud, no existe una obligación expresa y específica que les imponga realizar una gestión continua e integral del riesgo y de la enfermedad de sus afiliados, orientada a prevenir o reducir su progresión y evitar complicaciones prevenibles.

ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<4>.(Subrayado y negrilla fuera de texto)

Por su parte, el artículo 184 de la Ley 100 de 1993, establece la posibilidad de crear incentivos a la oferta y demanda de servicios dirigidos al control de costos:

ARTÍCULO 184. DE LOS INCENTIVOS PARA UN MEJOR SERVICIO. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario. (Subrayado y negrilla fuera de texto)

En esa medida, la presente iniciativa busca incorporar mecanismos de incentivos dirigidos a las Entidades Promotoras de Salud que demuestren una gestión eficiente y efectiva del riesgo en salud de su población afiliada, especialmente en lo relacionado con la identificación, seguimiento, continuidad del cuidado, vigilancia y control de las enfermedades. De esta manera, se pretende generar una estructura de incentivos que reconozca las buenas prácticas y los resultados favorables en salud, promoviendo que las EPS adopten medidas oportunas y efectivas orientadas a prevenir la progresión de las enfermedades, reducir las complicaciones evitables y disminuir la ocurrencia de eventos de alto costo prevenibles.

El Título IV de la Ley 100 de 1993 establece disposiciones relacionadas con la vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las cuales se encuentran las funciones atribuidas a la Superintendencia Nacional de Salud y el régimen sancionatorio aplicable a los sujetos sometidos a su inspección, vigilancia y control. En concordancia con lo anterior, el artículo 230 establece que la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer multas por la violación de las normas contenidas, entre otros, en el

artículo 178 de la Ley 100 de 1993. Asimismo, contempla la posibilidad de suspender o revocar el certificado de autorización de las Entidades Promotoras de Salud en los eventos expresamente previstos por la ley:

ARTÍCULO 230. RÉGIMEN SANCIONATORIO. *La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de solidaridad y Garantía.*

El certificado de autorización que se le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud podrá ser revocado o suspendido por la Superintendencia mediante providencia debidamente motivada, en los siguientes casos:

1. Petición de la Entidad Promotora de Salud.
2. Cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.
3. Cuando la entidad no haya iniciado su actividad en un plazo de tres meses contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización.
4. Cuando la entidad ejecute prácticas de selección adversa.
5. Cuando se compruebe que no se prestan efectivamente los servicios previstos en el Plan de Salud Obligatorio.

PARÁGRAFO 1o. *El Gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente Ley, protegiendo la confianza pública en el sistema.*

PARÁGRAFO 2o. *La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, control y vigilancia respecto de las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica. (Subrayado y negrilla fuera de texto)*

No obstante, pese a que el ordenamiento vigente contempla mecanismos de inspección, vigilancia, control y sanción frente al incumplimiento de las obligaciones de las EPS, se advierte la necesidad de fortalecer de manera expresa las obligaciones relacionadas con la gestión integral del riesgo en salud y la gestión de la enfermedad. En particular, resulta necesario establecer un deber específico de seguimiento y control de la progresión de las enfermedades de la población afiliada, así como mecanismos que permitan evaluar su cumplimiento y, cuando corresponda, adoptar las medidas administrativas previstas en el régimen sancionatorio.

- Ley Estatutaria 1751 de 2015

Esta ley establece el marco normativo para la regulación del derecho fundamental a la salud. En este sentido, su artículo 2 dispone que este derecho comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Este mandato resulta especialmente relevante para la presente iniciativa, en la medida en que busca fortalecer la gestión de las condiciones de salud de los afiliados, procurando que las intervenciones requeridas se realicen de manera oportuna y permitan prevenir o reducir la progresión de las enfermedades y la aparición de complicaciones evitables:

ARTÍCULO 2o. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. *El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (Subrayado fuera de texto)*

En concordancia con lo anterior, el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 reconoce la oportunidad como uno de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, y establece que la prestación de los servicios y tecnologías de salud debe realizarse sin dilaciones.

ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. *El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:*

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones; (Subrayado fuera de texto)

Este principio guarda una relación directa con el objeto de la presente iniciativa, pues la oportunidad en la atención no debe entenderse únicamente como la prestación de un servicio una vez se presenta una manifestación grave de la enfermedad, sino también como la adopción oportuna de las acciones de seguimiento, manejo y control necesarias para evitar, cuando sea posible, su progresión y la aparición de complicaciones prevenibles.

