



PROTECCIÓN SOCIAL

EL DESGASTE DE
NUESTROS ACUERDOS SOCIALES



PROTECCIÓN SOCIAL

EL DESGASTE DE NUESTROS ACUERDOS SOCIALES

Introducción

1

Sesgos y grupos que moldean la acción pública en materia de protección social

2

Salud

3

Sistema de protección a la vejez

4

Programas de superación de pobreza

5

Políticas del cuidado

6

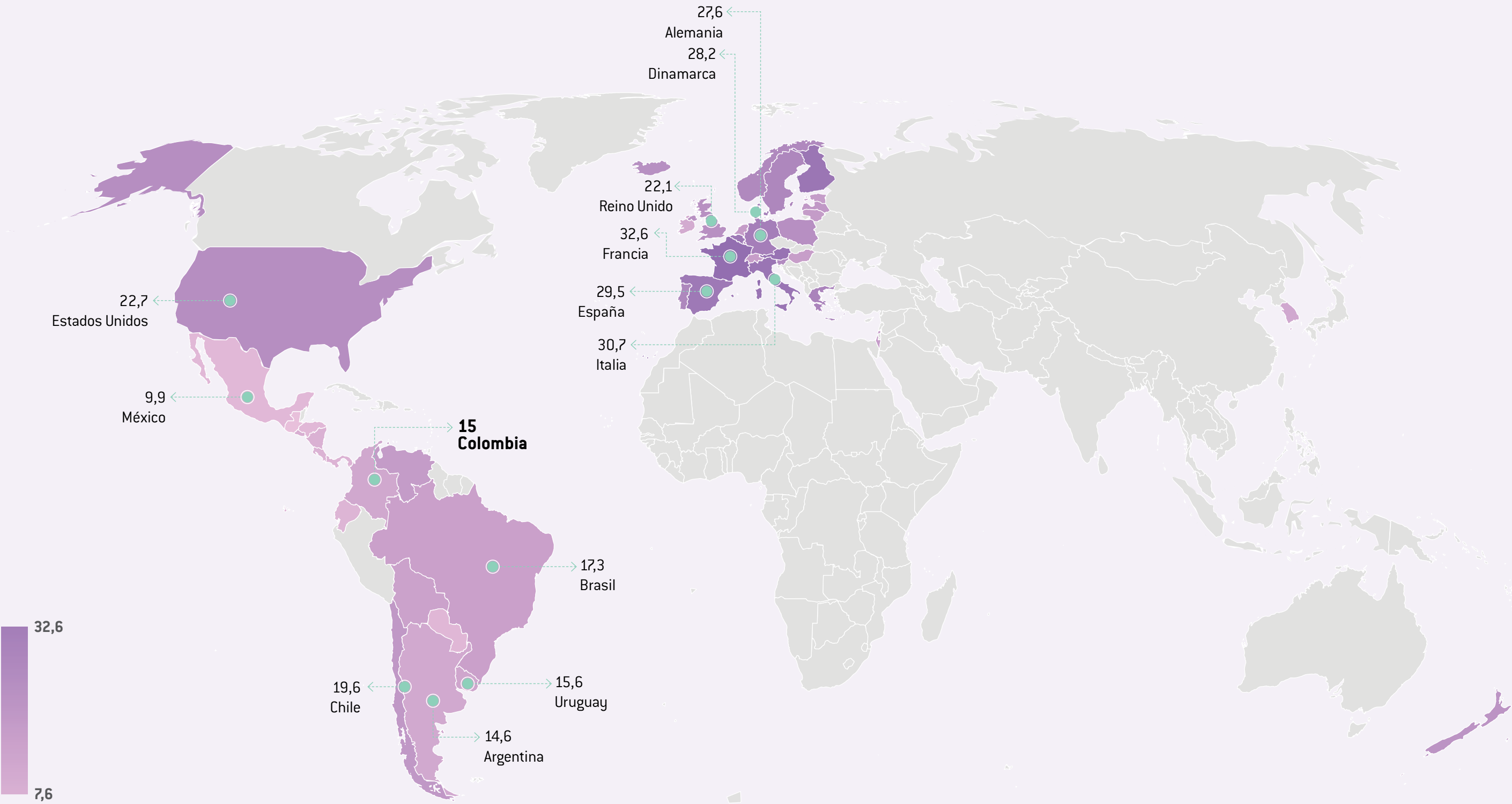
Síntesis de recomendaciones

7

Referencias

8

GASTO PÚBLICO SOCIAL (% DEL PIB)



