

**ORZA**

Relacionamiento estratégico

# Aprobación de la reforma a la Salud en 2do debate

Contenido y prospectiva

Marzo 7, 2025

# ÍNDICE

01.

## **Lo aprobado en segundo debate**

Pág. 3 - 5

---

02.

## **El "efecto Benedetti": más estrategia que cambios en los votos**

Pág. 6 - 7

---

03.

## **¿Que viene en la Comisión VII del Senado?**

Pág. 8

---

## **INTRODUCCIÓN**

Este documento analiza el panorama en el que se da el paso a Senado para su tercer debate a la Reforma a la Salud 2.0 (PL 312 de 2024), una iniciativa clave del Gobierno nacional que busca transformar profundamente el sistema de salud colombiano. La propuesta llegó al Congreso después del fracaso de la primera reforma (PL 339 de 2023), con la certeza de tener un paso fácil por Cámara, más allá del escenario legislativo marcado por divisiones políticas, negociaciones uno a uno, y una alta congestión legislativa. Ahora, al pasar a su tercer debate en el Senado de la República, enfrentará a una Comisión VII muy distante de su homóloga de la Cámara, lo que plantea un escenario muy complejo, ya que la mayoría de los senadores han manifestado su molestia por la radicación del mismo texto que archivaron en 2024 y su cruce con una Reforma Laboral en tercer debate.

# Aprobada la reforma a la Salud en Cámara

Jueves 6 de marzo de 2025

*La reforma fue aprobada en la Plenaria de la Cámara tras un remezón polémico que mostró débil al gobierno, pero parece que permitió el avance exprés de la iniciativa.*



Fuente: X @AABenedetti

La reforma a la Salud 2.0 dio un paso clave en su trámite en el legislativo: la Cámara de Representantes aprobó el articulado en segundo debate. Esto significa que ahora pasa al Senado, donde tendrá que superar viejos obstáculos que enfrentó la primer versión. Es importante entender lo que cambiará en el sistema con la reforma. Por ello, desglosamos algunos de los principales cambios que fueron aprobados:

## Unidad de Pago por Capitación y nuevos fondos

Uno de los puntos más críticos y polémicos de la iniciativa se basa en el papel de la ADRES, que pasará a ser el **pagador único del sistema de salud**. Es decir, las transacciones financieras con las IPS serán realizadas sin la intermediación de las actuales EPS. Estos recursos incluyen las cotizaciones de los afiliados y los recursos fiscales.

Asimismo, se aprobó la creación del **Fondo Único Público de Salud**. Este es un mecanismo que pretende centralizar los recursos del sector y distribuirlos mediante subcuentas específicas. Asimismo, gracias al art. 18, se modificará la UPC, buscando que los recursos se asignen con base en la necesidad de los pacientes, buscando la prevalencia de un pago anticipado y con un control y auditoría, en el papel, más estrictos que actualmente.

## ¿Y las EPS?

El cambio coyuntural continúa: las EPS desaparecerán, en su forma actual, y se convertirán en **Gestoras de Salud y Vida**. Estas no seguirán manejando los recursos directamente ni asumirán el riesgo financiero, sino que se dedicarán a la organización y coordinación de la prestación de los servicios.

Para lograr acogerse a la transformación, las EPS deberán cumplir algunos requisitos específicos, por ejemplo: presentar un plan de saneamiento financiero. Para cumplir con estos requisitos y transformarse, las EPS contarán con **2 años**, en los que tendrán además que desmontar la integración vertical: no podrán seguir siendo dueñas de sus propias clínicas y hospitales. Aquellas que no cumplan con los requisitos deberán liquidarse.

Asimismo, se crean los **Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)**, el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema de salud. El objetivo es que estos atiendan la mayoría de las consultas médicas con el fin acabar la congestión del sistema y promover el enfoque preventivo del mismo.

## Modificaciones en la administración y financiamiento del sistema de salud

Se creará el **Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH)**, su objetivo será mejorar la infraestructura de los hospitales y clínicas públicas. Este será financiado con recursos del PGN, cooperación internacional y las regalías.

Ahora bien, parte de la polémica se dio por la aprobación de las **facultades extraordinarias para el presidente**. Estas le permitirán reglamentar un nuevo régimen laboral para los trabajadores del sector salud, en un plazo de seis (6) meses, desde la entrada en vigencia de la norma.

En cuanto a este punto, la consulta previa con las comunidades y grupos étnicos buscará garantizar que cualquier cambio que los afecte en materia de salud deberá ser acordado y concertado con sus representantes. Esto incluye a comunidades indígenas, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom.