Por su parte, el artículo quinto de esta misma ley, señala como obligaciones del Estado, realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población

a lo largo del ciclo de vida. Esta obligación adquiere especial relevancia frente a las personas que cuentan con un diagnóstico clínico susceptible de progresar o generar complicaciones, pues el conocimiento previo de dicha condición permite adoptar medidas de seguimiento, manejo y control que procuren evitar la ineffectividad del sistema.

ARTÍCULO 5o. OBLIGACIONES DEL ESTADO. *El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:*

(...)

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;

(...) (Subrayado fuera de texto)

Bajo este principio, la atención en salud debe abordarse de manera integral y no mediante intervenciones aisladas frente a cada episodio de atención. En este sentido, la gestión integral del riesgo que propone el proyecto busca fortalecer una visión integral de las condiciones de salud de los afiliados, mediante mecanismos de seguimiento y control.

Esta misma ley establece, en su artículo 10, los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación de los servicios de salud. En este marco, el proyecto de ley propone incorporar un nuevo deber a cargo de los afiliados, orientado a fortalecer su participación y corresponsabilidad en el cuidado de su salud. Para ello, se plantea que, en ejercicio de su autonomía y dentro de las condiciones y límites establecidos por la ley, los afiliados atiendan las visitas domiciliarias que sean realizadas por las Entidades Promotoras de Salud en el marco de las acciones de gestión integral del riesgo y atiendan las recomendaciones e instrucciones impartidas por los profesionales de la salud para el adecuado manejo y control de sus condiciones de salud.

Por otra parte, el artículo 9 de esta Ley, establece disposiciones relativas a los determinantes sociales de salud. En este artículo se establece como deber del Estado adoptar las políticas necesarias para reducir desigualdades en los determinantes en salud:

ARTÍCULO 9o. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD. *Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.*

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y

determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

PARÁGRAFO. *Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.*

Así las cosas, si bien el artículo establece que el Estado debe desarrollar las políticas necesarias para reducir las desigualdades derivadas de las circunstancias que determinan la aparición de las enfermedades, no define de manera expresa qué autoridades o entidades tienen a su cargo la adopción de las medidas necesarias para atender dichos factores. En ese sentido, el proyecto busca que las EPS recopilen y gestionen la información necesaria sobre el entorno y las condiciones de vida de sus afiliados, con el propósito de identificar oportunamente los factores que puedan representar riesgos para su salud y, cuando corresponda, poner dicha información en conocimiento de las entidades competentes para que, en el marco de sus respectivas funciones, adopten las medidas orientadas a atenderlos. De esta manera, la iniciativa fortalece la identificación y gestión temprana de los riesgos en salud, sin trasladar a las EPS la responsabilidad de solucionar factores cuya atención corresponde a otras autoridades o sectores del Estado.

- **Ley 1438 de 2011**

La Ley 1438 de 2011 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y fortalece la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud. En este marco, su artículo 2 establece la orientación del Sistema, teniendo como eje central el bienestar del usuario, y dispone la concurrencia de acciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otras, con el propósito de promover de manera constante la salud de la población:

ARTÍCULO 2o. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. *El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o*

prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

2.1 Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.

2.2 Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.

2.3 Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.

2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.

2.5 Acceso efectivo a los servicios de salud.

Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores. Cuando esta evaluación muestre que los resultados en salud deficientes, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán y determinarán las medidas a seguir. (Subrayado y negrilla fuera de texto)

No obstante, si bien la norma contempla acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, no desarrolla de manera específica la gestión y el seguimiento de las enfermedades una vez han sido diagnosticadas, particularmente en lo relacionado con la vigilancia de su progresión y el control de las condiciones que pueden conducir a complicaciones o eventos de alto costo. En este sentido, la presente iniciativa busca fortalecer la orientación del Sistema, incorporando expresamente la gestión, seguimiento y control de las enfermedades como componentes de las acciones dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población.

De igual manera, el artículo 2 establece que el Gobierno Nacional deberá definir metas e indicadores de resultados en salud, entre los cuales se encuentra la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y, en general, de aquellas que puedan ser precursoras de eventos de alto costo. Sin embargo, estos indicadores se encuentran principalmente orientados a medir la ocurrencia de dichas enfermedades y no desarrollan de manera específica parámetros que permitan evaluar la gestión realizada frente a las personas que ya cuentan con un diagnóstico, tales como su seguimiento, control, continuidad del cuidado y evolución clínica.

