



# PROTECCIÓN SOCIAL

Proteger para crecer

PROTEGER PARA CRECER

1

UN ESCENARIO IDEAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
EN COLOMBIA EN LOS PRÓXIMOS 30 AÑOS

2

SALUD

3

SISTEMA DE PROTECCIÓN  
A LA VEJEZ

4

POLÍTICAS DEL CUIDADO

5

SÍNTESIS DE  
RECOMENDACIONES

6

REFERENCIAS

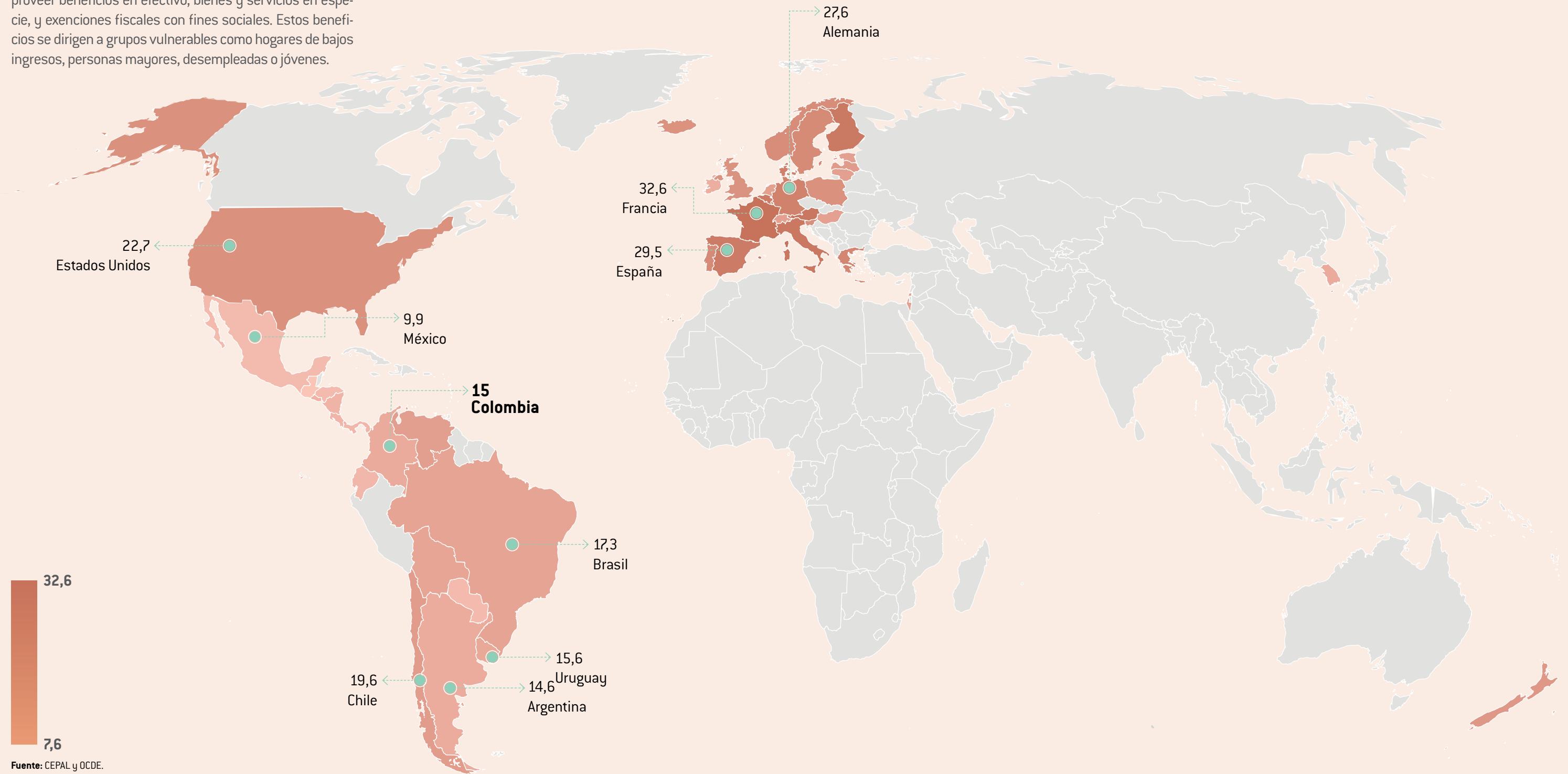
7

El joven usó ambas manos para protegerse de la caída de bloques de madera... El concepto de cuidar, proteger, proteger a los miembros de la familia para ser seguros y felices.



# GASTO PÚBLICO SOCIAL (% DEL PIB)

El gasto público social abarca los recursos destinados a proveer beneficios en efectivo, bienes y servicios en especie, y exenciones fiscales con fines sociales. Estos beneficios se dirigen a grupos vulnerables como hogares de bajos ingresos, personas mayores, desempleadas o jóvenes.



Fuente: CEPAL y OCDE.



# PERFIL DE COLOMBIA EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Tema	Indicador	Valor en Colombia	Ranking en América Latina	Mejor país en América Latina (valor)	Valor promedio OCDE	Fuente
Calidad y resultados en salud	Expectativa de vida al nacer (años)	73,65	9 de 17	Chile (79,51)	80,3	Banco Mundial (2022)
	Índice de cobertura universal (de 0 a 100)	80	4 de 17	Chile (82)	83	Organización Mundial de la Salud (2021)
	Tasa de mortalidad infantil (cada 1.000 nacimientos vivos)	10,6	9 de 17	Chile (5,4)	3,6	Banco Mundial (2022)
	Tasa de mortalidad materna (muertes por cada 100.000 nacimientos)	75	13 de 17	Chile (15)	10,8	Banco Mundial (2020)
	Número de médicos (por cada 1.000 personas)	2,2	6 de 17	Uruguay (5,1)	3,5	Organización Mundial de la Salud, OCDE (2001-2022)
	Número de enfermeros (por cada 1.000 personas)	1,5	16 de 17	Brasil (7,4)	10,3	Organización Mundial de la Salud, OCDE, MinSalud
Gasto en salud	Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares)	13,7	1 de 17	Colombia	18,5	Banco Mundial (2021)
	Riesgo de incurrir en gastos catastróficos relacionados con la atención quirúrgica (% de personas en riesgo)	8,9	5 de 15	Argentina 4,4	8,7	Banco Mundial (2021-2022)
	Índice Mundial de Seguridad Sanitaria (de 0 a 100)	53,2	6 de 17	México (57)	58,7	Global Health Security Index (2021)
Gasto Social	% del PIB en gasto social público	15	6 de 16	Chile (19,6)	22,1	Cepal (2021) y OCDE (2021)



Tema	Indicador	Valor en Colombia	Ranking en América Latina	Mejor país en América Latina [valor]	Valor promedio OCDE	Fuente
Pobreza	Tasa de incidencia en pobreza (ingreso menor a 2,15 dólares al día)	5	13 de 13	Uruguay (0,2)	0,3	Banco Mundial (2020-2023)
	Tasa de pobreza	35,4	12 de 13	Uruguay (4,8)	13,1	Cepal (2021) y OCDE (2021)
Cobertura en Pensiones	Cobertura pensional <sup>1</sup> total	27,7 %	10 de 15	Uruguay (87,4 %)		BID (2021)
	Cobertura pensional hombres	29,6 %	9 de 15	Chile (87,9 %)		BID (2021)
	Cobertura pensional mujeres	26,2 %	9 de 15	Uruguay (89 %)		BID (2021)
	Cobertura pensional urbana	32,4 %	10 de 14	Uruguay (87,1 %)		BID (2021)
	Cobertura pensional rural	9,5 %	8 de 14	Chile (89,6 %)		BID (2021)
	Cobertura de protección a la vejez (contributiva y no contributiva)	56,8 %	10 de 15	Bolivia (97,9 %)		BID (2021)
Sostenibilidad del sistema protección a la vejez	Relación de dependiende adultos mayores (cociente entre la población mayor de 65 años y la población de 15 a 64 años)	13,2 %	11 de 17	Honduras (7,7 %)		ONU (2021)
	Tasa de cotización en regímenes de ahorro individual (porcentaje de la renta imponible) <sup>2</sup>	11,5 %	2 de 9	Uruguay (11,95 %)		FIAP <sup>3</sup> (2022)

Nota: para establecer el *ranking*, todos los indicadores se ordenan de mejor a peor desempeño.

- Se entiende por cobertura pensional a personas de 65 o más años que declaran un monto recibido por pensión contributiva.
- Esta tasa solo considera el aporte a la cuenta individual y no otros conceptos, como la comisión de administración y la prima del seguro de invalidez y sobrevivencia.
- Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones.



## PROTEGER PARA CRECER

Cuando hablamos de competitividad, con frecuencia nos referimos a las condiciones que permiten o facilitan una mayor productividad, que a su vez se refleja en el bienestar de las personas y la prosperidad de las economías. Entre los temas del Informe Nacional de Competitividad, la infraestructura, la productividad rural, el sistema tributario o el tejido empresarial son ejemplos de estos dinamizadores de la competitividad. Sin embargo, la protección social presenta una condición especial, pues en mayor medida es tanto causa como consecuencia y fin en sí mismo de la competitividad.

Como causa, los sistemas de protección social cubren riesgos a lo largo del ciclo vital, y especialmente en las crisis. Esto lleva a suavizar el consumo ante choques y permite a las personas participar en la economía, minimizando su nivel de vulnerabilidad. La pandemia del COVID-19 mostró la importancia, literalmente vital, de estos sistemas.

Pero también la protección social es un fin en sí mismo de la competitividad y de las sociedades, pues contribuye a la cohesión social y al bienestar general de la población. Reduce la pobreza y la desigualdad, y nivela la cancha al brindar apoyo y soporte a quienes atraviesan situaciones de mayor vulnerabilidad, mediante su inclusión efectiva y el desarrollo de sus capacidades. Así, la protección social es el campo en donde se evidencian con mayor claridad los principios del Estado social de derecho, consagrados en nuestro contrato social de 1991.

Desde entonces, hemos tenido avances innegables. En materia de salud, mientras que en 1995 solo el 29 % de la población contaba con aseguramiento en salud, hoy estamos cerca de lograr una cobertura plena (Ministerio de Salud [Minsalud], 2023); el gasto de bolsillo —es decir, los pagos directos que realizan los hogares para acceder a servicios de salud— se encuentra entre los más bajos de la región y de los sistemas de salud equivalentes: 13,7 % frente a 30,5 % en promedio en América Latina.

La política social ha evolucionado en más y mejores instrumentos: transferencias y apoyos que han contribuido a la reducción de

la pobreza y la desigualdad, permitiendo a personas vulnerables acercarse a una garantía efectiva de derechos y acceso a los mercados. Un logro apalancado en el refinamiento de los sistemas de información como el SISBEN y el Registro Social de Hogares, que aumentan la eficiencia del gasto y permiten materializar el principio de solidaridad con una focalización efectiva.

En materia de pensiones, aunque mantenemos una baja cobertura y estamos lejos de un punto óptimo, hemos avanzado hacia un sistema de protección a la vejez que integra diferentes mecanismos, con el fin de garantizar un ingreso mínimo a más adultos mayores.

Paralelamente, el sistema de protección social ha evolucionado como respuesta a las demandas sociales y los debates alrededor de la justicia. Hoy la frontera se encuentra en las brechas de género y el reconocimiento de los cuidados como un servicio fundamental. Lo anterior ha llevado a la adopción de enfoques diferenciales e instrumentos de política pública que reconocen esta realidad y la incorporan en acciones de diseño y ejecución.

Sin embargo, paradójicamente, los sistemas de protección social son a su vez protegidos por sus propias sociedades a partir de la sostenibilidad de los recursos que lo sustentan. De ahí que la competitividad y la productividad sean clave para garantizar un equilibrio que asegure una relación simbiótica entre aportes y beneficios del sistema.

Este equilibrio es frágil, si la demanda supera con creces la capacidad de gasto, invariablemente se llega a la insostenibilidad. Esta fragilidad se exagera con tres realidades a futuro: el cambio demográfico, el cambio tecnológico y el cambio climático. La transición demográfica reduce paulatinamente la base de aportantes al sistema, al tiempo que aumenta la demanda por servicios de salud, cuidados y protección económica de la población adulta mayor. Las nuevas tecnologías que aumentan la esperanza de vida, en igual medida, demandan una mayor cantidad de recursos para su adopción. Y los fenómenos climáticos extremos aumentan la vulnerabilidad frente a desastres e infecciones.