## Mecanismo de transición al nuevo sistema

Por un lado, se estableció que los regímenes de salud de las FF.MM, la Policía, el Magisterio y Ecopetrol seguirán operando bajo sus propios marcos normativos y no se verán afectados por la reforma. Asimismo, se estableció un régimen de transición, que busca garantizar que ningún ciudadano se quede sin cobertura en salud durante el cambio y la continuidad de los tratamientos para los pacientes.

Por último, se estableció que las EPS que decidan no transformarse a Gestoras de Salud y Vida deben transferir a sus afiliados sin afectar la continuidad del servicio.

## Nuevos artículos incluidos en el debate

Además de los 62 artículos que tenía la ponencia, la plenaria de la Cámara aprobó 22 artículos nuevos.

Estos incluyen disposiciones nuevas sobre medicamentos, salud mental, reconocimiento de títulos profesionales, incentivos de investigación y fortalecimiento de infraestructura. Entre ellos se destacan los siguientes puntos:

1. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Busca establecer medidas para mejorar la capacidad operativa, agilizar los trámites y fortalecer la vigilancia de la calidad. Esto es clave, ya que la entidad ha sido criticada por las demoras en la aprobación de medicamentos y dispositivos médicos, cosa que afecta el acceso a tratamientos innovadores en Colombia.
2. El Observatorio Nacional y Territorial de Salud Mental. Su objetivo es analizar la situación de la salud mental de los colombianos para identificar tendencias de enfermedades psiquiátricas y proponer estrategias de intervención.
3. Creación de un procedimiento más ágil y simplificado para la convalidación de títulos obtenidos en el extranjero, reduciendo los tiempos para el trámite.
4. Creación de un programa de incentivos para promover el deporte y la actividad física como herramientas de prevención en salud.
5. Crea disposiciones que buscarán financiar proyectos científicos, con el fin de fomentar la innovación tecnológica y crear estímulos para investigadores de epidemiología, salud pública y desarrollo de medicamentos, entre otros.

## ¿Y que se eliminó?

De los 62 artículos originales, se eliminó tan solo uno, el artículo 42. Este proponía un mecanismo meritocrático de selección de los directores de hospitales públicos. Esta eliminación generó polémica ya que podría permitir la politización de los nombramientos para estos importantes puestos, dejando la puerta abierta a la posibilidad de que sean elegidos sin criterios técnicos.



**VOTACIÓN PLENARIA - CÁMARA DE REPRESENTANTES**  
**REFORMA A LA SALUD (PL C312/2024) - 2do DEBATE**  
**06/03/2025**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CAPÍTULO I. OBJETO	Aseguramiento social en salud	Atención Primaria en Salud (APS)	Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS)	Gobernanza, rectoría y dirección del Sistema de Salud	Consejo Nacional de Salud	Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud	Obligatoriedad de las cotizaciones	Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud	Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud	Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)	Fondo Único Público de Salud	Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud	Cuenta de Atención Primaria en Salud	Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria	Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.	Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación	Gestión de pago por la prestación de servicios de salud	Autorización de pago de servicios
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Servicios Sociales Complementarios en Salud	Prestaciones económicas	Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Modificación de la destinación de parte de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante (FOSFEC)	Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras	Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones	USOS DE LOS RECURSOS EXCEDENTES DEL SECTOR SALUD	Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida	Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud	Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida	Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)	Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)	Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)	Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS)	Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)	Sistema de referencia y contrarreferencia	Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas.	Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital	Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE)
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE)	Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE)	Entidades de Salud del Estado Itinerantes	Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH)	Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud.	Identificación Única del Talento Humano en Salud.	Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE)	Régimen especial para trabajadores públicos del Sector Salud	Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.	Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Prestación de servicios de atención en salud	Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:	Tipos de Sanciones administrativas	Modifíquese el parágrafo 6 del artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así	La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias	Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas	Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom	Plan Nacional de Salud Rural (PNSR)	Promoción de Investigación y producción Vacunas	Regímenes Exceptuados y Especiales.
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud	Vigencia.	Fortalecimiento INVIMA	Reglamentación de las Sanciones a las IES por parte de la SuperSalud	Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades	Plan de incentivos para la promoción del deporte	Observatorio nacional y territorial de salud mental	Trámites ante el INVIMA	Desestimación de la Personalidad Jurídica para la liquidación Judicial	Laborización y formalización de las ISE
Defensor del Usuario en Salud	Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud	Recursos para la caracterización y focalización de las personas con discapacidad	Trámite expédito para la convalidación de títulos de salud obtenidos en el extranjero	Adiciona un paragrafo al artículo 6 de la ley 1917 de 2018	Modelo Comunitario de Salud Mental	Estímulos especiales para los investigadores	Financiamiento de la ciencia, innovación tecnológica e investigación en salud	Convalidación de títulos de talento humano	Acceso a la información del SPUIIS por parte de la Contraloría General de la República
Silencio Administrativo Positivo	Dirección de las ISE	Entidades adaptadas	Política de autocuidado						