Por ello, el proyecto de ley propone fortalecer este componente mediante la incorporación de indicadores que permitan evaluar no solamente la incidencia de las enfermedades crónicas

y precursoras de eventos de alto costo, sino también la capacidad del Sistema y de las Entidades Promotoras de Salud para realizar una adecuada gestión de las personas diagnosticadas, efectuar el seguimiento correspondiente y obtener resultados efectivos en el control de la progresión de sus enfermedades.

Por otra parte, esta misma ley, en su artículo 13, establece los elementos para la implementación de la Atención Primaria en Salud, dentro de los cuales se encuentran, entre otros, la eficiencia, la cultura del autocuidado y la atención integral, integrada y continua. Estos elementos parten de una concepción de la atención en salud que involucra no solo la actuación de las instituciones y los profesionales de la salud, sino también la participación activa de las personas en el cuidado y manejo de sus propias condiciones de salud.

ARTÍCULO 13. IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. *Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos:*

13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, **atención integral e integrada**, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, **eficiencia**, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

13.2 Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

13.3 Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.

13.4 Cultura del autocuidado.

13.5 Orientación individual, familiar y comunitaria.

13.6 Atención integral, integrada y continua.

13.7 Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.

13.8 Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.

13.9 Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad.

13.10 Participación activa de la comunidad.

13.11 Enfoque territorial. **(Subrayado y negrilla fuera de texto)**

En desarrollo de estos elementos, la presente iniciativa busca fortalecer la cultura del autocuidado mediante la incorporación de un nuevo deber a cargo de las personas afiliadas, consistente en atender las visitas domiciliarias que realicen las Entidades Promotoras de Salud en el marco de las acciones de gestión integral del riesgo, así como atender las recomendaciones e instrucciones impartidas por los profesionales de la salud. Con esta medida se pretende promover la corresponsabilidad de los afiliados en el cuidado de su salud y favorecer la adopción oportuna de las conductas necesarias para el adecuado manejo de sus condiciones de salud, contribuyendo a prevenir su progresión y la ocurrencia de complicaciones evitables.

Adicionalmente, el artículo 130 de esta ley establece las infracciones administrativas respecto de las cuales la Superintendencia Nacional de Salud puede imponer las sanciones correspondientes. No obstante, dentro de las conductas allí previstas no se contempla de manera expresa el incumplimiento de las obligaciones relacionadas con la gestión, seguimiento y control de las enfermedades de la población afiliada, particularmente frente a aquellas condiciones que presentan riesgo de progresión o de generar complicaciones.

ARTÍCULO 130. INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS. <Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

1. Infringir la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud.
3. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.
4. Impedir u obstaculizar la atención de urgencias.
5. Incumplir las normas de afiliación o dificultar dicho proceso.
6. Incumplir con los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en especial, con la negociación de los medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
7. Impedir o atentar contra la selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y, en general, por cualquier persona natural o jurídica.
8. La violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
9. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro o pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
10. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o suministrando información falsa.
11. No reportar información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y aquella que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias.
12. Obstruir las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud por renuencia en el suministro de información, impedir o no autorizar el acceso a sus archivos e instalaciones.
13. El no reconocimiento, el reconocimiento inoportuno, el pago inoportuno o el no pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

14. Incumplir los compromisos obligatorios de pago y/o depuración de cartera producto de las mesas de saneamiento de cartera, acuerdos conciliatorios y/o cualquier otro acuerdo suscrito entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del Contributivo o entre estas y cualquier otra entidad de los regímenes especiales o de excepción.

15. No brindar un diagnóstico oportuno, entendido como el deber que tienen las entidades responsables de prestar servicios de salud en aras de determinar el estado de salud de sus usuarios, de manera que se impida o entorpezca el tratamiento oportuno.

16. Aplicar descuentos directos, sobre los pagos a realizar a los prestadores de servicios de salud sin previa conciliación con estos, en los eventos en que las entidades responsables de pago efectúen reintegros de recursos a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). En todo caso, se respetarán los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades, en relación con los pagos y sus descuentos.

17. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

18. Incumplir los planes de mejoramiento suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

19. Incumplir con las normas que regulan el flujo de recursos y el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

20. Incumplir los términos y condiciones del trámite de glosas a las facturas por servicios de salud, impedir la radicación de las facturas e imponer causales de glosas y devoluciones injustificadas o inexistentes.

21. Incurrir en las conductas establecidas en el artículo 133 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO 1o. En los casos en los que, como resultado de las investigaciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de Salud, se compruebe que cualquier sujeto vigilado ha cometido una o más infracciones previstas en el presente artículo, por una razón atribuible a cualquier otra entidad sujeta a la vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, este iniciará y/o vinculará a dicho sujeto al proceso administrativo sancionatorio.

PARÁGRAFO 2o. En el proceso sancionatorio de la Superintendencia Nacional de Salud se atenderán los criterios eximentes de responsabilidad regulados por la ley respecto de cada una de las conductas señaladas en el presente artículo cuando haya lugar a ello.

PARÁGRAFO 3o. La Superintendencia Nacional de Salud no es competente para adelantar investigaciones administrativas respecto de la praxis en los servicios de salud.

En este sentido, la presente iniciativa propone incorporar un nuevo numeral al régimen de infracciones administrativas, dirigido a sancionar a las Entidades Promotoras de Salud que

incumplan las obligaciones de gestión integral del riesgo y de la enfermedad que les sean establecidas. De esta manera, el régimen sancionatorio se constituye en un mecanismo de garantía del cumplimiento efectivo de dichas obligaciones y en un instrumento para fortalecer la gestión preventiva del Sistema, promoviendo que las EPS adopten oportunamente las acciones necesarias frente a los afiliados que requieren seguimiento y control de sus condiciones de salud.

3. Conflictos de intereses – Artículo 291 de la Ley 5 de 1992

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

En consecuencia, el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, modificado por la Ley 2033 de 2009, definió lo relativo al Régimen de Conflicto de Interés de los Congresistas, en ese sentido dispuso:

“(…) Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.”

Por otra parte, la Ley precitada también define las circunstancias bajo las cuales se entiende que no hay conflicto de interés para los congresistas, en ese sentido se dispuso:

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

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto

legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.

c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.

d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.

f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.

PARÁGRAFO 1o. Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto.

PARÁGRAFO 2o. Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.

PARÁGRAFO 3o. Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5 de 1992.”

Sobre el conflicto de interés el Consejo de Estado en se ha pronunciado en Sentencia del año 2022²¹, estableciendo que:

“Siempre que se produzca un resultado provechoso por el simple ejercicio de una función oficial, que convenga al agente o a otra persona allegada, en el orden moral o material, surgirá un conflicto de intereses. Si la ley protege el interés, será lícito; pero si se persigue con fines personales, particulares, que sobrepasen el interés social, será ilícito”

²¹ COLOMBIA. CONSEJO DE ESTADO. SALA PLENA. Sentencia, Radicación número: expediente 11001-03-15-000-2002-0447-01 (03 de septiembre de 2002). Consejero Ponente: Roberto Medina Lopez.

También el Consejo de Estado el año 2010²² sobre el conflicto de interés se conceptuó:

“La institución del conflicto de intereses apunta a trazar un límite entre el ejercicio legítimo de la función legislativa y el aprovechamiento de esta función por parte del congresista para obtener beneficios personales o en favor de aquellas personas allegadas que determina la ley. Así las cosas, no se presenta conflicto entre el interés personal del congresista y el interés general cuando la ley tiene por destinataria a la generalidad de la sociedad, en abstracto, hipótesis en la cual quedan incluidos los amplios sectores sociales que son objeto de determinadas leyes, como por ejemplo las minorías étnicas o culturales, las profesiones, los contribuyentes o, como el caso que nos ocupa, las víctimas de la violencia en Colombia.