## UN ESCENARIO IDEAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA EN LOS PRÓXIMOS 30 AÑOS

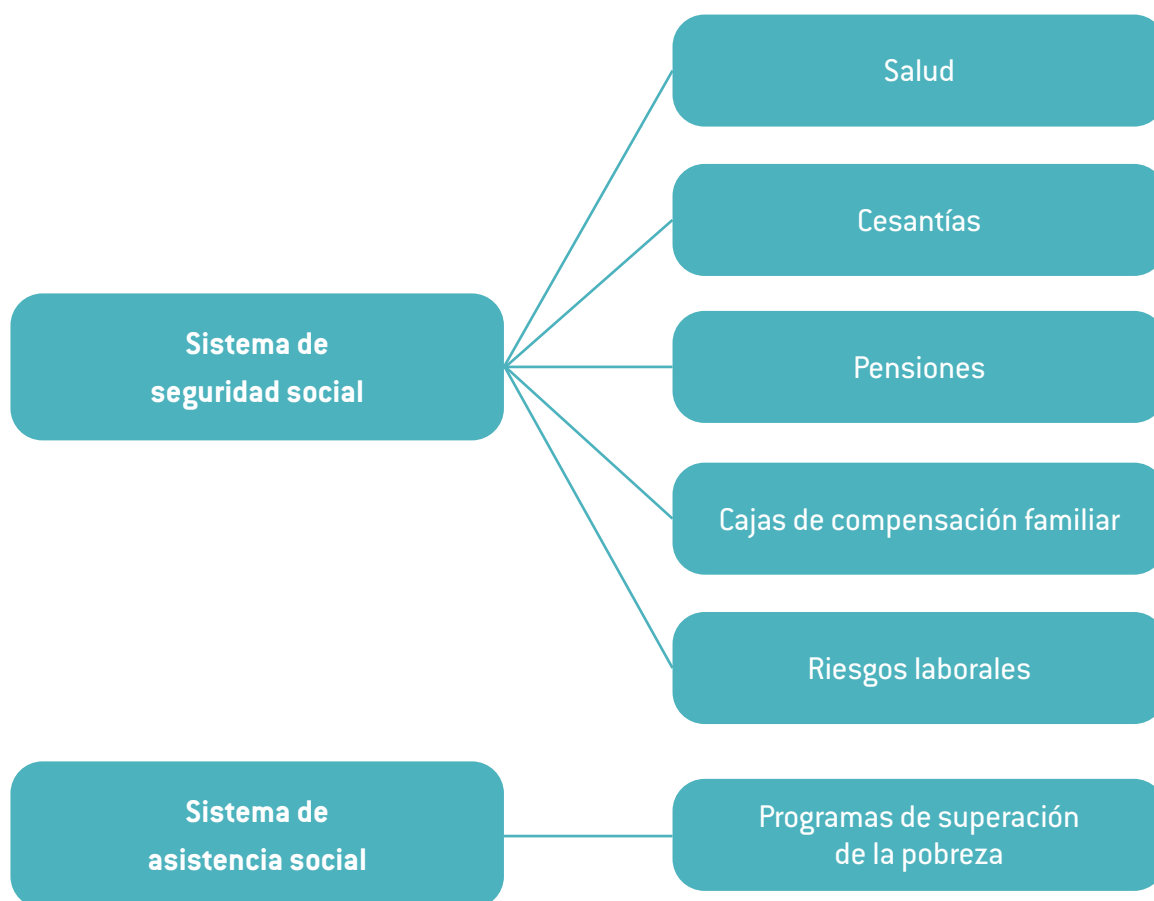
El Informe Nacional de Competitividad 2024-2025 considera un análisis prospectivo y propone escenarios ideales en cada uno de los capítulos, con el objetivo de orientar las acciones y decisiones presentes hacia un futuro ideal. El informe considera tres macro tendencias que moldean la visión prospectiva que se busca trazar en cada capítulo: (1) cambio tecnológico, (2) cambio demográfico y (3) cambio climático. Estas tres tendencias se abordan con mayor detalle en la separata especial, *Pensar en el futuro: visiones compartidas para el progreso de Colombia*, que acompaña este informe.

La Ley 789 de 2002 define el sistema de protección social en Colombia como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los co-

lombianos, especialmente de los más desprotegidos...”. En consecuencia, el sistema de protección social puede incluir diferentes mecanismos de protección frente a riesgos que una persona puede enfrentar durante su vida: desde los cuidados prenatales, la nutrición y derechos de la primera infancia, pasando por la protección al cesante, a la gestación y riesgos laborales, hasta la protección en la vejez a través del sistema de pensiones.

Esta perspectiva se materializa en los diferentes instrumentos de política pública que reglamentan y regulan el conjunto de instituciones que operan al sistema. A grandes rasgos, puede dividirse en dos categorías: 1) el sistema de seguridad social integral; y 2) el sistema de asistencia social (Figura 1).

Figura 1. Sistema de Protección Social en Colombia





Dada esta complejidad —y reconociendo la naturaleza cambiante del Sistema de Protección Social—, en esta primera versión del capítulo nos enfocamos en cuatro de sus principales subsistemas: 1) el sistema de salud; 2) el sistema de protección social a la vejez; 3) los sistemas de superación de pobreza y transferencias; y 4) el sistema de cuidados. Siguiendo el enfoque del INC 2024, para

construir la visión de futuro se utilizaron diversas fuentes de información que incluyen literatura especializada en prospectiva y tendencias globales, perspectivas de expertos en el área y una encuesta dirigida al público general. La Ilustración 1 resume los aspectos relativos a un escenario ideal de protección social que se resaltaron con mayor frecuencia en este ejercicio.

**Ilustración 1.** Principales palabras asociadas a un escenario de protección social ideal para Colombia en los próximos años

La cobertura universal, flexibilidad y sostenibilidad son los aspectos asociados con mayor frecuencia a un escenario ideal de protección social en Colombia.



Fuente: encuesta realizada por el CPC entre febrero y julio de 2024 dirigida al público general. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMD-M5ZmRINDAtZDg5OS00ZDdiLWFmY2Q0tZjcwNDMwN2ZhNjklwiidCI6ImNjNzdiNjIzLTRkOTEtNDg3Zi1iMmVjLTc3NmRjZjg0YmFmMjY5>

El elemento más frecuentemente citado en un escenario ideal de la protección social es el relacionado con la cobertura universal y la inclusión. La cobertura universal en los sistemas de protección social es fundamental para garantizar el bienestar y la equidad en una sociedad. Al asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a pensiones, servicios de salud y políticas de cuidado, se promueve una red de seguridad que protege a los individuos en momentos de vulnerabilidad, como la vejez, enfermedades o dependencia. Este enfoque inclusivo no solo reduce la desigualdad social y económica, sino que, al invertir en la salud y el bienestar de toda la población, se contribuye a una fuerza laboral más productiva, lo que en última instancia beneficia al desarrollo económico y social del país.

Además de la cobertura, un elemento clave de este escenario es la *flexibilidad*, o la capacidad del sistema de protección social para adaptarse a las cambiantes necesidades y circunstancias de la población. A medida que la estructura social, económica y laboral evoluciona, los desafíos y prioridades de las personas también cambian. Un sistema de protección social flexible puede ajustarse para abordar nuevas formas de empleo, variaciones en la estructura familiar y emergencias imprevistas. Un sistema flexible fortalece la capacidad de un país para proteger a sus ciudadanos. Por último, un escenario ideal de protección social en los próximos 30 años incluye la dimensión de sostenibilidad. Contar con un sistema de protección social sostenible es esencial para garantizar el bienestar a largo plazo de la población y la estabilidad de la so-



iedad. La sostenibilidad asegura que los recursos dedicados a pensiones, salud y servicios de cuidado sean suficientes y estén disponibles no solo para las generaciones actuales, sino también para las futuras. Un sistema sostenible equilibra las demandas actuales con la capacidad financiera a largo plazo, previniendo déficits que podrían comprometer su eficacia y la equidad en el acceso a servicios esenciales. También tiene reglas claras de elegibilidad, entrada y salida, y genera incentivos para contribuir y no abusar del sistema.

Sin embargo, directa o indirectamente, la protección social depende de la población económicamente activa y su productividad. Los sistemas de salud y pensiones (al igual que las contribuciones parafiscales y la protección al cesante) son financiadas principal-

mente con contribuciones del mercado laboral, que no solamente se caracteriza por una informalidad que en promedio ha rondado el 60 %, sino que también se va a ser afectado como consecuencia de la transición demográfica (Gráfica 1).

Por otro lado, los mecanismos de protección social que no dependen del mercado laboral, lo hacen del Presupuesto General de la Nación (PGN). Este, a su vez, necesita en gran medida del recaudo tributario para financiar el gasto social, lo que lo subordina a la dinamización de la economía, en donde el factor trabajo desempeña un papel importante.

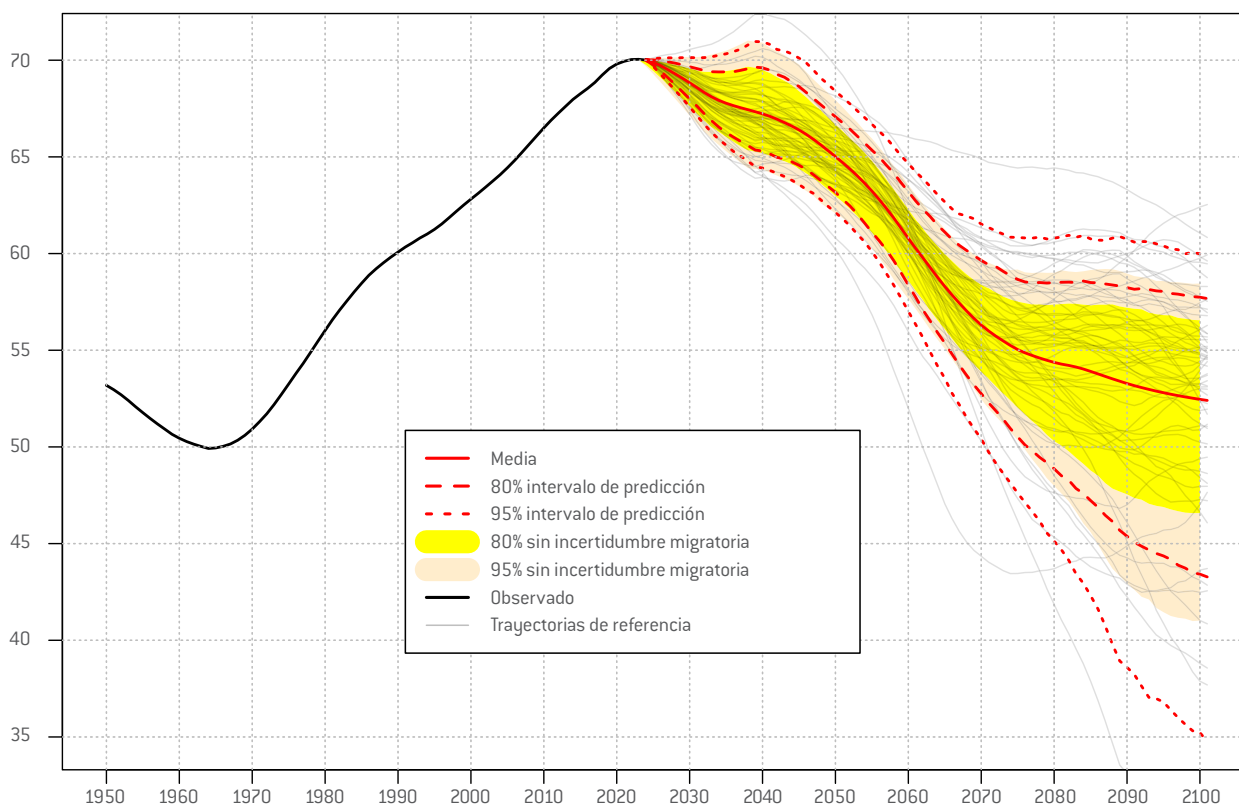
En consecuencia, el cambio demográfico representa un reto para la sostenibilidad de la protección social.

**Gráfica 1.** Proyecciones demográficas. Colombia, 1950-2100



A partir de la presente década, la población en edad de trabajar irá decreciendo, lo que representa una amenaza para la sostenibilidad del sistema de protección social. Al mismo tiempo la esperanza de vida continuará en aumento.

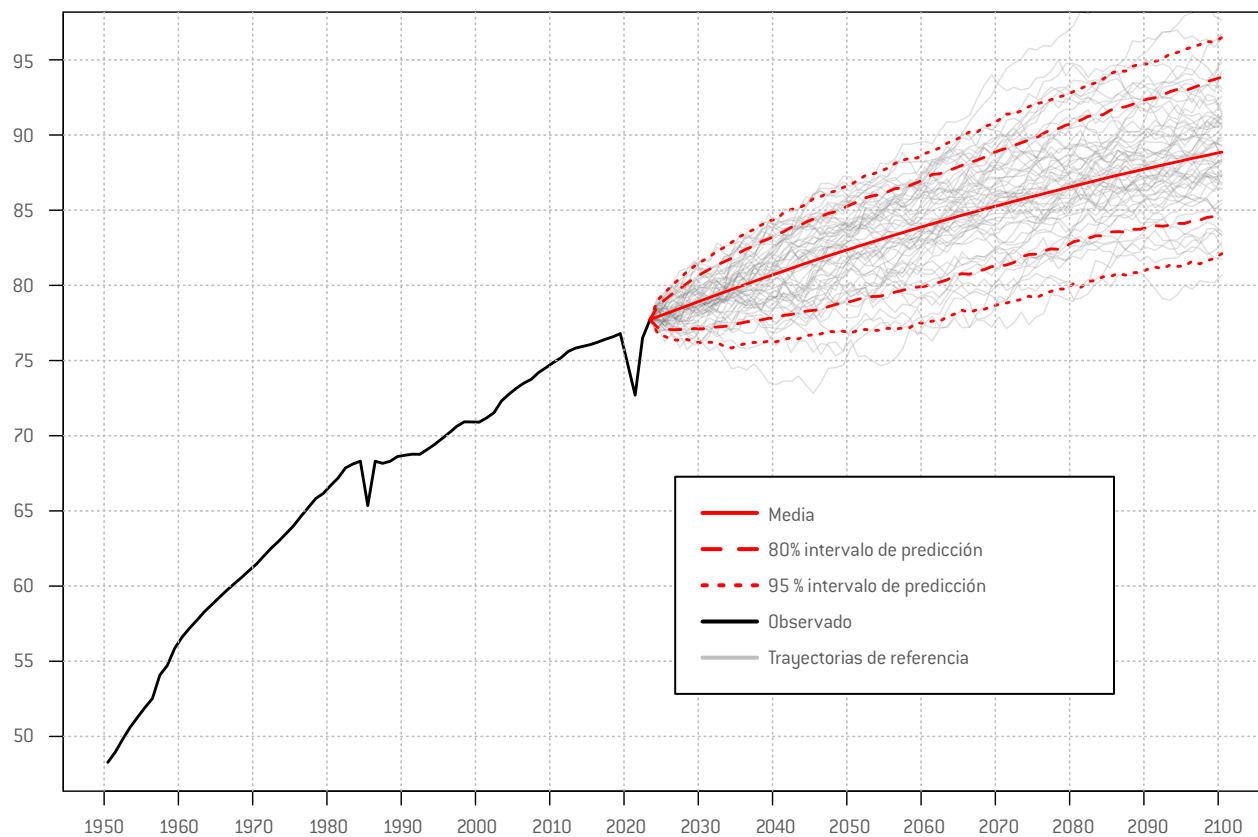
**Panel a. Población en edad de trabajar**







Panel b. Esperanza de vida.