	Aprobado con Proposición
	Aprobado como viene de la ponencia
	Eliminado
	Artículo Nuevo

**O R Z A**

# El "efecto Benedetti": más estrategia que cambios en los votos

Votación Promedio - Reforma a la Salud 2do Debate - Plenaria de Cámara				ORZA
Partido	A favor	En contra	No votó	Suma total
Afro	1		1	2
Alianza Verde	6	2	7	15
Cambio Radical		1	18	19
Centro Democrático			16	16
Colombia Renaciente			1	1
Comunes	5			5
Curules de Paz	14	1	1	16
Dignidad y Compromiso			1	1
Fuerza Ciudadana	1			1
Gente en Movimiento			1	1
Independiente/Centro Esperanza			1	1
LIGA		1	1	2
Liga (Estatuto de la Oposición)			1	1
MAIS	1			1
MIRA			1	1
Nuevo Liberalismo			2	2
Pacto Histórico	26		1	27
Partido Conservador	1	16	10	27
Partido de la U	12		3	15
Partido Liberal	22		11	33
<b>Suma total</b>	<b>89</b>	<b>21</b>	<b>77</b>	<b>187</b>

Fuente: Elaboración propia con base en el promedio de la votación de todos los bloques desde la aprobación de la ponencia positiva el 17 de diciembre de 2024, hasta el 6 de marzo de 2025.

El camino de la reforma a la salud en la Cámara de Representantes estaba prácticamente paralizado desde el 13 de febrero. No era un problema de números: el gobierno tenía las mayorías suficientes para aprobar el articulado, como lo demuestra la votación promedio. Sin embargo, el trámite estaba bloqueado debido a la negativa de los vicepresidentes de la Cámara, Jorge Tovar (curules de paz) y Lina María Garrido (Cambio Radical), quienes se resistían a firmar el orden del día que permitiera continuar con la discusión. Esto dejó el debate en un limbo legislativo durante semanas. Fue en este punto donde el nuevo ministro del Interior, Armando Benedetti, entró en escena para destrabar la reforma, no necesariamente para conseguir más votos, sino para garantizar que el trámite legislativo avanzara sin más dilaciones.

## El bloqueo de la reforma: los vicepresidentes como muro de contención

El estancamiento de la reforma en la Cámara se debía, en gran medida, a una jugada estratégica de la oposición y de algunos sectores independientes que, sin rechazar abiertamente el articulado, lograron detener la agenda legislativa con un simple mecanismo: negarse a firmar el orden del día. Mientras el gobierno confiaba en que tenía los votos suficientes para aprobar la reforma, la negativa de Tovar y Garrido impedía que el tema se discutiera.

Los vicepresidentes argumentaban que el Ministerio de Salud no había cumplido con las órdenes de la Corte Constitucional sobre la UPC y los presupuestos máximos, razón por la cual se rehusaban a dar vía libre a la discusión. Asimismo, afirmaban que la reforma está viciada, ya que el decreto de sesiones extras lo firmó el ex ministro del Interior, Gustavo García, antes de que su nombramiento fuera emitido, lo que constituiría usurpación de funciones. Sin su firma, la reforma no podía ser agendada y la plenaria de la Cámara estaba atada de manos. Aunque el gobierno tenía los votos, sin quórum y sin orden del día firmado, la reforma seguía en el aire.

## **Benedetti entra en escena: destrabar el trámite, no cambiar votos**

Armando Benedetti asumió el Ministerio del Interior el 26 de febrero, en medio de este escenario de bloqueo legislativo. Su misión era clara: destrabar el debate y garantizar que la reforma tuviera tracción en la plenaria. Lo logró en pocos días, sin embargo, no fue convenciendo a los opositores de cambiar su postura, sino asegurando que los procedimientos parlamentarios fluyeran. Para ello, Benedetti utilizó una estrategia política bien calculada:

### **1. Negociaciones con Tovar y la mesa directiva**

Se ha sabido que Benedetti se centró en negociar con Jorge Tovar, quien era la pieza clave en la firma del orden del día, dado que no pertenece a un partido de oposición, por lo que sería más fácil cambiar su postura. Asimismo, sabía que, sin esa firma, cualquier intento de reactivar la reforma sería inútil. En días previos a la reanudación del debate, se conoció que se reunió con el vicepresidente de la Cámara en Casa de Nariño y sostuvo diálogos directos con él. Aunque públicamente no se anunciaron acuerdos explícitos, lo cierto es que, para el martes 4 de marzo, Tovar dejó de resistirse y firmó el orden del día, permitiendo que la reforma volviera a ser debatida.