No sería razonable, por consiguiente, afirmar que por el hecho de ser abogado un congresista estaría impedido para participar en la aprobación de una ley que expida el estatuto de esa profesión; que por ser indígena estaría impedido para participar en el trámite de la ley orgánica que reglamente las entidades territoriales indígenas; que por ser propietario estaría impedido para intervenir en la discusión de una ley sobre impuesto predial; o que por encajar en la definición legal de víctima del conflicto estaría impedido para intervenir en los debates a un proyecto de ley que establece de manera general las reglas de resarcimiento a las víctimas de la violencia en Colombia. En todos estos casos, ciertamente, podría el congresista derivar de la ley en cuya discusión interviene un beneficio personal, pero no por la circunstancia de ser miembro del Congreso ni porque la ley se dirija a un grupo de personas tan restringido y exclusivo (y por tanto excluyente) que convierta al congresista en un destinatario predilecto. En los anteriores ejemplos las leyes no se dirigen a todos los colombianos sino a grupos muy significativos: los abogados, los indígenas, los propietarios de inmuebles, las víctimas del conflicto. No todos los congresistas forman parte necesariamente de estos grupos, pero por la amplitud social de dichos sectores en la nación y la generalidad de las prescripciones de la ley a ellos dirigida, normalmente algunos de los congresistas podrían quedar incluidos. Pues bien, en estos casos no cabe la figura de conflicto de intereses, pues a pesar de que un congresista podría convertirse en destinatario de alguna de las disposiciones legales, tal hecho no obedece a que la ley busque favorecerlo directa, exclusiva y especialmente.”

En consecuencia, se considera que la Ley y la jurisprudencia han dado los criterios orientadores que determinan circunstancias en las cuales se podría estar incurso en un conflicto de interés. Para lo cual será necesario que respecto del asunto objeto de conocimiento de parte del congresista (discusión o votación) se reporte un beneficio en el

²² COLOMBIA. CONSEJO DE ESTADO SALA DE CONSULTA Y SERVICIO CIVIL, Concepto, Radicación número: 2042 (21 de octubre de 2010). Consejero Ponente: Augusto Hernández Becerra.

que concurren tres características simultáneas, a saber, ser actual, particular y directo. Define la Ley también las circunstancias bajo las cuales se considera que no existe un conflicto de interés, en esa medida, se señala que aun cuando el congresista pueda reportar un beneficio, pero este se funde en el interés general, en el interés de sus electores, se dará lugar a que no exista tal conflicto.

Ahora bien, frente al contenido específico de la presente iniciativa, no se advierte que su discusión o aprobación pueda generar un beneficio particular, actual y directo para el congresista autor o para las personas respecto de las cuales la ley establece un vínculo relevante para efectos del conflicto de intereses. Las disposiciones propuestas tienen un carácter general y están dirigidas a fortalecer la gestión del riesgo en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la adopción de obligaciones, mecanismos de seguimiento, indicadores e incentivos aplicables a las Entidades Promotoras de Salud y demás actores involucrados, con el propósito de mejorar los resultados en salud y promover un uso eficiente de los recursos del Sistema.

En consecuencia, el eventual beneficio derivado de la iniciativa corresponde a un interés general, en cuanto sus disposiciones están dirigidas a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no a beneficiar de manera exclusiva o especial al congresista o a su núcleo familiar en los términos establecidos por el régimen de conflicto de intereses.

4. ANÁLISIS DE IMPACTO FISCAL DE LAS NORMAS - Ley 819 de 2003.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, en los proyectos de ley que ordenen gasto público o concedan beneficios tributarios deberá hacerse explícito su impacto fiscal y establecerse su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. En consecuencia, corresponde examinar si las disposiciones contenidas en la presente iniciativa generan obligaciones de gasto a cargo del Estado o comprometen recursos adicionales del Presupuesto General de la Nación.

ARTÍCULO 7o. ANÁLISIS DEL IMPACTO FISCAL DE LAS NORMAS. *En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.*

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

(...) (Subrayado y negrilla fuera de texto)

Sobre el particular, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-866 de 2010, precisó el alcance del artículo 7 de la Ley 819 de 2003 y señaló que el análisis de impacto fiscal

involucra al Congreso de la República y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, correspondiendo a este último, en razón de sus competencias y capacidades técnicas, aportar los elementos necesarios para determinar las consecuencias fiscales de las iniciativas legislativas:

“(…) es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7o de la Ley 819 de 2003:

i) Las obligaciones previstas en el artículo 7o de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas la estabilidad macroeconómica;

ii) El cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7o de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que ‘es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto’;

iii) En caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto, no lo vicia de inconstitucionalidad puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el legislador ejerza su función legislativa, lo cual ‘se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático’; y

iv) El informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición; sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Solo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...).’.