Fuente: ONU (2024).

La otra cara de la moneda del cambio demográfico como reto para la sostenibilidad del sistema de protección social se encuentra en el aumento de la esperanza de vida. Hoy el promedio está entre los 75 y 80 años. Sin embargo, hacia finales del siglo la esperanza de vida de los colombianos en promedio alcanzaría los 90 años (ONU, 2024).

Esto, sumado a la tendencia difícilmente reversible de que el sistema de pensiones cubre apenas a uno de cada cuatro adultos mayores, es ineludible la necesidad cada vez mayor de recursos para atender tanto programas no contributivos de protección a la vejez (hoy Colombia Mayor), como del sistema de aseguramiento en salud para una creciente población vulnerable y en alto riesgo.



3

# SALUD

## A QUIÉNES ATENDEMOS

El sistema de salud colombiano ha conseguido avances sustanciales en materia de cobertura desde comienzos de los años noventa: mientras en 1995 el sistema cubría al 29,1 % de la población, en 2024 el 98,5 % está cubierto por el sistema de salud (Gráfica 2). La ampliación de la cobertura se ha convertido en uno de los principales logros de protección social en el país. Este avance ha sucedido en el contexto de un esquema descentralizado que buscaba la competencia de mercado entre los actores y que implicaba una transición de los sistemas públicos centralizados que habían estado asociados a un alto gasto con baja cobertura (Londoño y Frenk, 1997; Ruiz *et al.*, 2018) y construido sobre la figura del aseguramiento prestado por las entidades promotoras de salud (EPS).

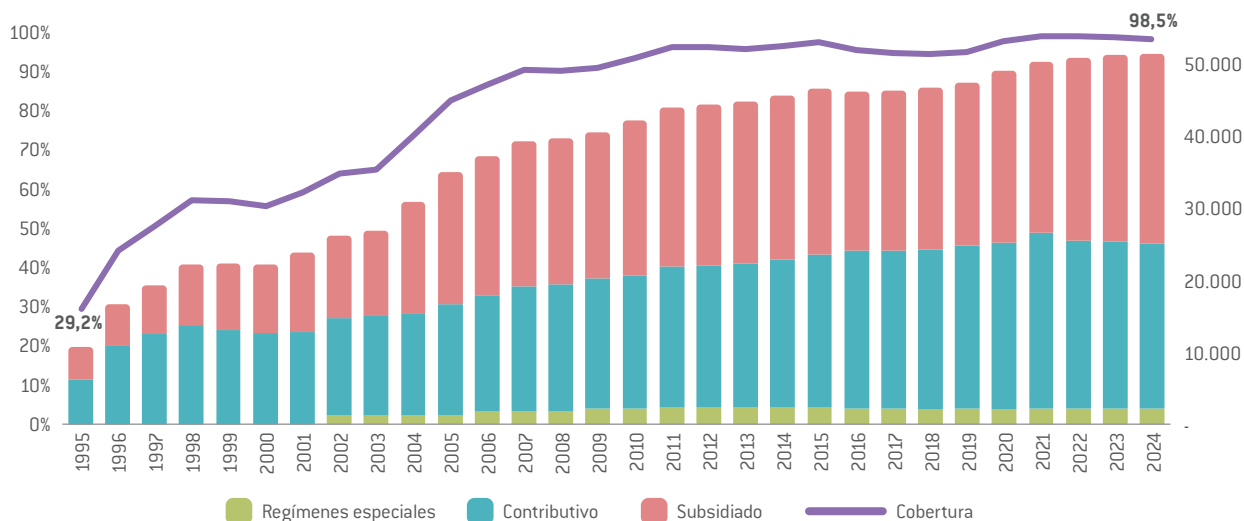
La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial (2020) señalan que “la cobertura univer-

sal de salud se alcanza cuando todas las personas, comunidades y grupos sociales tienen acceso a los servicios de salud que necesitan, estos servicios tienen un grado efectivo de calidad y los usuarios no son vulnerables a las dificultades financieras debido al uso de dichos servicios”. Esta definición considera tres dimensiones clave:

- Acceso a servicios de salud, independientemente de las características socioeconómicas, la ubicación o las vulnerabilidades de las personas.
- Protección financiera, de manera que la población pueda acceder a servicios de salud sin incurrir en riesgos financieros.
- Atención en salud eficaz, costo-efectiva y sostenible.

**Gráfica 2.** Población afiliada al sistema de salud. Colombia, 1995-2024

La ampliación de la cobertura en salud ha sido notable en las últimas décadas. A julio de 2024, el 98,5 % de la población contaba con aseguramiento en salud.



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (BDUA-SGSSS, 2024).



En materia de protección financiera, un bajo gasto de bolsillo (es decir, la porción del gasto en salud que es asumida por los hogares) representa un mecanismo de protección financiera ante eventos que, de otra manera, resultarían perjudiciales para los hogares. Cuando los costos directos para las personas son elevados, se corre el riesgo de que estas, especialmente las de bajos ingresos, eviten buscar atención médica o se enfrenten a dificultades financieras graves. Un bajo gasto de bolsillo asegura que los individuos no se vean obligados a elegir entre cubrir necesidades

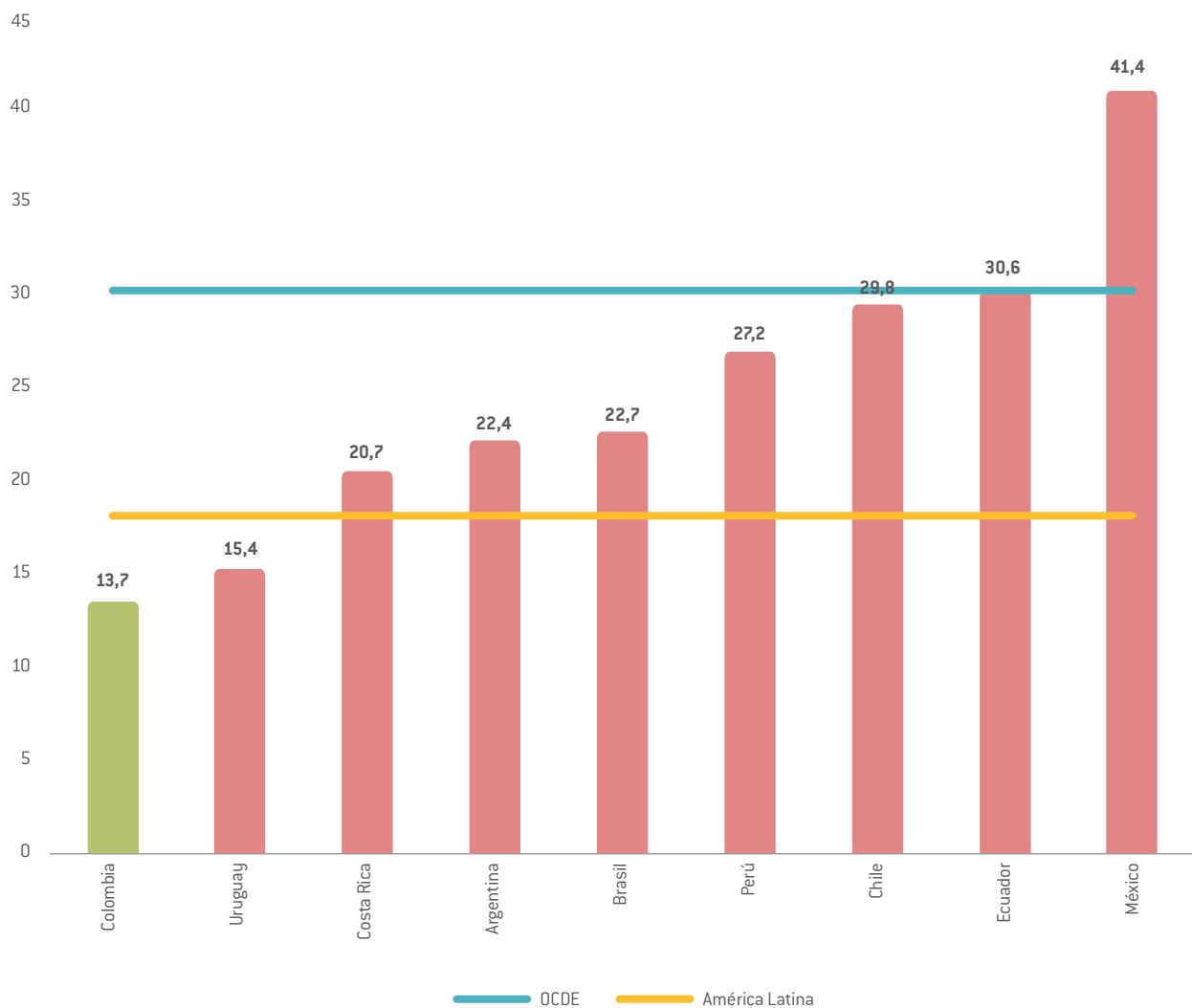
básicas y recibir la atención médica que necesitan. De esta manera, contribuye a reducir las desigualdades en salud.

En Colombia los pagos directos que deben realizar los hogares y que corresponden a la parte no cubierta por el sistema de salud son bajos e incluso son inferiores a la cifra promedio de los países miembros de la OCDE. Además, como se observa en la Gráfica 3, el gasto de bolsillo en Colombia (13,7 % del gasto en salud) es casi la mitad del gasto de bolsillo promedio de América Latina (30,5 %).

**Gráfica 3.** Gasto de bolsillo (% del gasto en salud). Colombia y países de referencia, 2021 y 2022



La proporción de gasto en salud que asumen los hogares es relativamente baja en Colombia. Esto se convierte en una herramienta de protección financiera ante gastos por atención en salud.



Fuente: Banco Mundial (2022).



## → CÓMO LOS ATENDEMOS

Más allá del aseguramiento, el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud continúa siendo uno de los principales retos del sistema. Las barreras que impiden que las personas soliciten o reciban atención médica pueden provenir de (1) factores de oferta, es decir, aquellos atribuibles al prestador de los servicios, y (2) factores de demanda, que corresponden a aquellos relacionados con las condiciones del usuario.

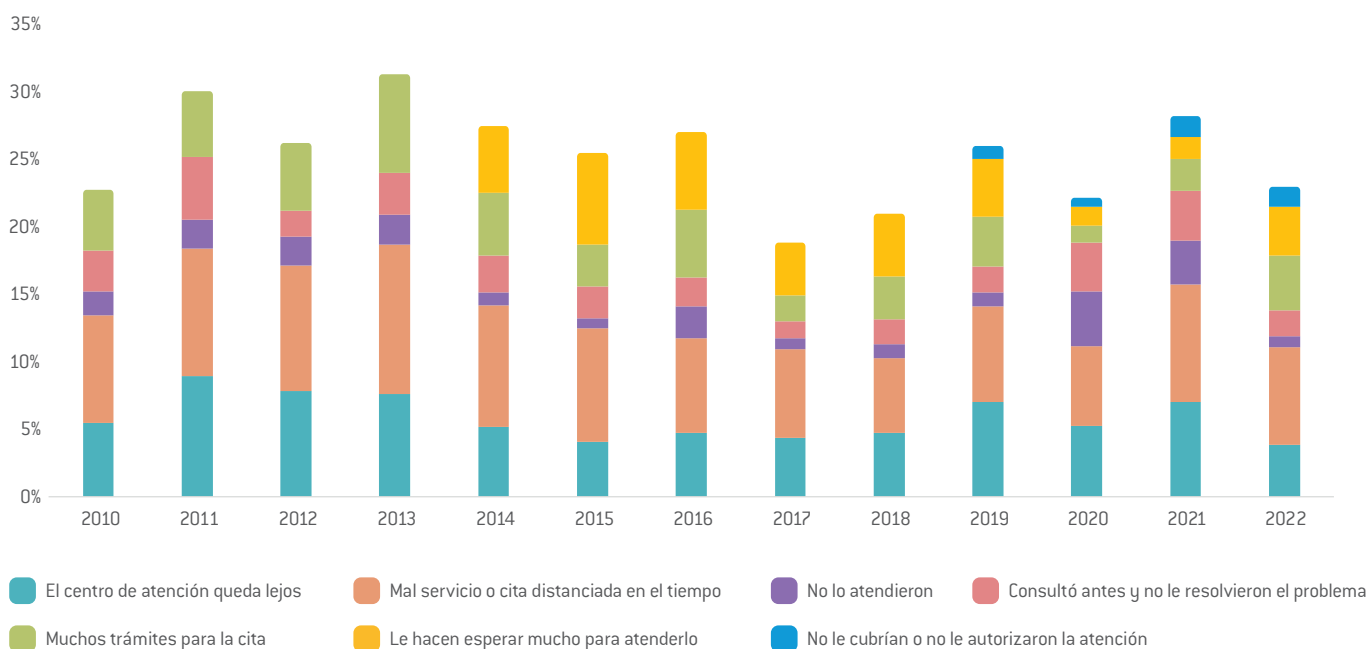
La Encuesta de Calidad de Vida del DANE ofrece información valiosa para aproximarse a las barreras de oferta, ya que identifica las razones por las que las personas con un problema de salud no han recibido o no han solicitado atención médica. Los resultados de 2023 muestran que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación del centro de atención y la cantidad de trámites han impedido el acceso a los servicios médicos para una de cada cuatro personas con problemas de salud, como se observa en la Gráfica 4. Si bien

este nivel se ha reducido desde 2013, es aún muy elevado y dificulta el disfrute oportuno del derecho a la salud que promulga la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 establece los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) como instrumento de planeación del Gobierno Nacional y las secretarías de salud departamentales y distritales en torno a la inversión pública en infraestructura y dotación de salud. Es importante asegurar el funcionamiento de este instrumento para identificar las necesidades de infraestructura que puedan contribuir a disminuir las barreras de acceso geográficas.