### **2. Mensaje de urgencia e insistencia: una jugada de presión**

Benedetti radicó un mensaje de urgencia en la Secretaría General de la Cámara. Esta herramienta obligaba a que el proyecto fuera la prioridad absoluta en la agenda legislativa hasta que se resolviera su votación. Con este movimiento, Benedetti redujo las opciones de la oposición para seguir dilatando el debate. Esta alternativa ponía una fecha de punto final al segundo debate, en caso de que no se le diera pronta tracción al proyecto, este debía aprobarse máximo el 5 de abril en la Plenaria de Cámara (Art. 191 - Ley 5 de 1992).

### **3. Garantizar la presencia de los congresistas y evitar fugas de quórum**

Otro problema que ha enfrentado el gobierno, no solo en la reforma a la Salud, sino en todas sus iniciativas clave, es la posibilidad de que los congresistas de los partidos aliados no asistan o se ausenten estratégicamente en momentos clave. Benedetti se aseguró de que los representantes de las bancadas aliadas permanecieran en el recinto durante la votación, sin importar que votaran positivo o negativo a nivel individual (como en el caso de los conservadores) evitando que la oposición buscara frenar la reforma con salidas masivas o falta de quórum.

### **4. La presencia de ministros y el despliegue de la Casa de Nariño**

Durante las sesiones clave, Benedetti no actuó solo. Logró que otros ministros del gobierno Petro, como el de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo, y el del Trabajo, Antonio Sanguino, estuvieran presentes en la plenaria, garantizando que la bancada oficialista se mantuviera cohesionada. También fue clave la presencia del presidente de la Cámara, Jaime Raúl Salamanca, quien trabajó de la mano con Benedetti para evitar nuevas dilataciones.

## **Los votos ya estaban: el "efecto Benedetti" fue mantener el debate vivo**

La imagen de la votación promedio confirma un punto central: La verdadera oposición en la Cámara de Representantes no radica en votar en contra de la reforma, sino en impedir que se votara. Desde el 16 de febrero, la estrategia de los sectores opositores no consistió en una confrontación directa en el debate ni en un intento por cambiar la correlación de fuerzas, sino en frenar la discusión con maniobras legislativas que impidieran que el articulado llegara a votación.

Esto se hizo evidente en la negativa de los vicepresidentes de la plenaria a firmar el orden del día, en la presentación sistemática de recusaciones y en el retiro estratégico de congresistas para romper el quórum. Más que una oposición activa, la resistencia a la reforma se estructuró como un boicot silencioso: mientras la discusión estuviera congelada, el gobierno no podía avanzar con su agenda. Benedetti no vino a cambiar votos, porque el gobierno siempre tuvo las mayorías. Su papel fue garantizar que esos votos se contaran. Al destrabar la parálisis, aseguró que la estrategia del "bloqueo por inacción" perdiera efectividad y que la reforma pudiera finalmente ser aprobada.

# ¿Qué sigue en el trámite de la Reforma?

Con la aprobación en la Cámara de Representantes, la reforma a la Salud se encamina hacia su tercer debate en la Comisión VII del Senado. Aunque el gobierno ha logrado avanzar con relativa fluidez en las primeras etapas, pues aún tiene un año y cuatro meses para aprobar la iniciativa en tercer y cuarto debate, el reto en el Senado será significativamente más complejo. La dinámica en la Cámara, donde los partidos bisagra (Liberal, Verde Conservador y La U) han mostrado flexibilidad, seguramente no se repita de la misma manera en la Comisión VII del Senado, donde ya fue hundida la misma iniciativa una vez.

El Pacto Histórico, como partido de gobierno, representado por Martha Peralta, Ferney Silva y Wilson Arias, seguirá defendiendo la postura de cambiar el Sistema de Salud por uno estatizado. Ahora bien, el gobierno no está solo, sus aliados más cercanos son los senadores Fabián Díaz, del partido Alianza Verde, y Omar Restrepo, de Comunes, quienes tendrán que ayudarlo a negociar y moderar su discurso y la iniciativa, para lograr acuerdos que les permitan alcanzar el número mágico de 8 votos a favor de la reforma.