Fuente: CEPAL y OCDE



Perfil de Colombia en materia de protección social

Tema	Indicador	Valor Colombia	Ranking en América Latina	Mejor país en América Latina (valor)	Valor promedio OCDE	Fuente	Descripción
Calidad y resultados en salud	Expectativa de vida al nacer (años, valores más altos son deseables)	77,7	6 de 17	Chile (81,2)	81,1	Banco Mundial (2023)	Promedio de años que se espera viva una persona desde su nacimiento.
	Tasa de mortalidad infantil (cada 1.000 nacimientos vivos, valores más bajos son deseables)	10,9	9 de 17	Uruguay (5,5)	3,8	Banco Mundial (2023)	Número de bebés que mueren antes del primer año.
	Tasa de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacimientos, valores más bajos son deseables)	59	12 de 17	Chile (10)	9,3	Banco Mundial (2023)	Muertes de mujeres relacionadas con el embarazo.
	Percepción sobre infraestructura de salud (0-10, donde 10 es mejor)	4,13	3 de 7	Chile (4,3)	6	IMD (2025)	Opinión ciudadana sobre la calidad de hospitales y centros de salud.
	Índice de inclusión en salud (0-100, donde 100 es deseable)	61,9	3 de 5	Brasil (65,8)	71,4	Economist Impact (2025)	Mide el acceso equitativo a servicios de salud básicos.
	Número de médicos (por 10.000 personas, valores más altos son mejores)	25,4	7 de 17	Argentina (51,1)	39,4	Organización Mundial de la Salud (2017-2023)	Cantidad de médicos disponibles.
	Número de enfermeros (por 10.000 personas, valores más altos son deseables)	15,4	16 de 17	Paraguay (94,1)	95,2	Organización Mundial de la Salud (2017-2023)	Cantidad de personal de enfermería.



Tema	Indicador	Valor Colombia	Ranking en América Latina	Mejor país en América Latina (valor)	Valor promedio OCDE	Fuente	Descripción
Gasto en salud	Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares)	14,4	1 de 17	Colombia (14,4)	18,8	Organización Mundial de la Salud (2022)	Porcentaje del gasto en salud que asumen directamente las familias.
	Riesgo de contraer gastos catastróficos relacionados con la atención quirúrgica (% de personas en riesgo)	15,1	8 de 14	Perú (4,4)	6,81	Banco Mundial (2022)	Proporción de la población en riesgo de gastos catastróficos cuando se requiere atención quirúrgica. Los gastos catastróficos son los pagos directos de bolsillo por atención quirúrgica y anestésica que superan el 10 % de los ingresos totales.
Tareas de cuidado	Brecha relativa de tiempo dedicado a tareas de cuidado entre hombres y mujeres (% sobre mujeres, donde un menor resultado es mejor)	72,2	11 de 15	Bolivia (47,8)	43,2	Banco Mundial (2022)	Tiempo que dedican las mujeres y/u hombres a tareas de cuidado no remunerado.
Gasto social	% del PIB en gasto social público (valores altos son deseables)	12,2	6 de 16	Chile (18,3)	20,8	Cepal (2023) y OCDE (2023)	Proporción del PIB destinada a programas sociales.
Pobreza	Tasa de incidencia de la pobreza a USD 3 al día (PPA de 2021) (% de la población, valores bajos son deseables)	7,7	14 de 17	Uruguay (0,2)	0,7	Banco Mundial (2018-2023)	Porcentaje de personas que viven con menos de USD 3 diarios (ajustados por poder adquisitivo).
	Tasa de pobreza extrema (% de la población, valores bajos son deseables)	6,04	13 de 14	Uruguay (0,16)	0,4	Our World in Data (2024)	Proporción de la población que no puede cubrir sus necesidades básicas de subsistencia.

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



1 Introducción

El propósito fundamental de la competitividad es la mejora sustancial de las condiciones de vida de la población; en este sentido, la protección social es intrínseca al desarrollo económico. Funciona como un fin y, a la vez, como un medio indispensable para la productividad, creando en consecuencia un ciclo virtuoso: una mayor productividad genera la riqueza necesaria para financiar políticas de redistribución progresivas, y estas, a su vez, fortalecen el capital humano que impulsa un crecimiento más robusto e inclusivo.

Como medio, la protección social es una inversión directa en la productividad de un país. Una población que cuenta con acceso a servicios de salud de calidad, seguridad económica en la vejez, programas de apoyo en momentos de crisis y políticas que reconocen y redistribuyen las cargas del cuidado es más resiliente, educada y eficiente. La reducción de la incertidumbre y la garantía de un piso mínimo de bienestar permiten a los individuos asumir mayores riesgos, innovar y participar más plenamente en el mercado laboral, convirtiendo la seguridad social en un motor de la competitividad.