De igual manera, la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1250 de 2001, ha reconocido que el Congreso de la República puede autorizar gastos mediante ley, sin que ello implique, por sí mismo, la incorporación automática de las respectivas apropiaciones en el Presupuesto General de la Nación. La ejecución de tales autorizaciones se encuentra sujeta a las competencias constitucionales del Gobierno Nacional en materia presupuestal, a la disponibilidad de recursos y a las reglas establecidas en el ordenamiento jurídico.

“En consecuencia, corresponde al Congreso, en su condición de órgano de representación popular, decretar, por medio de la ley, los gastos que considere convenientes para el cumplimiento de los cometidos estatales.

No obstante, el artículo 154 de la Constitución reserva para el Ejecutivo la iniciativa en materia presupuestaria. Ello quiere decir que las leyes que decretan gasto son una simple autorización, en virtud de la cual, tales gastos podrán ser incorporados en una ley de presupuesto, si así lo propone luego el Gobierno.

Lo anterior porque, al decir del artículo 346 Superior, corresponde al Gobierno formular el presupuesto de rentas y ley apropiaciones, en el cual sólo se podrán incorporar partidas que correspondan a créditos judicialmente reconocidos, a gastos decretados conforme a las leyes anteriores, a gastos propuestos por el Gobierno para atender debidamente el funcionamiento de las ramas del poder público y el servicio de la deuda, y los destinados a dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo.

Con arreglo a estas competencias, el artículo 39 del Estatuto Orgánico del Presupuesto –Decreto 111 de 1996–, preceptúa que “Los gastos autorizados por leyes preexistentes a la presentación del proyecto anual del presupuesto general de la Nación, serán incorporados a éste, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, y las prioridades del Gobierno, si corresponden a funciones de órganos del nivel nacional y guardan concordancia con el Plan Nacional de Inversiones, e igualmente, las apropiaciones a las cuales se refiere el parágrafo único del artículo 21 de la Ley 60 de 1993”. (Subrayado fuera de texto)

No obstante lo anterior, es preciso señalar que, si bien las disposiciones contenidas en el presente proyecto de ley pudieran interpretarse, en una primera aproximación, como generadoras de gasto público al imponer obligaciones de vigilancia de los afiliados y control de la enfermedad a cargo de las EPS, así como la vinculación del personal necesario para desempeñar dicha función; un análisis más detenido de su finalidad y de la evidencia técnica disponible permite concluir que la iniciativa no busca incrementar el gasto del sistema, sino redistribuir con mayor eficiencia recursos que hoy se destinan a una atención hospitalaria evitable y significativamente más costosa.

En efecto, el análisis técnico desarrollado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES, 2026) evidencia que el sistema paga sistemáticamente entre 5,3 y 59,8 veces más por resolver en el hospital condiciones que podrían controlarse de manera efectiva en el primer nivel de atención, brecha que se mantiene amplia tanto en condiciones agudas como crónicas. Bajo un escenario conservador de reducción del 20% de las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención primaria (HECSAP), dicho análisis estima un ahorro potencial de

\$1,04 billones anuales para el sistema, cifra que podría ascender hasta \$2,61 billones bajo un escenario más ambicioso de reducción del 50%.²³

Lo anterior significa que el fortalecimiento de la vigilancia de los afiliados y el control de la enfermedad, lejos de representar una carga fiscal neta, constituye una inversión con retorno cuantificable en términos de sostenibilidad financiera del sistema: cada caso resuelto oportunamente en el primer nivel de atención libera recursos que hoy se destinan a hospitalizaciones evitables, recursos que pueden reinvertirse en fortalecer la atención primaria en salud. En esa medida, la presente iniciativa es compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, en tanto no compromete recursos adicionales del Presupuesto General de la Nación de manera neta, sino que propende por una reorganización más eficiente del gasto que el sistema ya viene ejecutando.