El verdadero desafío del gobierno en la Comisión VII no está en la oposición predecible del Centro Democrático y el liberal, Miguel Pinto, sino en la posición de los partidos bisagra. Aunque los nueve senadores que hundieron la primera versión de la reforma han reiterado su intención de hacer lo mismo, sus votos aún no están completamente cerrados. El bloque conservador, la U, MIRA y CJL han mantenido una postura crítica, pero podrían reconsiderar si el gobierno ajusta su propuesta y flexibiliza ciertos puntos. En cuanto al ASI, este partido se declaró en independencia por causa de la reforma a la salud, en su pasada edición.

Sin embargo, aún no hay certeza sobre si mantendrá esta postura. Benedetti ya demostró en la Cámara su habilidad para destrabar bloqueos sin necesidad de cambiar votos, por lo que su estrategia podría centrarse en lograr que senadores clave acepten abrir el debate en lugar de cerrarlo de inmediato, garantizando así que la reforma avance sin el riesgo de un nuevo archivo prematuro.

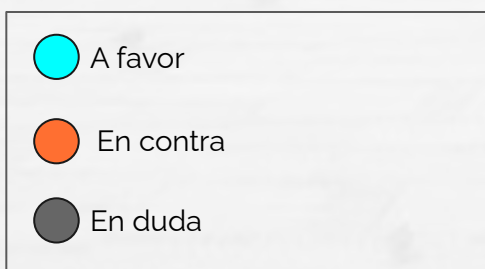
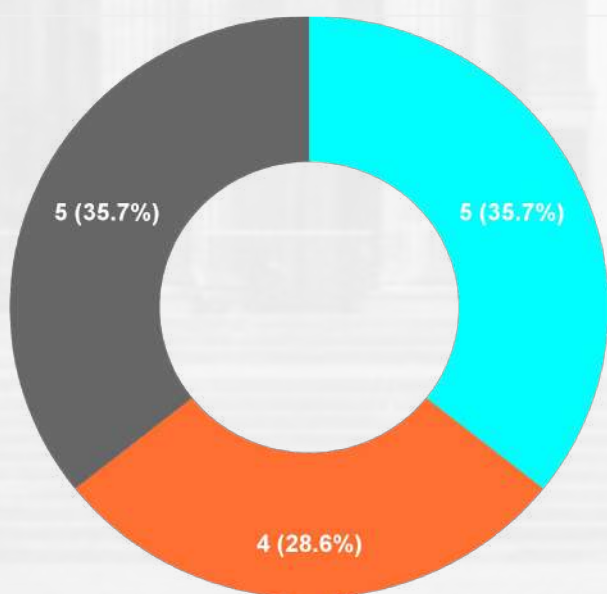
## Un dilema estratégico: Salud vs. Laboral

Más allá del debate en la Comisión VII, el gobierno enfrenta un reto mayor: la congestión legislativa. La reforma a la Salud tiene hasta junio de 2026 para ser aprobada en sus cuatro debate, mientras que la reforma laboral debe superar su tercer y cuarto debate antes del 20 de junio de este año.

El Ejecutivo debe decidir entre priorizar la laboral para salvarla o intentar avanzar ambas simultáneamente, arriesgando que la congestión legislativa termine hundiendo la laboral. Apostar por las dos podría diluir su capacidad de negociación, tensar el ambiente y aumentar la resistencia en el Senado.

La estrategia más segura sería enfocarse en la laboral ahora y retomar la de salud en la próxima legislatura, cuando el calendario legislativo sea menos apretado. Sin embargo, el calendario electoral se acerca cada vez más, por lo que el nivel de incidencia del gobierno disminuirá en la medida en que los congresistas necesiten mostrar resultados propios a sus electores.

## ¿Cómo se augura que votarán en la Comisión VII Senado de la República?



 Ferney Silva <b>Pacto Histórico</b>	 Martha Peralta <b>Pacto Histórico</b>	 Wilson Arias <b>Pacto Histórico</b>	 Omar Restrepo <b>Comunes</b>	 Fabian Díaz <b>Alianza Verde</b>
 Alirio Barrera <b>Centro Democrático</b>	 Honorio Henríquez <b>Centro Democrático</b>	 Nadia Blel <b>Partido Conservador</b>	 Esperanza Andrade <b>Partido Conservador</b>	 Ana P. Agudelo <b>MIRA</b>
 Norma Hurtado <b>Partido de la U</b>	 Berenice Bedoya <b>ASI</b>	 Lorena Ríos <b>Colombia Justa Libres!</b>	 Miguel A. Pinto <b>Partido Liberal</b>	

- **Criterio: declaraciones individuales y las emanadas por los partidos políticos.**



**“I realized that  
public affairs  
were also my  
affairs...”**

---

Helen Gahagan Douglas

**ORZA**