Sin embargo, y más allá de su utilidad como medio, la protección social es, sobre todo, un fin en sí mismo. El objetivo últi-

mo de un modelo de desarrollo competitivo no debe ser la mera acumulación, sino la construcción de una sociedad que ofrezca a sus ciudadanos las condiciones para vivir vidas más plenas, seguras y felices.

A pesar de este consenso generalizado, con frecuencia surgen fuertes debates sobre cómo materializar dicha protección social de manera efectiva. Las discusiones sobre el diseño de los sistemas de pensiones, la focalización de los subsidios o los incentivos al ahorro a menudo se estancan en modelos tradicionales que asumen un comportamiento puramente racional de los individuos. Es en este punto donde la economía del comportamiento puede ofrecer herramientas valiosas, arrojando nueva luz sobre la comprensión de estos problemas al incorporar los sesgos cognitivos y los factores psicológicos que realmente guían las decisiones de las personas.

Así pues, el capítulo incorpora esta óptica a partir de cuatro elementos del sistema de protección social: (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.



2 Sesgos y grupos que moldean la acción pública en materia de protección social

Detrás de cada decisión de política pública existen ideas sobre lo que el Estado debe hacer, hasta dónde debe llegar y cómo debería actuar. Estas nociones no siempre son visibles ni explícitas, pero inciden sobre aquellas alternativas que se consideran legítimas, posibles o necesarias.

En esta sección se presenta un análisis conductual de tres grupos de posicionamiento especialmente relevantes en el con-

texto de la protección social. El objetivo es identificar los sesgos cognitivos que tienden a reforzar las posturas de cada grupo y explicar cómo influyen en la toma de decisiones públicas. Reconocer estos marcos permite entender mejor las barreras al cambio, las tensiones en los procesos de reforma y las condiciones necesarias para una acción pública más efectiva y realista.

Grupo 1: responsables del diseño y administración institucional

Este grupo incluye a quienes diseñan, implementan y gestionan políticas públicas desde el Estado. Su rol es central en la arquitectura del sistema de protección social ya que definen criterios de elegibilidad, focalización y operación de programas. Tienen alta

influencia sobre cómo se estructura el acceso a beneficios y cómo se reforman los sistemas existentes. Su disposición al cambio afecta directamente la viabilidad técnica y administrativa de cualquier reforma.

Sesgos conductuales clave:

- **Aversión a la pérdida:** Tendencia a sobrevalorar lo que podrían perder (control, presupuesto, influencia) frente a lo que podrían ganar con un cambio de sistema. Esto genera resistencia a reformas estructurales como esquemas universales.
- **Exceso de confianza:** Sobreestimación de la capacidad del Estado al diseñar reformas complejas de forma exitosa, lo que puede llevar a subestimar retos de implementación y a reducir la efectividad de la política.
- **Statu quo bias:** Tendencia a mantener el diseño institucional existente, incluso si se reconoce que es subóptimo. Esta inercia se basa en la percepción de que lo conocido es más seguro que lo nuevo.

Grupo 2: participantes del sistema de protección social

Este grupo está compuesto por actores cuya principal característica es formar parte activa del sistema de protección social. No establecen las reglas del sistema ni se encuentran

excluidos de él. Sus percepciones, demandas y resistencias influyen en el tipo de reformas aceptables desde el punto de vista político y social.

Sesgos conductuales clave:

- **Efecto de dotación:** Tendencia a valorar más los beneficios que ya tienen (pensión, salud), lo que hace que perciban cualquier cambio como una pérdida, incluso si mejora el bienestar colectivo.
- **Aversión a la incertidumbre:** Tendencia a rechazar propuestas de reforma que no ofrecen garantías claras para su situación particular. Prefieren la seguridad de un sistema imperfecto pero conocido.



- Sesgo de grupo (*ingroup bias*): Tendencia a apoyar políticas que beneficien a su grupo de pertenencia y a desconfiar de propuestas que extiendan beneficios a grupos considerados externos.

Grupo 3: referentes del marco normativo vigente

Incluye entidades y actores institucionales que interpretan, aplican o resguardan el marco jurídico y tributario actual, como órganos constitucionales, tribunales o entes reguladores. Tienen capacidad de bloquear, avalar o condicionar reformas estructurales.

Sesgos conductuales clave:

- Sesgo de *statu quo*: Existe una preferencia por preservar la estructura tributaria y jurídica actual, considerada más legítima o confiable que modelos nuevos o redistributivos.
- Sesgo de confirmación: Tendencia a priorizar o considerar información que refuerce su visión favorable del sistema vigente y a minimizar o descartar evidencia que demuestra mejores resultados con alternativas diferentes al sistema vigente.
- Negligencia de la probabilidad: Tendencia a minimizar la probabilidad real de que amplios segmentos de la población permanezcan fuera del sistema de protección social en el largo plazo. Aunque las cifras muestran exclusión sostenida, esta situación se percibe como un problema lejano o excepcional, y no como un riesgo altamente probable que requiere intervención estructural. Esta percepción distorsiona la urgencia de reformas universales o preventivas.