Las barreras de demanda citadas con mayor frecuencia por los usuarios como razón para evitar el uso de los servicios de salud fueron: el caso era leve (59,1 %); no tuvo tiempo (3,2 %); falta de dinero (5,1 %); no confía en los médicos (2,0 %), y dificultad para viajar (0,7 %).

**Gráfica 4.** Personas con problemas de salud que no solicitan o no reciben atención médica debido a barreras de oferta. Colombia, 2010-2022

Las barreras de la oferta citadas con mayor frecuencia para no recurrir a la atención médica o no haberla recibido son el mal servicio, la oportunidad de las citas y los excesivos trámites.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida (2022). Cálculos realizados por el Consejo Privado de Competitividad (CPC).





En este mismo sentido, la persistencia de barreras de acceso a servicios oportunos de salud ha incentivado que los ciudadanos busquen su provisión a través de acciones de tutela. La Gráfica 5 muestra el número total y la proporción de tutelas que invocaron el

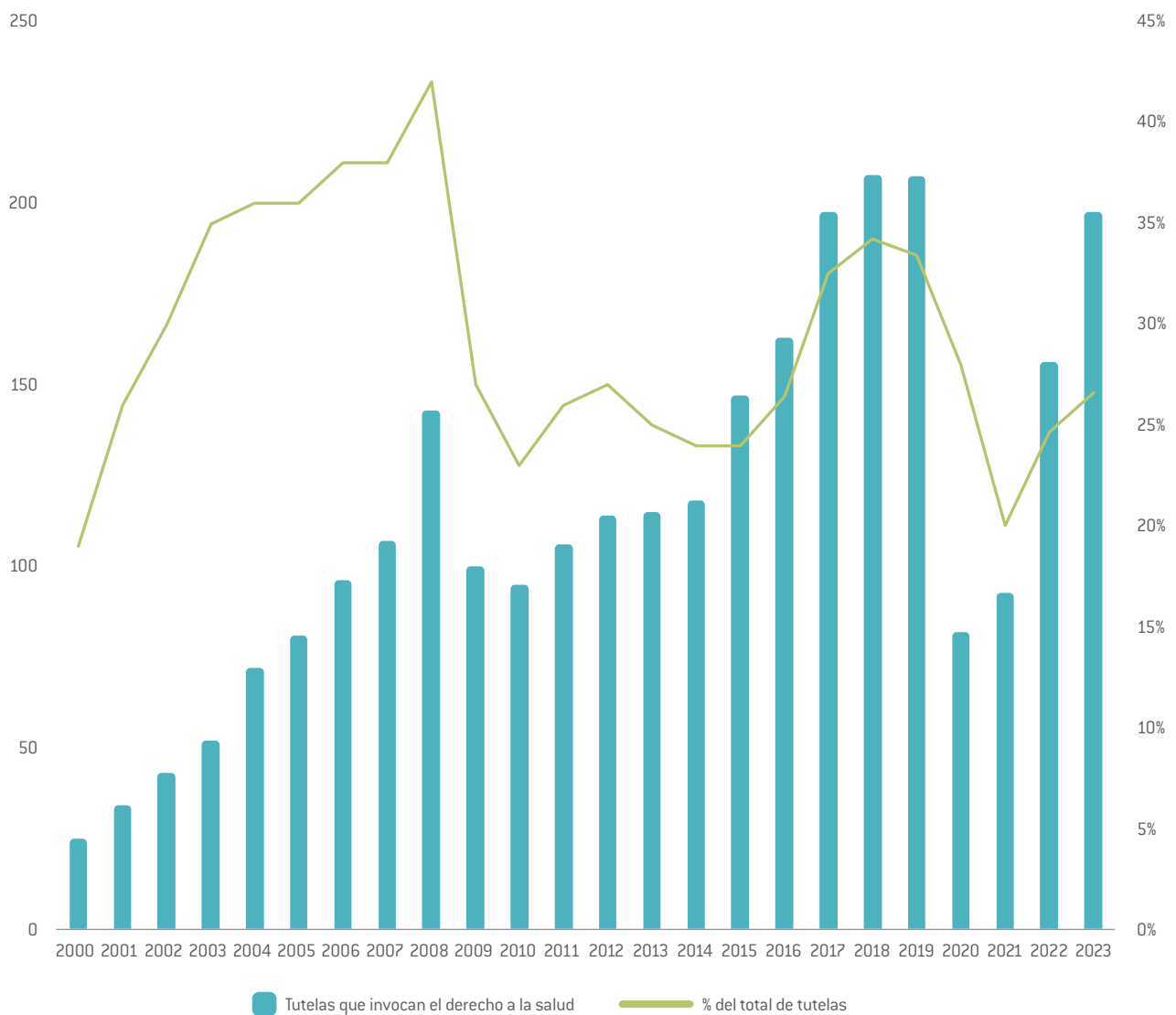
derecho a la salud en 2023. Las pretensiones más frecuentemente invocadas fueron la práctica oportuna de procedimientos (34,3 %), la entrega oportuna de medicamentos (22,7 %), el tratamiento integral (22,07 %) y la asignación de citas médicas (17,14 %).

**Gráfica 5.** Tutelas que invocan el derecho a la salud.



En 2023, una de cada cuatro tutelas interpuestas en el país invocó el derecho a la salud. Las pretensiones más frecuentes en las acciones de tutela están relacionadas con la oportunidad del servicio: práctica oportuna de procedimientos (34 %) y entrega oportuna de medicamentos (22,7 %).

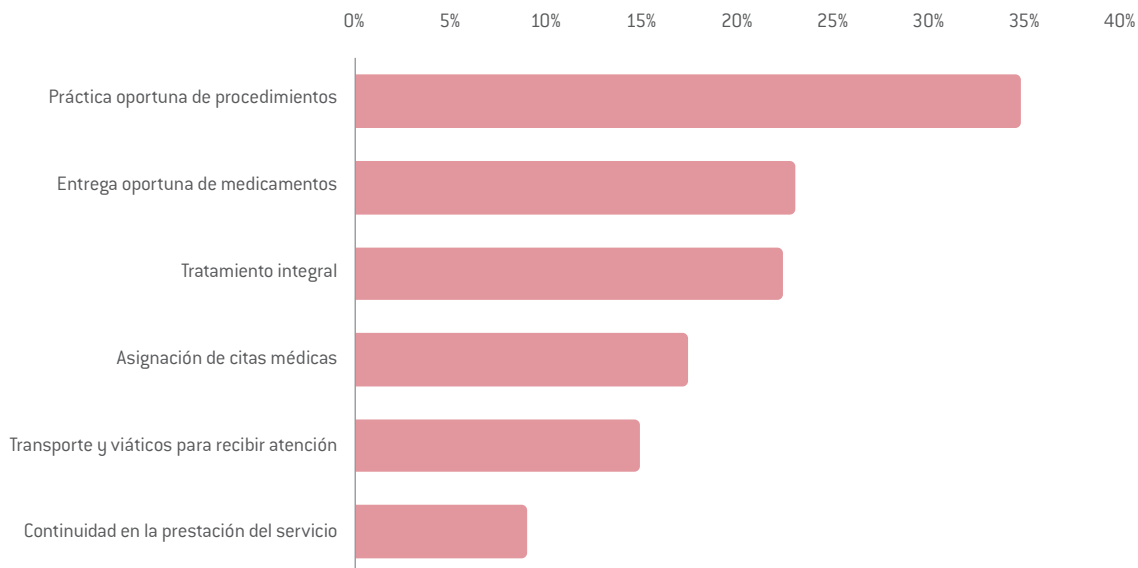
a. Número total de tutelas y proporción del total que invoca el derecho a la salud. Colombia, 2000-2023



Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional (2024).



b. Pretensiones más frecuentes al invocar el derecho a la salud en las tutelas. Colombia, 2023.

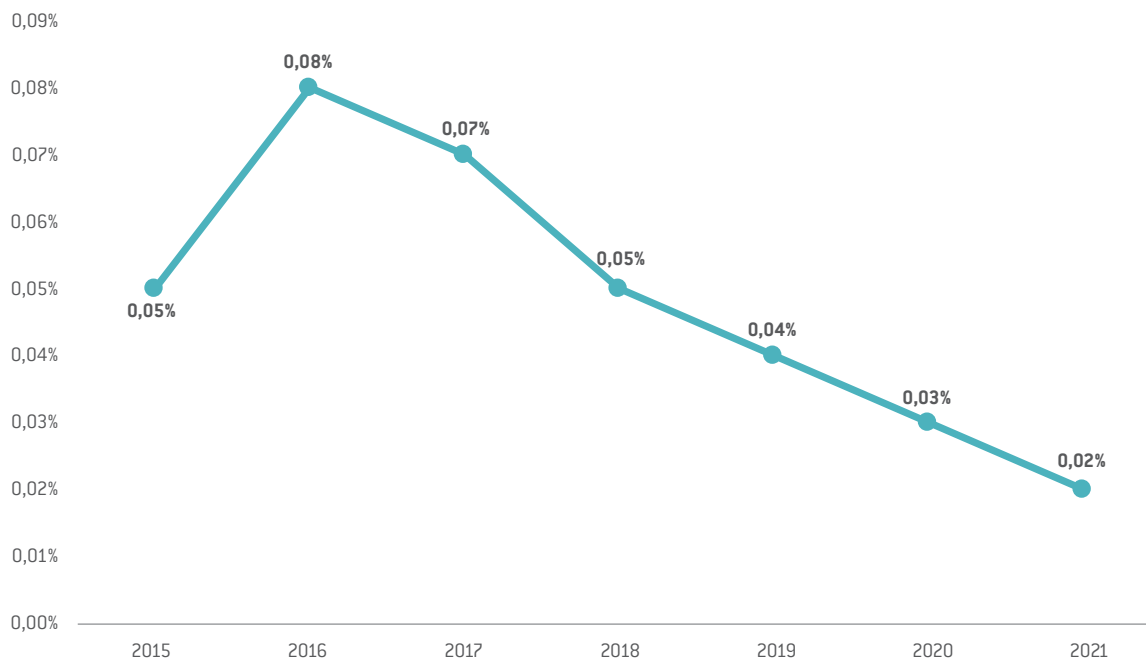


Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional (2024).

Aunque las tutelas exponen un problema de oportunidad en la atención, es importante notar que la proporción de tutelas frente al número de

atenciones en el sistema de salud es baja, lo que da cuenta de su capacidad para atender en buena medida las necesidades de la población.

c. Tutelas como proporción del número total de atenciones en salud. Colombia, 2015-2021.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.



## → CÓMO LO PAGAMOS

Los sistemas de salud en el mundo, incluyendo el colombiano, enfrentan presiones sobre el gasto debido a factores demográficos como el envejecimiento de la población y el cambio epidemiológico, que implica una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles (entre ellas cáncer y enfermedades cardiovasculares); pero también debido al cambio tecnológico, que trae consigo el surgimiento y uso de nuevas tecnologías médicas, y a la misma naturaleza del aseguramiento pagado por todo el sistema.

En Colombia, los procedimientos y medicamentos que no son financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y que hayan sido reconocidos por profesionales en salud o por jueces son luego recobrados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y, de ser aprobados, son pagados con recursos públicos. Esto se da en virtud del carácter de derecho fundamental que le otorgó la Ley Estatutaria 1751 de 2015 a la salud y de la concepción del plan de beneficios, como un conjunto de servicios delimitado solo por ciertas exclusiones establecidas por la Ley: tecnologías con fines cosméticos, sin evidencia científica sobre su seguridad y efectividad clínica, sin autorización de la autoridad competente, en fase

de experimentación o que se presten en el exterior (artículo 15, Ley 1751 de 2015).

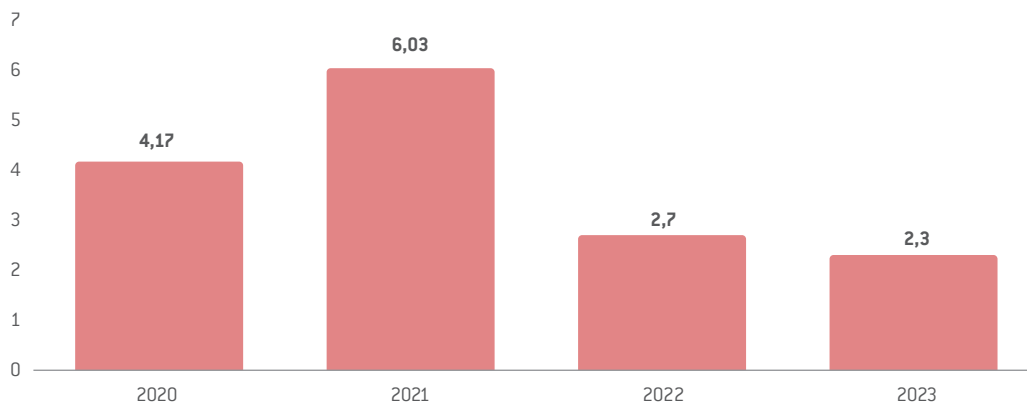
Debido al crecimiento acelerado de estos recobros, en 2020 el Gobierno nacional puso en marcha un mecanismo de presupuestos máximos para financiar los medicamentos, las tecnologías y los procedimientos no financiados a través de la UPC, que consiste en pagar anticipadamente estos valores a los aseguradores. La estrategia busca desalentar el crecimiento acelerado del mecanismo de recobros derivados de servicios no financiados con la UPC, al fijar un monto anual a las EPS con el que deben cubrir las prestaciones. Sin embargo, no se introducen acciones que induzcan cambios en los comportamientos dirigidos a reducir o eliminar estos gastos en el futuro. A pesar del mecanismo de presupuestos máximos, el valor de los pagos por este rubro sigue siendo considerablemente alto, como se observa en la Gráfica 6.