De los honorables Congresistas,

YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA

Honorable Representante de la Cámara

Congreso de la República

Partido Alianza Verde

²³ Análisis del costo de oportunidad de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria: potencial de reinversión y eficiencia del gasto en el SGSSS. ADRES 2026.
https://www.adres.gov.co/api/media/file/Analisis_del_costo_de_oportunidad_hospitalizaciones_julio_2026.pdf

4. Fuentes consultadas (Bibliografía, Webgrafía)

- Análisis del costo de oportunidad de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria: potencial de reinversión y eficiencia del gasto en el SGSSS. ADRES. Recuperado de:
(https://www.adres.gov.co/api/media/file/Analisis_del_costo_de_oportunidad_hospitalizaciones_julio_2026.pdf)
- Revista Cambio, 2026. Recuperado de:
(<https://cambiocolombia.com/pais/articulo/2026/9/sirvieron-las-intervenciones-a-las-eps-la-contraloria-encontro-que-sus-finanzas-empeoraron-en-2025>)
- Infobae, 2026. Recuperado de:
(<https://www.infobae.com/colombia/2026/09/02/contraloria-prende-las-alarmas-sobre-las-eps-deuda-con-hospitales-y-proveedores-llego-a-58-billones/>)
- Procuraduría General de la Nación, 2025. Recuperado de:
(<https://www.procuraduria.gov.co/Documents/2025/Diciembre%202025/La%20Procuraduri%cc%81a%20General%20de%20la%20Nacio%cc%81n%20y%20el%20Sistema%20de%20Salud%282%29.pdf>)
- Cuenta de Alto Costo. Recuperado de:
(<https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial/>)
- Cuenta de Alto Costo. Recuperado de:
(<https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-del-rinon/>)
- ¿De qué se están muriendo los colombianos y por qué las cifras de mortalidad están encendiendo alertas?. Portafolio. Recuperado de:
(<https://www.portafolio.co/economia/regiones/de-que-se-estan-muriendo-los-colombianos-y-por-que-las-cifras-de-mortalidad-estan-encendiendo-alertas-494692>)
- Respuesta a Derecho de Petición - Superintendencia Nacional de Salud (Rad 20261000002597511)
- Informe de seguimiento a enfermedades de alto costo: Cáncer. Organización Cuenta de alto costo. Recuperado de:
(<https://cuentadealtocosto.org/enfermedades-de-alto-costo/cancer/>)
- Informe de seguimiento a enfermedades de alto costo: Enfermedad Renal Crónica. Organización Cuenta de alto costo. Recuperado de:
(<https://cuentadealtocosto.org/enfermedades-de-alto-costo/erc/>)
- Valores de referencia para enfermedades en seguimiento por la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia en 2021. Universidad Javeriana. Recuperado de:
([https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/23%20\(2024\)/6872717028/index.html](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/23%20(2024)/6872717028/index.html))
- Ley 1438 de 2011. Congreso de la República. Recuperado de:
(<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>)
- Nota sobre el día mundial de la diabetes 2024. Organización Cuenta de alto costo. Recuperado de:
(<https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-diabetes-2024/>)

- Gonzalez Rojas et. al. (2021). Valores de referencia para enfermedades en seguimiento por la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia en 2021. Recuperado de: (<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/38057>)
- Corte Constitucional, T-147-23. Recuperado de:
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/T-147-23.htm>
- BBC Mundo. Kevin Acosta, el niño colombiano que murió esperando un medicamento para la hemofilia (y la indignación que genera la respuesta del gobierno). Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/articles/cvg1p3zjkp3o>
- Noticias Caracol. ¿Qué es la hemofilia, enfermedad que padecía Kevin Acosta, y por qué podría ser mortal? Disponible en: <https://www.noticiascaracol.com/salud/que-es-la-hemofilia-enfermedad-que-padecia-kevin-acosta-y-por-que-podria-ser-mortal-so35>
- CDC. Tratamiento de la Hemofilia. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hemophilia/es/treatment/tratamiento-de-la-hemofilia.html>
- El Colombiano. Indignación por respuesta de Petro y Jaramillo a muerte de niño por hemofilia: “Tuvo un accidente en bicicleta”. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/colombia/respuesta-petro-y-ministro-jaramillo-muerte-kevin-acosta-nino-hemofilia-accidente-en-bicicleta-GE33627010><https://www.elcolombiano.com/colombia/respuesta-petro-y-ministro-jaramillo-muerte-kevin-acosta-nino-hemofilia-accidente-en-bicicleta-GE33627010>
- El País. La Procuraduría concluye que el niño Kevin Acosta murió por negligencia de la Nueva EPS. Disponible en: <https://elpais.com/america-colombia/2026-03-17/la-procuraduria-concluye-que-el-nino-kevin-acosta-murio-por-negligencia-de-nueva-eps.html>