Tabla 1. Sesgos conductuales por grupo de enfoque en protección social

Grupo	Descripción del enfoque	Algunos sesgos conductuales relevantes	¿Cómo opera el sesgo?
Responsables del diseño y administración institucional	Prioriza estabilidad institucional; favorece procesos conocidos y estructuras operativas existentes.	Aversión a la pérdida	Genera resistencia a reformas por temor a perder control institucional, presupuesto o influencia operativa.
		Sesgo de <i>statu quo</i>	Prefieren mantener estructuras existentes, aunque sean ineficientes, por ser familiares y percibidas como más seguras.
		Exceso de confianza	Sobreestiman la capacidad del sistema actual para resolver problemas sin necesidad de cambios estructurales.



Grupo	Descripción del enfoque	Algunos sesgos conductuales relevantes	¿Cómo opera el sesgo?
Participantes del sistema de protección social	Responden con cautela ante cambios que alteren la dinámica conocida del sistema.	Efecto de dotación	Valoran más los beneficios que ya tienen por el hecho de poseerlos, y muestran resistencia a cualquier modificación del esquema actual.
		Aversión a la incertidumbre	Rechazan propuestas de cambio si no hay garantías claras sobre su situación futura, priorizando estabilidad sobre innovación.
		Sesgo de grupo (<i>ingroup bias</i>)	Muestran mayor disposición a apoyar políticas que beneficien directamente a su grupo, y desconfían de esquemas más universales o redistributivos.
Validadores del marco normativo	Actores que interpretan, resguardan o condicionan las transformaciones del sistema desde criterios legales, fiscales o institucionales.	Sesgo de <i>statu quo</i>	Se inclinan a preservar el sistema legal y tributario existente por considerarlo más legítimo o predecible.
		Sesgo de confirmación	Priorizan información que refuerza su visión favorable del sistema actual y minimizan la evidencia crítica.
		Negligencia de la probabilidad	Subestiman el riesgo de exclusión estructural por no percibirlo como inminente o emocionalmente urgente.

Las discusiones en torno al diseño y la reforma del sistema de protección social en Colombia suelen estar atravesadas por falsos dilemas, es decir, enmarques que presentan la realidad como una elección binaria entre dos opciones aparentemente incompatibles. Esta perspectiva simplifica la complejidad de los problemas y refuerza posiciones de grupos de interés, pero

al mismo tiempo restringe el rango de soluciones posibles. Desde la óptica conductual, se alimentan de sesgos como la aversión a la pérdida, el *statu quo* o el efecto de dotación, que llevan a los actores a sobrevalorar lo conocido, a resistirse al cambio y a interpretar cualquier ajuste como una amenaza más que como una oportunidad.



Tabla 2. Falsos dilemas en la discusión sobre protección social en Colombia

Falso dilema	Descripción	Sesgos conductuales asociados	Grupo(s) de enfoque
1. Universalidad o sostenibilidad	Se presenta como una elección excluyente: se garantiza cobertura amplia o se protege la estabilidad financiera. Además, limita la discusión a variables de corto plazo, sin considerar beneficios económicos y sociales de largo plazo asociados a la inclusión.	Aversión a la pérdida. Sesgo de <i>statu quo</i>.	Responsables del diseño y la administración institucional. Validadores del marco normativo y fiscal.
2. Contribuir o recibir	Este dilema establece que solo quienes aportan formalmente deben tener derecho a protección social. Esta visión fragmenta la noción de ciudadanía social y desconoce que la protección puede financiarse con impuestos generales. También reduce el sistema a una lógica de mérito individual, lo cual refuerza distorsiones estructurales de acceso.	Efecto de dotación. Sesgo de <i>statu quo</i>.	Participantes del sistema contributivo.
3. Sistema técnico o sistema justo	Se plantea que hay que elegir entre eficiencia técnica o equidad redistributiva. Esto impide revisar críticamente los supuestos del diseño actual y limita la posibilidad de construir soluciones técnicamente sólidas pero más inclusivas.	Sesgo de <i>statu quo</i>. Aversión a la pérdida.	Todos los grupos.

La revisión de los sesgos conductuales y las configuraciones grupales ofrece una perspectiva analítica interesante por su potencial para explicar dinámicas que pueden constituir barreras en el fun-

cionamiento del sistema de salud. A continuación, se presentan algunos aspectos básicos del sistema de salud en Colombia como punto de partida para el diagnóstico.