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) tiene dentro de sus funciones principales la realización de análisis económicos de costo-efectividad, necesarios para priorizar tecnologías según su efectividad terapéutica. Sin embargo, las evaluaciones de costo-efectividad realizadas por el IETS no son vinculantes, lo cual les resta impacto.

**Gráfica 6.** Pagos por mecanismo de presupuestos máximos (por gastos en procedimientos y medicamentos no financiados con cargo a la UPC) (en billones de pesos). Colombia, 2020-2023



El mecanismo de presupuestos máximos ha buscado contener el crecimiento acelerado de los recobros, pero sigue representando un monto considerablemente alto.



Fuente: ADRES.



4

## SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA VEJEZ

Hablar del sistema de protección a la vejez y el sistema de pensiones puede generar confusiones. Se trata de un sistema con múltiples componentes y regímenes, algunos heredados de antiguas estructuras del sistema, y otros creados a partir de las diferentes reformas y enmiendas.

Originalmente, el Sistema General de Pensiones (SGP), definido en la Ley 100 de 1993, la Constitución y las posteriores reformas, se conformaba por los regímenes contributivos (Régimen de Prima Media [RPM] y Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad [RAIS]). Sin embargo, dada su baja cobertura, se introdujeron modificaciones y nuevos mecanismos de orden no contributivo o semicontributivo, generando así el Sistema de Protección a la Vejez, como el conjunto de instituciones diseñadas para asegurar un ingreso a la población adulta mayor.

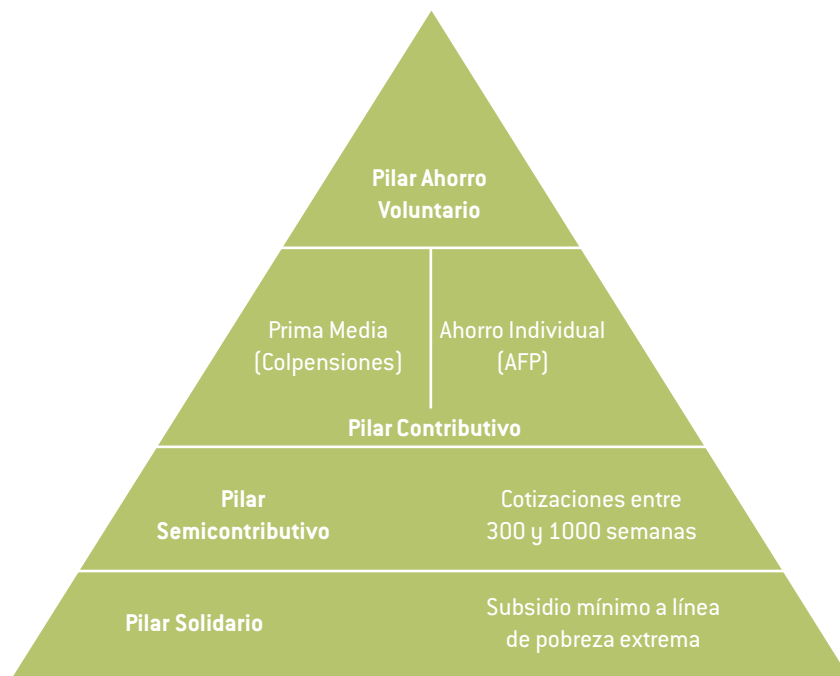
Este sistema, atípico y vigente hasta julio de 2025, mantiene la coexistencia de dos regímenes contributivos en competencia, lo que, entre otras razones, motivó la recientemente aprobada Ley

2381 de 2024 (Reforma Pensional), en la que se consolida el Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, con el objeto de “garantizar el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte mediante el reconocimiento de los derechos”.

Así, el sistema queda conformado por cuatro pilares<sup>4</sup> que buscan garantizar dicho amparo, acorde a las condiciones de ingreso y cotización de los ciudadanos. Estos son: Pilar Solidario, Pilar Semicontributivo, Pilar Contributivo —que se integra por el Componente de Prima Media y el Componente Complementario de Ahorro Individual— y el Pilar de Ahorro Voluntario.

En el nuevo sistema, la complementariedad de regímenes contributivos se logra a partir de que las cotizaciones hasta 2,3 salarios mínimos de todos los afiliados se dirijan por defecto al régimen de prima media. A partir de ese umbral, el flujo de cotizaciones se dirige a una cuenta obligatoria de ahorro individual (Figura 2).

Figura 2. Estructura del Sistema de protección a la vejez



4. Además de los heredados regímenes especiales y exceptuados.





El diseño del Sistema de Protección a la Vejez es crucial para el Sistema de Protección Social en su conjunto, en tanto brinda soporte a personas en un alto grado de vulnerabilidad como los adultos mayores. En 2021, el 28 % de la población mayor de 65 años se encontraba en situación de pobreza, y un 7 %, en pobreza extrema, cifras que se elevan a 37 y 11,5 % en la ruralidad (DANE, 2022b) y que, al compararse con países de la región, dejan al país en una posición rezagada.

De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el 26 % de la población mayor de 65 años en Colombia vive con menos de cinco dólares diarios, lo que ubica al país en el quinto lugar entre 15 naciones de la región. Este porcentaje es más elevado que el de Perú (22 %) y Ecuador (16 %), y contrasta notablemente con Argentina y Brasil, donde la pobreza en la vejez afecta a menos del 5 % de los adultos mayores (BID, 2021).

En este sentido, la Reforma acierta al incluir un pilar solidario que cubra por un valor mínimo equivalente a la línea de pobreza extrema<sup>5</sup> a todos los adultos mayores en condición de especial vulnerabilidad, lo que representa un incremento considerable en la cobertura de protección del sistema. No obstante, el Pilar solidario se configura como un programa social que obedece a los criterios de focalización establecidos por el Gobierno, lo que puede derivar en una fuerte discrecionalidad, al tiempo que se somete su sostenibilidad financiera a los vaivenes del Presupuesto General de la Nación.

Por esta razón, el énfasis de la protección social para la vejez debe abordarse desde sus cimientos, que no se encuentran en el momento del retiro, sino en la etapa de cotización de los trabajadores. En tanto el sistema de pensiones —antes y después de la reforma— reposa sobre el mercado laboral formal, dada la ausencia de mecanismos que incentiven la generación de empleo formal, es muy probable que las tasas de cobertura pensional mantengan su tendencia estática.

La magnitud del problema se vuelve más evidente cuando se examina la densidad de cotización a lo largo de la vida laboral. La mayoría de los trabajadores fluctúan constantemente entre la formalidad y la informalidad. Según Alvarado *et al.* (2021), un trabajador formal cotiza en promedio el 43 % del tiempo, lo que implica

que en un año laboral típico un trabajador cotiza solo durante cinco meses para su pensión. Como resultado, en promedio, solo uno de cada cuatro adultos mayores accederá a una pensión contributiva. Incluso en un escenario optimista en el que la informalidad se redujera al 35 %, la cobertura promedio del sistema de pensiones contributivas en el año 2100 alcanzaría apenas al 30 % de los adultos mayores (Becerra, García-Huitrón *et al.*, 2022).

La Reforma representa un avance en reconocer esta realidad, al consolidar el Pilar Semicontributivo que brinda un amparo a esa gran proporción de trabajadores que no alcanza los requisitos de pensión, en la mayoría de los casos, a través de una renta vitalicia subsidiada adquirida con los aportes realizados a lo largo de su senda laboral.

Sin embargo, aunque con esta medida se cierran las brechas en regresividad del sistema, se mantienen dos elementos que conflictúan con el principio de solidaridad. Por un lado, las personas que contribuyeron menos de 300 semanas reciben una indemnización sustitutiva sin ajuste de rendimientos, lo que de facto configura un préstamo que hacen las personas más vulnerables al sistema, sin recibir ningún tipo de rendimiento por estos aportes.

Por otro lado, ubicar el umbral de cotización al componente de prima media hasta los 2,3 salarios mínimos, si bien es un notable avance en la focalización de subsidios que en el sistema vigente beneficia desproporcionadamente a los más ricos, se mantiene una focalización ineficiente dirigida a un segmento de la población que no es necesariamente la más desfavorecida.

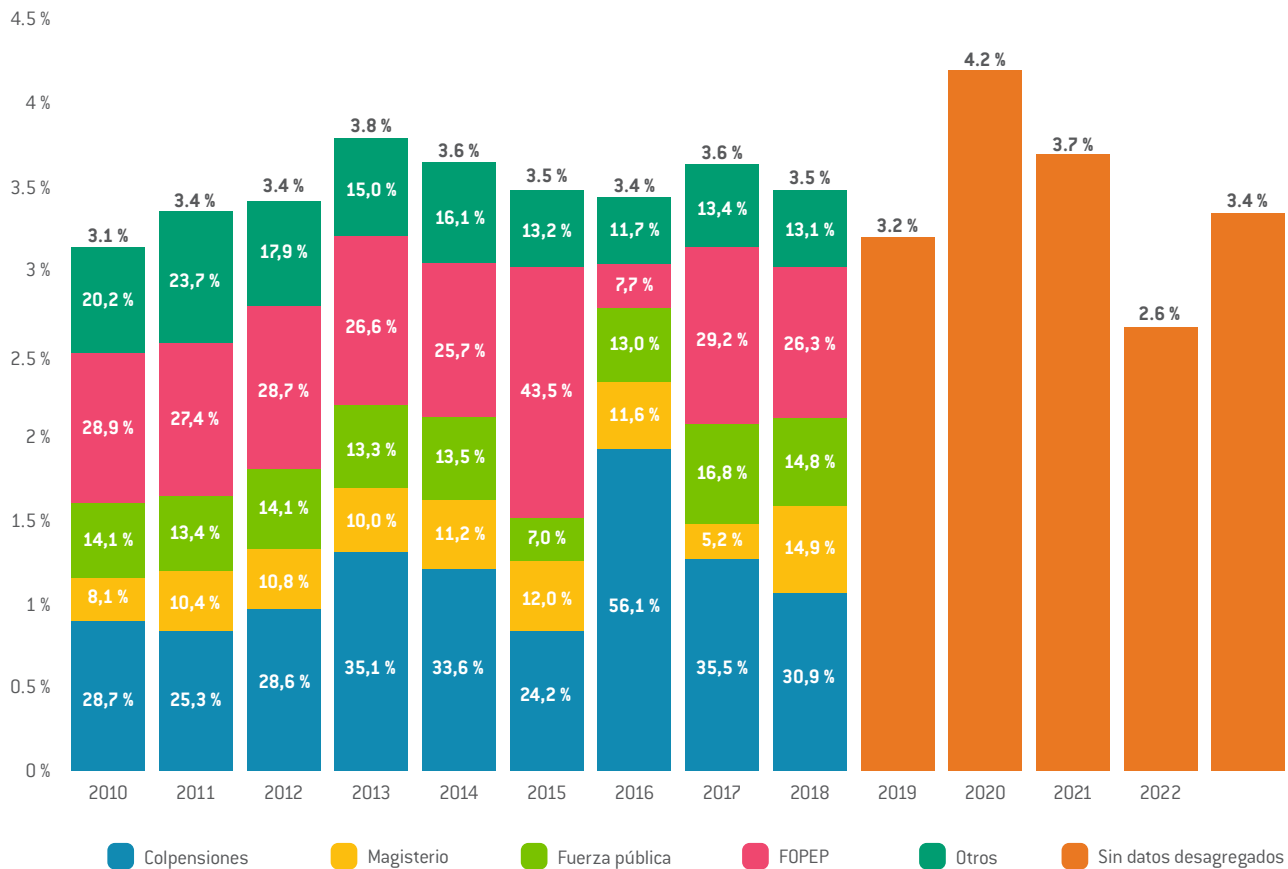
Al mismo tiempo, al mantener el componente de prima media no se resuelven los problemas de sostenibilidad a futuro, agudizados por la transición demográfica. Con estos dos elementos: transición demográfica e informalidad, la relación de dependencia, es decir, la cantidad de trabajadores activos por adulto mayor ha ido decreciendo. En 1950 había casi 10 trabajadores por cada adulto mayor. Hoy la cifra ha descendido a 4,6, y se proyecta una relación de 0,9 para el año 2110 (Asofondos, 2022).

El aumento del gasto se ha venido reflejando paulatinamente en el balance fiscal. En el año 2000, el gasto en pensiones equivalía al 1,8 % del PIB; una década después, y desde entonces, ha oscilado entre el 3,1 y 4,2 % (Gráfica 7).

5. Hoy el monto del programa Colombia Mayor es equivalente a un tercio de esta cantidad.



**Gráfica 7.** Gasto en pensiones del Gobierno nacional central desagregado por regímenes especiales y Colpensiones (porcentaje del PIB). Colombia, 2010-2023



Fuente: Minhacienda (2024) y Azuero (2020). Cálculos: CPC.

A futuro, esta tendencia representa un riesgo para la sostenibilidad del sistema, más aún con los nuevos compromisos asumidos en la reforma pensional, que aumenta el gasto para ampliar la cobertura. Así, según el Consejo Asesor de la Regla Fiscal en Colombia (CARF) (2024), el costo fiscal de la reforma, medida en valor presente neto con proyecciones a 2100, sería de 169 % del PIB para el pilar contributivo; 36 % del PIB para el pilar semicontributivo, y 22,5 % del PIB para el Pilar Solidario. Esto, sin considerar los efectos fiscales del artículo 93, que contempla un enfoque diferencial en las condiciones de acceso a pensión a indígenas, afrocolombianos y campesinos.