3 Salud

El sistema de salud en Colombia ha sido objeto de profundas discusiones entre 2023 y 2025. Estos debates se han centrado en su sostenibilidad financiera, la suficiencia de la unidad de pago por capitación (UPC), la arquitectura institucional de aseguramiento, el papel de las entidades territoriales, la gobernanza del sistema y la protección financiera de los hogares. El Gobierno nacional presentó en este periodo dos proyectos de reforma estructural (el Proyecto de Ley 339 de 2023 y el Proyecto de Ley 312 de 2024) con el propósito de transformar el modelo de aseguramiento, reorganizar la atención a partir de un enfoque de atención primaria en salud (APS) y reforzar el papel del Estado como responsable de la dirección y del financiamiento.

Las reformas hasta ahora presentadas por el Gobierno han incluido los siguientes elementos comunes:

- Pagador único público (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Adres] fortalecida): pagos directos a prestadores con reglas de giro oportuno, auditoría *ex post* y mayor trazabilidad presupuestal.

- Transformación del rol de las entidades promotoras de salud (EPS) en “gestoras de salud y vida”: sin manejo directo de recursos, con ciertas funciones en coordinación de redes y baja gestión del riesgo individual/colectivo.
- APS y red de centros de atención primaria en salud (CAPS): despliegue territorial de CAPS como puerta de entrada, integrados por equipos multidisciplinarios de salud familiar y comunitaria, orientados a prevención, promoción y seguimiento.
- Funciones de dirección del sistema: el Estado asumiría de forma más directa la planificación, la regulación y el control del sistema.

A continuación, se presenta un diagnóstico del sistema de salud colombiano, con el propósito de contextualizar sus principales fortalezas y limitaciones. Este análisis servirá de base para abordar posteriormente los desafíos asociados a los ejes centrales de la reforma propuesta por el Gobierno Nacional.

A quiénes atendemos

La cobertura universal en salud implica que todas las personas puedan acceder a los servicios que requieren, que estos sean de calidad y que su acceso no lleve a las personas a incurrir en riesgos financieros. Así lo definen la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial (2020), quienes destacan tres dimensiones esenciales para analizar la cobertura en salud: el acceso sin discriminación a los servicios, la protección frente a riesgos financieros y una atención en salud eficaz, costo-efectiva y sostenible.

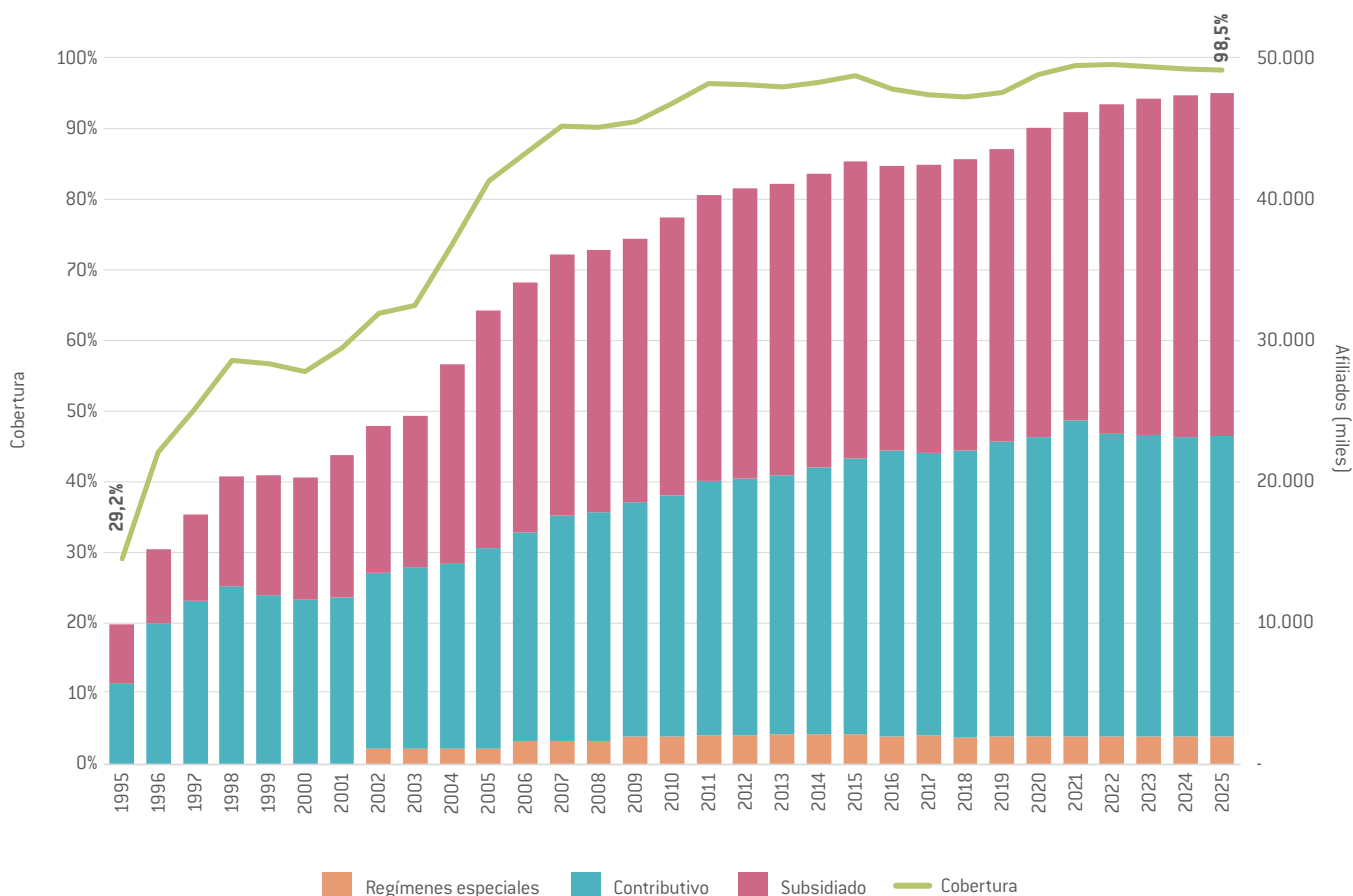
En Colombia, el sistema de salud ha mostrado avances importantes en materia de cobertura. En 1995, apenas el 29,1 % de la población estaba cubierta, mientras que en 2025 esta cifra alcanza el 98,5 % [Gráfica 1]. Esta expansión representa uno de los mayores logros en el ámbito de la protección social y ha tenido lugar en el marco de un modelo descentralizado que buscó introducir competencia entre actores mediante un esquema de aseguramiento gestionado por EPS, superando así estructuras centralizadas con altos costos y baja cobertura (Londoño y Frenk, 1997; Ruiz *et al.*, 2018).



Gráfica 1. Población afiliada al sistema de salud. Colombia, 1995-2025



La ampliación de la cobertura en salud es uno de los principales logros de protección social en el país. Hasta julio de 2025, 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). [2025]. Datos de afiliación a julio de 2025. Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

La protección financiera en salud se garantiza, en parte, mediante un bajo nivel de gasto de bolsillo, entendido como la proporción del gasto total en salud que es asumida directamente por los hogares. Este indicador es importante para mitigar posibles barreras económicas en el acceso a los servicios, especialmente entre poblaciones con menor capacidad de pago. Cuando este gasto es elevado, aumenta el riesgo de que las personas posterguen o renuncien a la atención médica necesaria, lo que puede profundizar las inequidades en salud y generar cargas financieras catastróficas.

En el caso colombiano, los pagos directos de los hogares son relativamente bajos: según los datos más recientes, en 2023 el

gasto de bolsillo representó el 14,6 % del gasto total en salud, una cifra inferior al promedio de los países de la OCDE y por debajo del promedio regional en América Latina, que se sitúa en 18,9 %. Esta baja participación refleja la capacidad del sistema para absorber una parte significativa del costo de la atención, reduciendo la exposición financiera de los hogares.

Sin embargo, de acuerdo con estimaciones de ANIF, construidas a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y de la Cuenta Satélite de Salud, el gasto de bolsillo en salud ha venido incrementándose de manera sostenida en los últimos



años, hasta representar el 16,8 % del gasto corriente en salud en 2024. Si bien en 2021 se registró un descenso transitorio al 14,2 %, la tendencia posterior muestra un aumento consistente que puede reflejar las crecientes dificultades financieras del sistema para ga-

rantizar cobertura efectiva. Esto evidencia un deterioro en la capacidad de protección financiera del sistema de salud colombiano en tanto los hogares han debido asumir mayores costos directos para acceder a servicios médicos, medicamentos y diagnósticos.

Gráfica 2. Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)



En Colombia los hogares asumen una proporción relativamente baja del gasto en salud, lo que se convierte en una herramienta que contribuye a su protección financiera.

a. Gasto de bolsillo (% del gasto en salud). Colombia y países de referencia, 2022 y 2023