Paralelamente, el cambio tecnológico es tanto un desafío como una oportunidad para el sistema de protección a la vejez. Por un lado, desde la cobertura activa, es probable que la automatización y la inteligencia artificial desplacen paulatinamente el empleo de manera indiscriminada entre trabajos calificados y no calificados.

Sin embargo, también abre una serie de oportunidades para la generación de ingresos a través de esquemas laborales no tradicionales, como los servicios remotos, las plataformas digitales o las transacciones en entornos virtuales (por ejemplo, metaverso o contratos inteligentes). Por esta razón, es fundamental que los sistemas de protección social acompañen estrategias de recualificación y actualización educativa, especialmente para una población mayor creciente que podría mantenerse activa dentro de los mercados (ver el capítulo de *Educación*).

En cualquier caso, es esencial que el funcionamiento del Sistema de Protección a la Vejez en su conjunto<sup>6</sup> se apoye en el uso de tecnologías de la información. Esto es crucial para asegurar el correcto registro y gestión de datos críticos y sensibles, como las historias laborales, el pago de mesadas y la destinación de cotizaciones, que cobra especial relevancia en un sistema de pilares donde la interoperabilidad y la seguridad de la información son determinantes para garantizar su adecuado funcionamiento.

6. Especialmente para Colpensiones, entidad que entraría a gestionar la mayor proporción de flujos y cotizantes del sistema.



## PROGRAMAS DE SUPERACIÓN DE POBREZA

Las transferencias monetarias y subsidios permiten a las familias más vulnerables cubrir sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida de manera inmediata. Al facilitar el acceso a servicios esenciales como educación y salud, estos programas ayudan a romper el ciclo intergeneracional de pobreza, promoviendo el desarrollo humano y la inclusión. Al proporcionar redes de seguridad social frente a adversidades y crisis, reducen la vulnerabilidad de las familias y fomentan la estabilidad económica. Asimismo, estos programas contribuyen al dinamismo económico, al aumentar el poder adquisitivo de las personas, integrándose así a los mercados [Acosta, *et al.*, 2015].

En Colombia existen diferentes programas de transferencias monetarias, y estas pueden ser o bien condicionadas o no condicionadas. Las condicionadas se otorgan a personas o familias en condición de vulnerabilidad, siempre que se cumplan algunos requisitos deseables, como incentivar el acceso a servicios básicos como salud y educación. Programas como Familias en Acción y Jóvenes en Acción se han dirigido a hogares en situación de pobreza con niños o adolescentes, y han beneficiado a 3,9 millones de familias (Departamento Administrativo para la Prosperidad Social [DPS], 2024). Por su parte, Jóvenes en Acción fue creado para apoyar a jóvenes en su acceso y permanencia en la educación superior, además de promover incentivos al buen desempeño académico.

En 2024 entraron en operación los programas Renta Ciudadana y Renta Joven, como evolución de Familias en Acción y Jóvenes en Acción, e incluyen, además de las transferencias, estrategias de empleabilidad y productividad para garantizar la movilidad social de los hogares. El propósito es complementar el pilar de transferencias con estrategias de fortalecimiento de capacidades para los jóvenes. A medida que se ponga en marcha, será importante realizar evaluaciones de impacto de estos componentes.

Las transferencias no condicionadas son ayudas económicas que se entregan de manera directa y flexible, lo que genera un apoyo a las personas en estado de vulnerabilidad, especialmente en situaciones de crisis. El programa de devolución del IVA busca mejorar la equidad tributaria mediante un pago bimestral que devuelve un porcentaje del impuesto a los hogares más vulnerables. En 2022, el programa alcanzó 1,7 millones de beneficiarios. Durante la crisis por COVID-19, se implementó el programa Ingreso Solidario, que proporcionó apoyo monetario no condicionado a 4 millones

de hogares en pobreza que no estaban cubiertos por otros programas [Acosta, K. *et al.*, 2023].

Las evaluaciones del impacto de estos programas muestran resultados positivos: las familias cobijadas por el programa Familias en Acción aumentaron el consumo de alimentos y redujeron la probabilidad de hallarse en situación de pobreza; los beneficiarios de Ingreso Solidario invirtieron más en salud y educación, y las personas con el auxilio de la devolución del IVA incrementaron sus compras [Acosta, K., *et al.*, 2023].

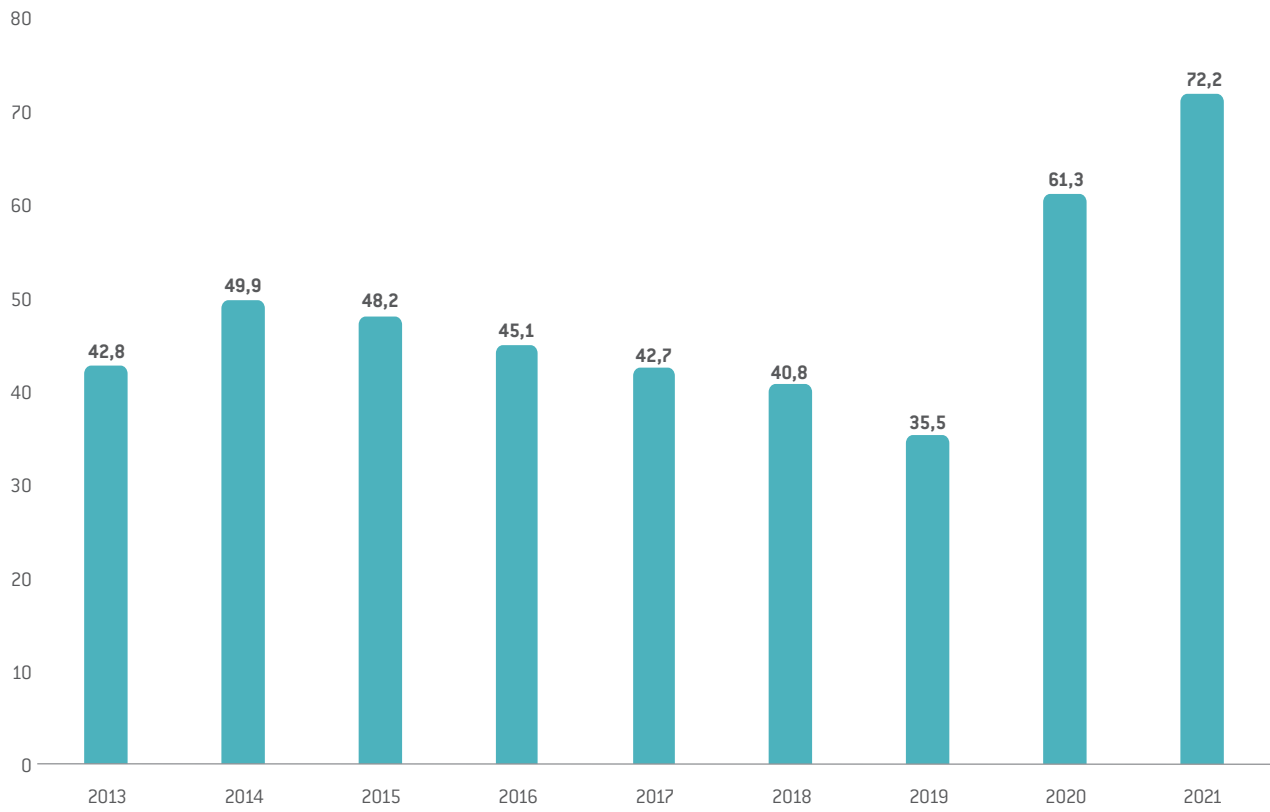
También se han encontrado mejores resultados en materia educativa: mejoras en matrículas, años de educación, probabilidad de graduarse, desempeño en matemáticas y años aprobados por el programa de Familias en Acción, aunque los logros alcanzados en zonas urbanas y rurales son heterogéneos. De la misma manera, se encuentran mejoras en salud, especialmente para las familias incluidas en el programa Familias en Acción, como por ejemplo, una disminución en las tasas de desnutrición para los menores y otros miembros del hogar. Adicionalmente, en Colombia Mayor se presenta una disminución en el número de hospitalizaciones de los adultos mayores [Banco de la República, 2023].

Finalmente, sobre el mercado laboral, no se encuentra una relación de causalidad entre los beneficiarios de transferencias monetarias y un desincentivo a trabajar: se observa una mayor participación laboral de las mujeres, resultados positivos en inserción laboral formal de los jóvenes beneficiarios de Jóvenes en Acción y mejoras significativas en la disminución del trabajo infantil. Otros efectos no contemplados en el diseño de los programas fueron la bancarización de los beneficiados, el aumento en consumo de alimentos, una disminución en los embarazos adolescentes en zonas urbanas y una reducción de la violencia doméstica.

Por último, se encontró que las transferencias evitaron que la pobreza nacional aumentara aproximadamente 3,6 puntos porcentuales entre 2020 y 2021 [Banco de la República, 2023]. En 2022, el total de programas sociales cubrió directamente a 5,8 millones de familias u hogares con los programas Familias en Acción e Ingreso Solidario, y a 2,2 millones de personas a través de Jóvenes en Acción y Colombia Mayor. Esto llevó a una mayor proporción de personas en condición de pobreza que recibían algún tipo de transferencia, pasando de 43 % en 2013 a 72 % en 2022 [Acosta, K. *et al.*, 2023] [Gráfica 8].



**Gráfica 8.** Proporción de personas en condición de pobreza monetaria con algún tipo de ayuda institucional



Fuente: Acosta, K. *et al.*, 2023.





5

## POLÍTICAS DEL CUIDADO

Las políticas de cuidado son cruciales para abordar las necesidades de los adultos dependientes y de los menores, y dado que tradicionalmente las responsabilidades de cuidado han recaído desproporcionadamente en las mujeres, son fundamentales para evitar los efectos negativos sobre sus oportunidades de desarrollo profesional y económico. Al implementar políticas de cuidado, se facilita la conciliación entre el trabajo y la vida familiar, promoviendo una distribución más equitativa de las responsabilidades. Estas políticas no solo benefician a los niños, asegurando su desarrollo integral, sino que también brindan a las mujeres la posibilidad de acceder a igualdad de oportunidades en el ámbito laboral y contribuir a una mayor equidad de género en la sociedad.

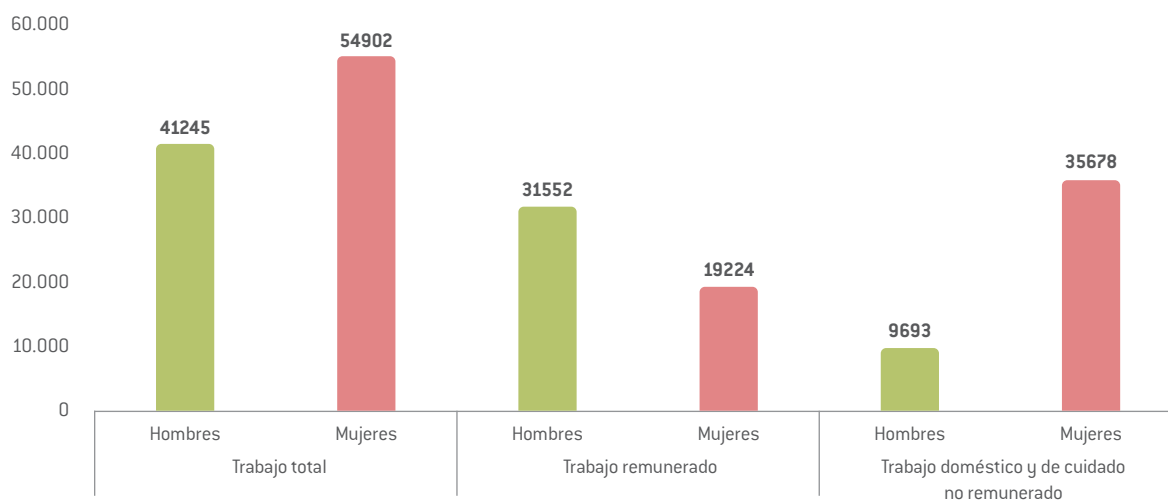
Las labores de cuidado no remuneradas son fundamentales para el bienestar y el funcionamiento de las familias y la sociedad en general, ya que abarcan actividades esenciales como el cuidado de los hijos, el mantenimiento del hogar y la atención a personas dependientes. Sin embargo, a pesar de su importancia crucial, estas tareas a menudo no reciben el reconocimiento y el valor que

merecen, especialmente cuando se analiza su distribución entre géneros. La desigualdad en la carga de estas labores revela una brecha significativa en la participación de mujeres y hombres, lo que no solo perpetúa estereotipos de género, sino que también afecta la equidad en el ámbito laboral y el desarrollo personal de las mujeres. Explorar esta disparidad es clave para entender y abordar las inequidades subyacentes en el ámbito doméstico y laboral.

En Colombia, las diferencias en las horas dedicadas a labores de cuidado no remuneradas entre mujeres y hombres son notoriamente significativas. Las mujeres invirtieron aproximadamente 35.000 millones de horas en tareas de cuidado no remuneradas en promedio en 2022 y 2023. En contraste, los hombres contribuyen con 9.693 millones de horas en labores de cuidado no remuneradas. Esta diferencia subraya un desequilibrio en la distribución del trabajo doméstico y de cuidado, que a menudo se traduce en una desigualdad de género en el ámbito laboral y personal. Esta disparidad también puede afectar las oportunidades y el tiempo disponible para las mujeres en el ámbito profesional, perpetuando barreras para su desarrollo.

**Gráfico 9.** Horas anuales trabajadas (millones de horas). Colombia, promedio 2022-2023.

La Cuenta Satélite de Economía del Cuidado muestra una carga desproporcionada de trabajo no remunerado asumido por las mujeres en el ámbito doméstico y de cuidado.



Fuente: Cuenta Satélite de Economía del Cuidado (DANE).