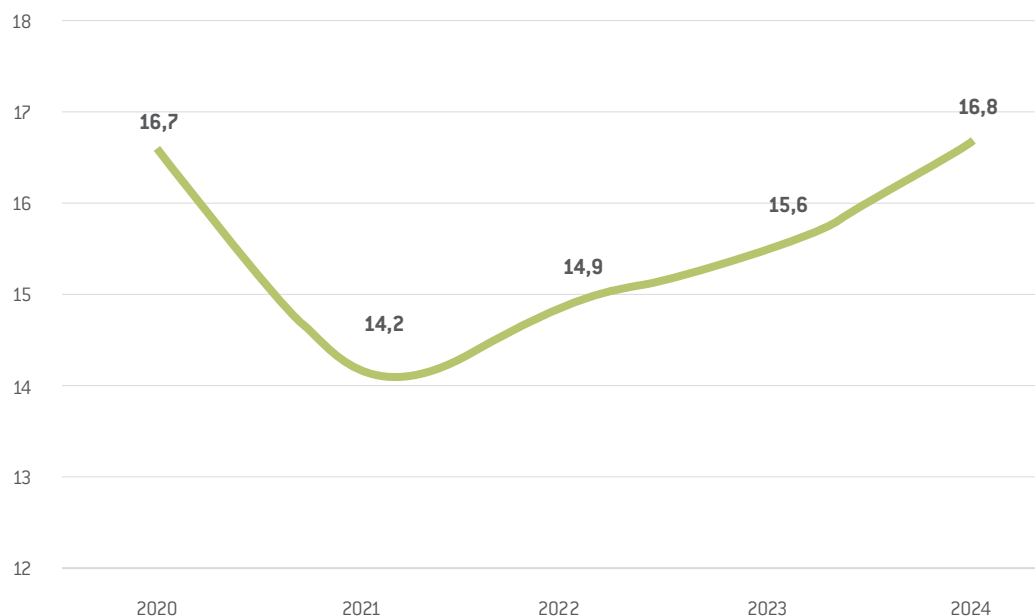


Nota: año más reciente disponible.

Fuente: Banco Mundial (2025). <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>



b. Gasto de bolsillo [% del gasto corriente en salud]. Colombia, 2020-2024



Fuente: ANIF (2025).

Cómo los atendemos

En el sistema de salud colombiano, la mayor parte de las atenciones son gestionadas por las EPS, tal como lo evidencia la Gráfica 3, que muestra su participación predominante en la prestación de servicios. Esta prevalencia operativa da cuenta del rol central que cumplen las EPS en la implementación del modelo de aseguramiento al ser las responsables de ofrecer el acceso a los servicios, definir mecanismos de atención y coordinar la provisión a través de redes contratadas de prestadores.

Este esquema responde al diseño de un modelo descentralizado que introdujo competencia regulada entre aseguradores, con el propósito de superar las limitaciones de los sistemas centralizados previos, caracterizados por altos costos operativos, segmentación institucional y baja cobertura efectiva

[Londoño y Frenk, 1997; Ruiz *et al.*, 2018]. A través de este modelo, se buscó reorganizar la relación entre financiamiento y provisión de servicios mediante entidades responsables del aseguramiento, con la expectativa de ampliar la cobertura y garantizar una gestión más efectiva de los recursos públicos destinados a la salud.

Según un informe de la Contraloría General de la República con corte a diciembre de 2024, en Colombia existen 10 EPS bajo intervención forzosa y medidas especiales, las cuales concentran un total de 29.536.614 personas afiliadas. Este fenómeno indica que el 56,6 % de la población vinculada al sistema de salud se encontraba a diciembre de 2024 en entidades cuya operación está directamente administrada o vigilada por el Gobierno.



Gráfica 3. Atenciones en salud

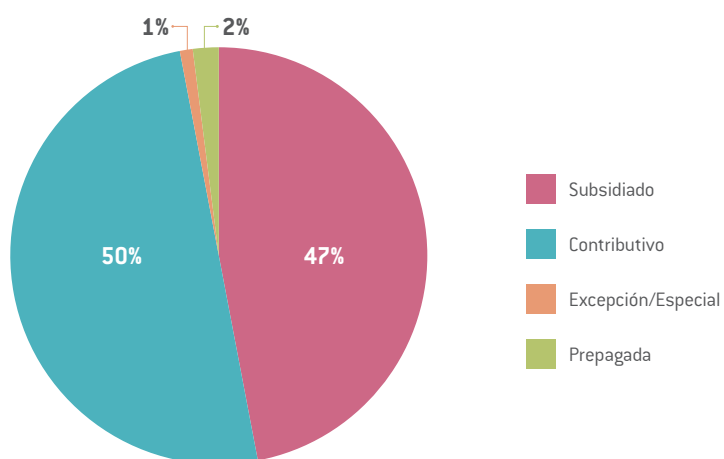


En Colombia los hogares asumen una proporción relativamente baja del gasto en salud, lo que se convierte en una herramienta que contribuye a su protección financiera.