Colombia ha avanzado en diferentes frentes en materia de cuidados a través de acciones como la inclusión del problema del cuidado en los Planes Nacionales de Desarrollo desde 2014, el desarrollo de una Cuenta Satélite de Economía del Cuidado y la elaboración de un documento de Política de Cuidados en 2022. A nivel subnacional, en el caso de Bogotá, se desarrolló el Sistema Distrital de Cuidado (Sidicu) con estrategias como:

- **Manzanas de cuidado:** espacios de ocio, educación e integración tanto para personas cuidadoras como para aquellas que requieren cuidado.
- **Unidades móviles y cuidado a domicilio:** “buses de cuidado” que recorren áreas de la ciudad con alta demanda de servicios de cuidado y que ofrecen reemplazos a personas cuidadoras,

mientras estas se encargan de otras actividades, o para llevar a quien necesita cuidados a un espacio seguro (las unidades móviles se dirigen más a niños y niñas, mientras que los servicios de cuidado a domicilio tienden a ser más solicitados para adultos mayores o personas con discapacidad).

- **A cuidar se aprende:** estrategia cultural para la educación de hombres (personas que tradicionalmente no ejercen las tareas de cuidado) para realizar tareas de cuidado.

Así mismo, a nivel nacional se está diseñando el Sistema Nacional del Cuidado y su reglamentación. En la actualidad, existe un proyecto de decreto para este fin que define servicios para las personas cuidadoras y las que requieren cuidado. La tabla a continuación resume los servicios propuestos.

**Tabla 1.** Servicios propuestos en el proyecto de decreto que reglamenta el Sistema Nacional de Cuidado

Servicios para personas cuidadoras	Servicios para personas que requieren cuidado
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Servicios de formación:</b> certificación de competencias y homologación de saberes a cargo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).</li> <li>2. <b>Oferta educativa flexible:</b> programas educativos adaptados a las diferencias y diversidades de las personas cuidadoras, coordinados por el Ministerio de Educación Nacional.</li> <li>3. <b>Programas de fortalecimiento de capacidades:</b> acompañamiento integral para la generación de ingresos y proyectos asociativos/productivos, tanto para cuidadoras rurales como urbanas.</li> <li>4. <b>Programa de renta ciudadana:</b> apoyo económico para personas cuidadoras, gestionado por el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.</li> <li>5. <b>Programa de empleabilidad:</b> iniciativas para mejorar la empleabilidad de personas cuidadoras no remuneradas, a cargo del Ministerio del Trabajo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Jornada escolar completa o única:</b> para niños, niñas y adolescentes, con acceso a alimentos nutritivos, a cargo del Ministerio de Educación Nacional.</li> <li>2. <b>Servicios de atención integral:</b> para niños y niñas hijos de estudiantes, trabajadoras domésticas, personas en actividades sexuales pagas y personas privadas de libertad, gestionados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.</li> <li>3. <b>Servicios de salud y bienestar:</b> promoción de la autonomía para personas que requieren cuidado a lo largo de su vida, a cargo del Ministerio de Igualdad y Equidad, y el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>4. <b>Servicios dirigidos a población migrante:</b> atención a personas migrantes en tránsito o refugiadas que requieren cuidado, coordinados por el Ministerio de Igualdad y Equidad.</li> <li>5. <b>Servicios de cuidado para personas mayores:</b> atención específica para personas mayores de 60 años que requieren cuidado, asistencia o apoyo.</li> <li>6. <b>Servicios para personas con discapacidad:</b> atención y apoyo a personas con discapacidad que requieren cuidado, asistencia o apoyo a lo largo de su vida.</li> <li>7. <b>Servicios de cuidado a lo largo del curso de vida:</b> atención integral para todas las personas que requieran cuidado, asistencia o apoyo en diferentes etapas de su vida.</li> </ol>

El decreto también propone un sistema de gobernanza para coordinar las entidades responsables de la puesta en marcha de estos servicios, en el que se incluye una Comisión Intersec-

torial del Sistema Nacional de Cuidado, así como un Comité de Expertos y una Mesa de participación ciudadana y comunitaria de cuidado.



## RECOMENDACIONES



Nueva recomendación



Recomendación relacionada



Recomendación priorizada



### Usar sistemáticamente tecnologías digitales para favorecer mejores resultados en salud y eficiencia

El uso de tecnologías digitales en la operación de los servicios de salud tiene varios beneficios potenciales. Uno de ellos es la promoción de la eficiencia mediante la construcción y el uso de sistemas de información efectivos, que permitan tomar decisiones en tiempo real y aplicar medidas médicas y de operación del sistema de salud según la información más reciente disponible. Un beneficio adicional tiene que ver con la minimización del malgasto de recursos, pues la OCDE y el Banco Mundial (2020) han señalado que las tecnologías de la información son muy importantes para la detección de prácticas de malgasto o variaciones injustificadas.

Por ejemplo, Lammers *et al.* (2014) afirma que los intercambios de información de salud en Estados Unidos permitieron reducir la duplicación de tomografías computarizadas en un 59 %; la de ultrasonidos en un 44 % y la de imágenes de rayos X en un 67 %. Con respecto a la tecnología *blockchain*, existen experiencias internacionales exitosas: Estonia lanzó en 2016 un proyecto para salvaguardar los datos de los pacientes usando *blockchain* en su sistema de salud a escala nacional, lo que además ha dado lugar a un uso generalizado de prescripciones médicas y facturación electrónica. Para garantizar el éxito en la implementación de esta estrategia, es importante asegurar mecanismos que mantengan la integridad y la privacidad de los datos.



### Continuar con los avances en la historia clínica interoperable y en la interoperabilidad de la información

Favorecer mejores resultados en salud y mayor eficiencia en el gasto requiere interoperabilidad de la información entre los diferentes actores del sistema de salud y la promoción de su uso para tomar decisiones basadas en evidencia. En Colombia se ha avanzado en la normatividad necesaria para hacer funcional la historia clínica interoperable a través de la Ley 2015 de 2020 y la resolución 866 de 2021, que definió el conjunto de datos clínicos relevantes.

Para consolidar la historia clínica interoperable, se requiere avanzar de manera general en la interoperabilidad de los sistemas de información, así como complementar las acciones con tecnologías como la inteligencia artificial y *blockchain*. Por un lado, estas contribuyen a construir un sistema más orientado al usuario, por ejemplo, usando la información de los usuarios para generar alertas personalizadas de atención temprana; y por otro lado, contribuyen a la construcción de bases de datos descentralizadas en las que se almacenen y registren datos e intercambios de una forma segura.



### Extender servicios de telesalud

La telesalud es una alternativa para extender la provisión de servicios y trae diversos beneficios: 1) evita desplazamientos y garantiza un diagnóstico más oportuno; 2) mejora la toma de decisiones y disminuye la variabilidad en el diagnóstico, y 3) reduce los costos de prestación de los servicios.

El Sistema de Seguimiento Sinergia, del Departamento Nacional de Planeación (DNP)<sup>7</sup>, muestra que, hasta junio de 2024, 9,8 % de las sedes de prestadores públicos de servicios en salud tenían habilitados servicios de telemedicina. Conseguir avances en esta modalidad requiere, por un lado, mejorar la conectividad digital y

7. <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#HomeSeguimiento>



la velocidad de internet en el país, ya que los rezagos impiden la implementación de esta alternativa (ver el capítulo de *Economía digital*). Por otro lado, se requieren acciones organizacionales den-

tro de los prestadores; por ejemplo, la definición de roles y responsabilidades, la formación de competencias en el personal médico y de enfermería y la inversión en equipos tecnológicos.

## **Introducir un pago por desempeño para las EPS**

La remuneración actual de las EPS está dada por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), valor anual que paga el Estado por cada uno de los afiliados al sistema de salud y que no incluye consideraciones de calidad o desempeño. Sin embargo, esta ausencia de incentivos al desempeño de las EPS puede incluso estar desestimulando los avances en calidad, pues conseguir mejoras en esta materia puede implicar un aumento en los gastos y, por lo tanto, una reducción en el margen de ganancia por afiliado (Bardey, 2015).

Una alternativa para incentivar la calidad es la introducción de un pago de dos componentes para las EPS: uno fijo por afiliado y otro variable que dependa del cumplimiento de indicadores de calidad y de resultados en salud. Es también importante fortalecer el sistema de prevención y promoción en salud para conseguir mejores resultados de manera eficiente. Este enfoque alivia la carga sobre los sistemas de salud, haciendo un uso más eficiente de los recursos y generando mejores resultados a largo plazo.

## **Evaluar el efecto de los límites a la integración vertical sobre la calidad de los servicios de salud**

La integración vertical entre aseguradores (entidades promotoras de salud, EPS) y prestadores de salud puede traer consigo efectos positivos como la reducción de los costos en las transacciones y la mayor capacidad de negociar precios, ya que las EPS integradas tienen mayor conocimiento sobre los costos de los prestadores de salud integrados y pueden obtener menores precios. Sin embargo, estas ventajas no necesariamente se trasladan a los usuarios y, por el contrario, pueden darse consecuencias negativas en términos de competencia para el sistema, ya que la integración vertical: a) incrementa los costos de los competidores que no adoptan este modelo; b) permite la existencia de contratos de exclusividad entre EPS y prestadores, lo cual desincentiva mejoras en calidad y amplía el poder de mercado de los actores que llevan a cabo esta

práctica (Bardey y Buitrago, 2016; OCDE, 2015); y c) favorece la existencia de estructuras organizacionales complejas, dificultando la vigilancia y control del sistema.

Como respuesta al crecimiento acelerado de las redes de prestadores propios por parte de las EPS, así como a la integración entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de las cajas de compensación familiar y sus propias EPS, la Ley 1122 de 2007 fijó un límite a la integración vertical entre aseguradores y prestadores de salud. Por otra parte, aunque existe un límite a la integración entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de las cajas de compensación familiar y sus propias EPS, en la práctica es difícil verificar su cumplimiento dado que el valor de los contratos es una información reservada para las EPS (Bardey y Buitrago, 2016).

## **Evaluar características de los programas de formación en enfermería para aumentar la densidad de personal**

La densidad de médicos en Colombia es similar al promedio de la región, pero la densidad de personal de enfermería es la mitad del promedio de América Latina (1,3 en Colombia vs. tres enfermeros por 1.000 habitantes en América Latina). Algunos hechos relacionados con la escasez de personal de enfermería son la duración del programa de formación (cinco años en Colombia vs. tres en el 97 % de países) y el aumento de la migración internacional hacia países de mayor ingreso que dependen de flujos migratorios para

cubrir sus necesidades (OMS, 2020). La OMS ha señalado la necesidad de ajustar la enseñanza de esta disciplina, con el fin de acoplarse a las necesidades del sector, para lo cual señala la importancia de establecer mecanismos de diálogo y coordinación entre los sectores salud, educativo, laboral y financiero.

Además de la brecha en comparación con otros países de la región, es importante avanzar en la reducción de brechas entre regiones del país. El Plan Nacional de Salud Pública establece como





objetivo la disminución al 40 % de la brecha en el indicador de densidad de talento humano entre las zonas densamente pobladas y las zonas alejadas y dispersas a 2031. Cumplir este objetivo

requiere el diseño e implementación de un plan que incluya mecanismos de formación, desarrollo y distribución de la fuerza de trabajo en el nivel nacional y subnacional.



## Construir una estrategia para la financiación de largo plazo de la digitalización del sector salud

En los últimos años, se han conseguido avances importantes para consolidar la historia clínica digital interoperable. Sin embargo, consolidar una estrategia de digitalización del sector salud más extendida y sistemática requiere contar con financiación de largo plazo. Siguiendo la experiencia del sector justicia, se recomienda definir una hoja de ruta de largo plazo y explorar

la posibilidad de conseguir apoyo financiero a través de créditos con entidades multilaterales (ver el capítulo de *Justicia*). Esta hoja de ruta es además fundamental para construir una visión ordenada de roles y responsabilidades, mediante políticas que perduren en el tiempo y que faciliten la transformación digital del sector.



## Fortalecer la institucionalidad encargada de la evaluación de tecnologías para priorizar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo

Dada la importancia de evaluar la relación costo-efectividad de las tecnologías y así priorizar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo, es importante fortalecer la institucionalidad que se encarga de esta función. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) tiene dentro de sus funciones principales la realización de análisis económicos de costo-efectividad necesarios para priorizar tecnologías según

su efectividad terapéutica. No obstante, su capacidad de incidir en la estrategia de control del gasto se ve limitada por el carácter no vinculante de las evaluaciones de costo-efectividad y por el hecho de que estas están supeditadas a contratos desde el Min-salud. Asimismo, una alternativa que se debe considerar es que el registro sanitario de una tecnología se haga simultáneamente a la evaluación económica.



## Reemplazar los aportes a la nómina como fuente de financiación del sistema de salud

La financiación del sistema de salud a través de los aportes a la nómina perpetúa un ciclo de informalidad que debilita la cobertura y calidad del sistema de salud. Para minimizar estas distorsiones asociadas a los impuestos a la nómina, en particular los incentivos a la informalidad laboral, se recomienda que el aporte que se cubre con impuestos a la nómina sea financiado con re-

ursos del PGN. Esta mayor demanda de recursos en el presupuesto general exige un esfuerzo significativo para fortalecer el sistema tributario en general. Un sistema tributario sólido es esencial para asegurar una recaudación adecuada y sostenible que pueda cubrir las necesidades del sistema de salud (ver el capítulo de *Sistema tributario*).



## Construir un sistema único de información en salud para favorecer la transparencia y la confianza

La implementación de un sistema único de información en salud es crucial para enfrentar la complejidad del sector. Dado que el sistema de salud abarca múltiples niveles y la intervención de múltiples actores, se hace necesario contar con un sistema centralizado que permita una trazabilidad completa de los recursos. Esto facilita la detección de

áreas de ineficiencia, la posible duplicación de esfuerzos y la optimización de los recursos disponibles. Además, contribuye a la transparencia y la confianza en el sistema y su legitimidad entre los ciudadanos.

Dada la complejidad de implementar un sistema único en un entorno complejo, la recomendación inicial apunta a avanzar en



la interoperabilidad de los sistemas actualmente existentes. El objetivo último debería ser la creación de un sistema público de información en salud a través de estrategias de transparencia pre-

supuestaria que “permita la trazabilidad en tiempo real del uso de los recursos públicos por parte de todos los actores del Sistema” [Así Vamos en Salud y Transparencia por Colombia, 2023].



## Consolidar el Registro Universal de Ingresos como único instrumento de focalización de los subsidios y programas sociales

Uno de los obstáculos para conseguir una mejor asignación del gasto público en Colombia ha sido la ausencia de un registro único de subsidios que incluya a las personas receptoras y los montos asignados. En los últimos años, se ha avanzado de manera importante en la consolidación de la base maestra para la administración de los programas de transferencias no condicionadas. Este proceso tomó como punto de partida el Sisbén, y se requirió la coordinación del DNP y de entidades como el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (a cargo de Familias en Acción y Jóvenes en Acción), el Ministerio de Trabajo (Colombia Mayor), el Ministerio de Educación (Generación E) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Primera Infancia), para conseguir el cruce de información con las bases de datos y los registros administrativos [Gallego *et al.*, 2021]. Esta base maestra, fundamentada en el Decreto 518 de 2020, es el primer consolidado de información para la estructuración del Registro Social de Hogares.

Estos avances se complementaron en 2021 con la entrada en operación del Sisbén IV, que introdujo mejoras como la realización de las encuestas con dispositivos móviles de captura. Esto mini-

miza los errores de recolección de la información a través del escaneo de cédulas, a la vez que permite usar herramientas de georreferenciación y contar con una base dinámica centralizada, que ofrece la posibilidad de obtener reportes con mayor frecuencia.

El Gobierno nacional, a través del Decreto 875 de 2024 definió el proceso de transición que permitirá que el Registro Universal de Ingresos se convierta en el único instrumento de focalización de subsidios y programas de la oferta social, según lo que se había dispuesto en el artículo 70 del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. El Decreto dispone que la información del RUI sea utilizada para el “diseño, focalización, seguimiento y evaluación de los programas, políticas, planes, proyectos y servicios de la oferta social a partir del segundo trimestre del 2026”.

En adelante, será especialmente importante la consolidación de una ventanilla única de servicios como plataforma para mejorar la oportunidad en la atención, reducir los trámites y aumentar la eficiencia en las focalizaciones. Esta ventanilla es el instrumento a través del cual se hace efectivo el uso del RUI como único instrumento de focalización.



## Diseñar e implementar un esquema de financiación del Sistema General de Cuidados

El CPC se une a la recomendación planteada en el documento borrador Política Nacional del Cuidado, que se refiere a la necesidad de conseguir un esquema que permita la financiación del Sistema General de Cuidados. Solo de esta manera se asegura la puesta en marcha y continuidad de las iniciativas planteadas y los servicios propues-

tos en el proyecto de decreto que reglamenta el Sistema Nacional de Cuidado, por lo cual esta acción se hace prioritaria. Un financiamiento insuficiente impide que estas políticas generen los cambios necesarios para equilibrar la distribución del trabajo de cuidado y apoyar el desarrollo económico y profesional de quienes se ven afectados.



## Establecer programas de formación para personas cuidadoras

Es fundamental invertir en la formación de personal especializado en labores de cuidado para niños, personas con discapacidad y adultos mayores, ya que cada grupo requiere un enfoque específico y habilidades particulares. Esta inversión en formación puede servir como una oportunidad para expandir y profesionalizar los servicios

dirigidos a adultos mayores, aprovechando el crecimiento de lo que se conoce como silver economy. Este sector en expansión busca responder a la creciente demanda de servicios y productos para una población en envejecimiento, creando así oportunidades de empleo y desarrollo económico y mejora la calidad de vida de los mayores.



El proyecto de decreto que reglamenta el Sistema Nacional del Cuidado incluye estrategias como la certificación de competencias a cargo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), la oferta de

programas y programas de fortalecimiento de capacidades. Será importante monitorear su implementación.

## **Adoptar acciones de promoción del cuidado por parte del sector privado**

Las empresas pueden desempeñar un papel crucial en la transformación de la economía del cuidado a través de políticas y acciones internas que respalden y valoren este sector esencial. Estas acciones pueden incluir la flexibilidad laboral, favorecer el cuidado infantil en el lugar de trabajo, instalar salas de lactancia y apoyar el

cuidado de personas dependientes. Estas acciones no solo benefician a la fuerza laboral interna al ofrecer oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional, sino que también ayudan a elevar la percepción del trabajo de cuidado, subrayando su importancia e impacto en la economía y en la sociedad en general.

## **Expedir el documento CONPES de la Política Nacional del Cuidado**

Es importante expedir un documento de política que contenga las acciones necesarias para abordar de manera efectiva los desafíos en las políticas del cuidado. El borrador de documento que está pendiente de aprobación especifica las estrategias, responsabilidades y pasos a seguir para implementar las iniciativas

propuestas. La expedición de este documento de política proporciona una base para la rendición de cuentas y la evaluación continua. Establecer directrices claras y un marco para el seguimiento facilita la supervisión del progreso y la identificación de áreas que requieren ajustes.



6

## SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES



### PRINCIPALES RECOMENDACIONES DEL CPC QUE YA HAN SIDO ACOGIDAS

Recomendación	Año en el cual fue acogida	Impacto esperado/observado	Observaciones
Definir el plan de beneficios delimitado a través de exclusiones.	2015	La Ley Estatutaria 1751 de 2015 determinó que el plan de beneficios pasaría de estar determinado por una lista positiva a ser delimitado por la aplicación de exclusiones.	Los recobros por gastos no cubiertos con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) continuaron creciendo hasta alcanzar 4,2 billones de pesos en 2019.
Reducir las instancias que intervienen en el traslado de recursos.	2017	Disminuir el riesgo de captura de recursos por parte de grupos de interés y favorecer la transparencia.	Se creó y puso en marcha la ADRES, que cumple el papel de administradora central de recursos del sistema.
Otorgar mayores capacidades sancionatorias a la Superintendencia de Salud.	2019	Proteger los derechos de los usuarios, la calidad y el acceso a la prestación de servicios, y la oportunidad en el flujo de los recursos.	La Ley 1949 de 2019 fortaleció las capacidades sancionatorias de la Superintendencia.



## → RECOMENDACIONES QUE AÚN NO HAN SIDO ACOGIDAS, EN LAS CUALES EL CPC INSISTE

Recomendación	Impacto/costo de oportunidad	Actores involucrados	Observaciones
Usar sistemáticamente tecnologías digitales para favorecer mejores resultados en salud y eficiencia.	Mayor eficiencia a través de la construcción y el uso de sistemas de información efectivos. Reducción del malgasto de recursos.	Minsalud, Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (MinTIC) y sector privado	Una alternativa crecientemente adoptada en el mundo es el uso de sistemas de información basados en tecnología blockchain.
Introducir un pago por desempeño para las EPS.	La ausencia de incentivos a la calidad y resultados en salud puede incluso desestimular los avances en esta materia ya que implica un aumento en los gastos y, por lo tanto, una reducción en el margen de ganancia por afiliado.	Viceministerio de Protección Social de Minsalud	Se recomienda introducir un pago de dos componentes para las EPS: uno fijo por afiliado y otro variable que dependa del cumplimiento de indicadores de calidad y resultados en salud.
Evaluar el efecto de los límites a la integración vertical sobre la calidad de los servicios de salud.	Verificar los efectos de este tipo de restricciones sobre indicadores relacionados con la competencia en el sistema de salud y la calidad de los servicios.	Superintendencia Nacional de Salud y Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones	Es importante tener en cuenta los efectos de los límites en zonas rurales y dispersas con oferta insuficiente.
Extender servicios de telesalud.	Alternativa costo-eficiente para extender provisión de servicios ya que reduce costos y permite descongestionar instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y atender zonas alejadas o de difícil acceso.	Minsalud, MinTIC y sector privado	Aunque se han hecho avances regulatorios, es necesario fortalecer otros aspectos como la conectividad y la inversión en prestadores de salud.
Evaluar características de los programas de formación en enfermería para aumentar la densidad de personal.	El acceso a servicios de salud está determinado no solo por la infraestructura, sino por la disponibilidad de personal de salud suficiente y con las competencias adecuadas.	Minsalud y Mineducación	Esta acción debe basarse en la coordinación entre los sectores educativo, de salud y laboral.
Fortalecer la institucionalidad encargada de la evaluación de tecnologías.	Favorecer y extender análisis económicos de costo-efectividad.	Minsalud e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)	Se requiere mantener la autonomía técnica del IETS, asegurando el financiamiento suficiente para el cumplimiento de sus funciones.



Recomendación	Impacto/costo de oportunidad	Actores involucrados	Observaciones
Reemplazar los aportes a la nómina como fuente de financiación del sistema de salud.	Minimizar las distorsiones asociadas a los impuestos a la nómina; en particular, los incentivos a la informalidad laboral.	Viceministerio de Protección Social de Minsalud y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Minhacienda)	Esta acción debe ir acompañada de esfuerzos por fortalecer el sistema tributario en general, haciéndolo eficiente y progresivo.
Continuar avances de la historia clínica interoperable e interoperabilidad de información.	El intercambio de información entre los diferentes actores del sistema de salud es fundamental para promover el uso de tecnologías para la toma de decisiones basadas en evidencia.	Minsalud y MinTIC	Se requiere avanzar de manera general en la interoperabilidad de los sistemas de información.
Construir una estrategia para la financiación a largo plazo de la digitalización del sector salud.	Asegurar el avance de una estrategia de digitalización de largo plazo.	Minsalud, Minhacienda y MinTIC	Siguiendo la experiencia del sector judicial, se recomienda explorar recursos de crédito con entidades multilaterales.
Construir un sistema único de información en salud.	Favorecer transparencia y confianza en el sistema.	Minsalud	Dada la dificultad de construir un sistema de esta magnitud, se recomienda iniciar por avanzar en la interoperabilidad de los sistemas actuales.





 **NUEVAS  
 RECOMENDACIONES**

Recomendación	Impacto/costo de oportunidad	Actores involucrados	Observaciones
Diseñar e implementar un esquema de financiación del Sistema General de Cuidados.	Equilibrar la distribución del trabajo de cuidado y apoyar el desarrollo económico y profesional de quienes se ven afectados	DNP, Comité Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado	Esencial para garantizar la implementación efectiva de las estrategias de la Política Nacional de Cuidado
Expedir el documento CONPES de la Política Nacional del Cuidado	Establecer directrices claras y un marco para el seguimiento facilita la supervisión.	DNP, Ministerio de la Igualdad	Existe un borrador de documento "Política Nacional del Cuidado" que está pendiente de aprobación.
Establecer programas de formación para personas cuidadoras.	Profesionalizar los servicios dirigidos a adultos mayores, aprovechando el crecimiento de la silver economy	Ministerio de Igualdad, SENA, Ministerio de Educación	El proyecto de decreto que reglamenta el Sistema Nacional del Cuidado incluye estrategias de formación y certificación de competencias.



## REFERENCIAS

- 1 Acosta Navarro, O. L., Forero Ramírez, N. y Pardo Pinzón, R. (2015). *Sistema de protección social de Colombia: Avances y desafíos*. Cepal.
- 2 Así Vamos en Salud y Transparencia por Colombia. (2023). *Riesgos y alertas sobre la transparencia de la reforma a la salud*.
- 3 Banco Mundial. (2022). *Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- 4 Banco Mundial. (2024). *Indicadores*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- 5 Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Revista Monitor Estratégico* (7), 4-7.
- 6 Bardey, D. y Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad* (77), 231-262.
- 7 BDUA-SGSSS. (2024). *Datos de afiliación a julio de 2024*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- 8 BID. (2015). *Strengthening Governments' Capacity to Discern Value: The Need to Address Technological Pressure on Health Expenditure*. División de Salud y Protección Social. BID.
- 9 DANE. (2023). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2022>
- 10 Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional (2024). *Estadísticas*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>
- 11 Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., Suman, R. y Rab, S. (2021). Blockchain technology applications in healthcare: An overview. *International Journal of Intelligent Networks*, 2, 130-139.
- 12 Heston, T. (2017). A Case Study in Blockchain Health Care Innovation. *International Journal of Current Research*, 9(11), 60587-60588.
- 13 Institute for Management Development. (2023). *IMD World Competitiveness Yearbook*. IMD World Competitiveness Center.
- 14 Lammers, E. J., Adler-Milstein, J. y Kocher, K. E. (2014). Does Health Information Exchange Reduce Redundant Imaging? Evidence From Emergency Departments. *Medical Care*, 52(3), 227-234.
- 15 Ley 1751. (2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.
- 16 Londoño, J. y Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovate model for the health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.
- 17 Martínez Restrepo, S., Robino, C. y Rojas, S. (2023). El rol del sector privado en la transformación de la economía del cuidado en América Latina: propuestas para la acción. Corewoman. <https://www.corewoman.org/post/el-rol-del-sector-privado-en-la-transformacion-de-la-economia-del-cuidado-en-americas-latina>
- 18
- 19 Minsalud. (2024). *Cifras de afiliación en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- 20 OCDE. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- 21 OCDE y Banco Mundial. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD Publishing.
- 22 OMS. (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020*.
- 23 Ruiz, F., Castaño, R. A., Ramírez, J., Vaca, C., Arango, C., Galán, A., Peñaloza, E. y Rueda, E. (2018). *Agenda en salud 2018: para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100*. Universidad Javeriana; Universidad de Los Andes.
- 24 The Economist Group. (2022). *The Health Inclusivity Report*. Economist Impact.
- 25 Vecino, A., Arroyo, D. y García, D. L. (2016). *El impuesto a las bebidas azucaradas en Colombia* (Notas de Política N.º 27). Universidad de Los Andes.