a. Número de atenciones en salud. Colombia, 2015-2023



b. Distribución de atenciones por tipo de régimen, 2023



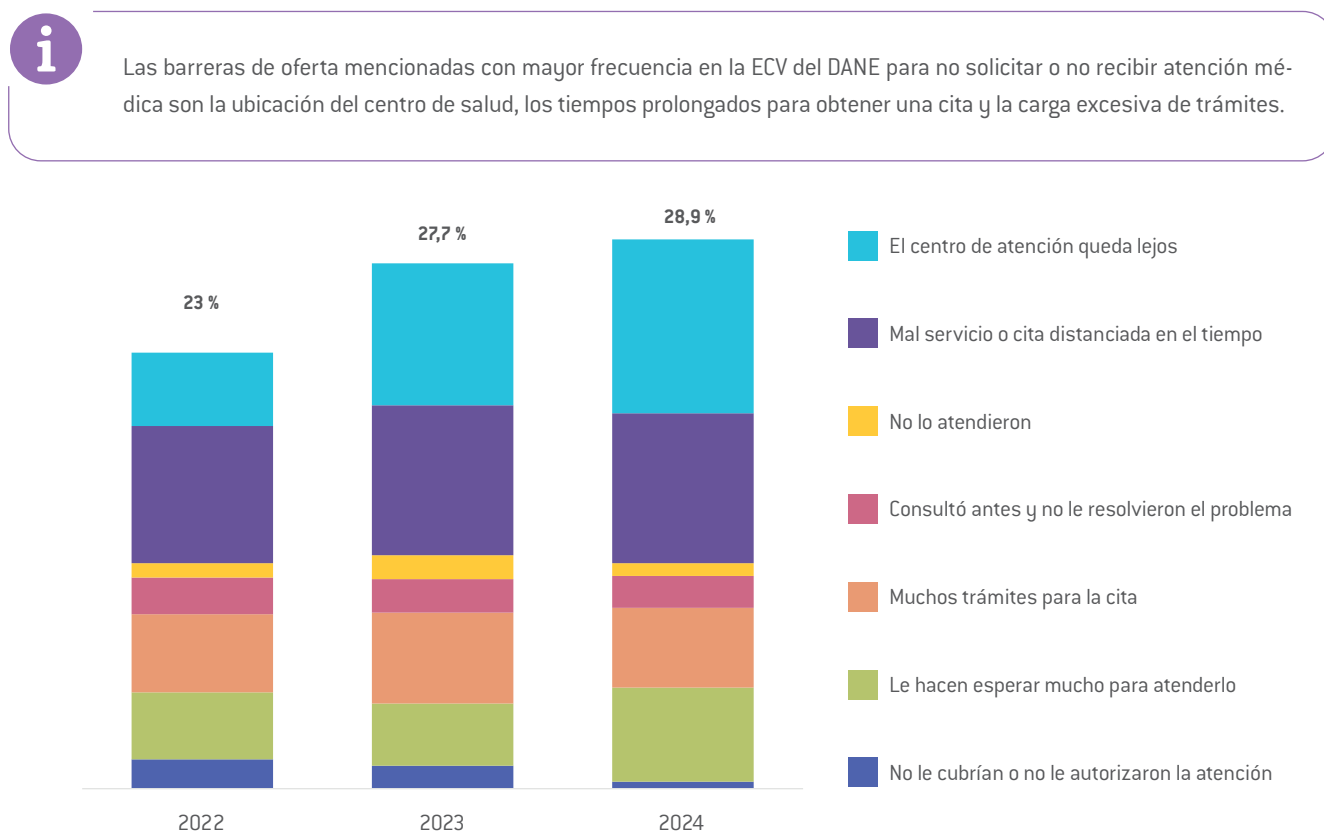
Fuente: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi, 2025).



Si bien el aseguramiento formal ha logrado una amplia cobertura poblacional, persisten desafíos importantes en materia de acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud. Estos retos no necesariamente se explican por la falta de afiliación, sino por limitaciones en la disponibilidad, la calidad o la adecuación de la atención. Las restricciones al acceso pueden originarse en dos tipos de factores: de oferta, vinculados a las condiciones y capacidad de respuesta de los prestadores; y de demanda, asociados a las características, percepciones o limitaciones del usuario.

La ENCV del DANE permite identificar y clasificar estas barreras a partir de las razones que informan las personas con necesidades de atención no satisfechas. Según los datos de 2024, el 28,9 % de quienes reportaron problemas de salud no accedieron a servicios médicos debido a obstáculos atribuibles a la oferta, tales como demoras en la asignación de citas, deficiencias en la calidad del servicio, ubicación poco accesible de los centros de atención o exceso de trámites administrativos

Gráfica 4. Personas con problemas de salud que no solicitan o no reciben atención médica debido a barreras de oferta. Colombia, 2022-2024



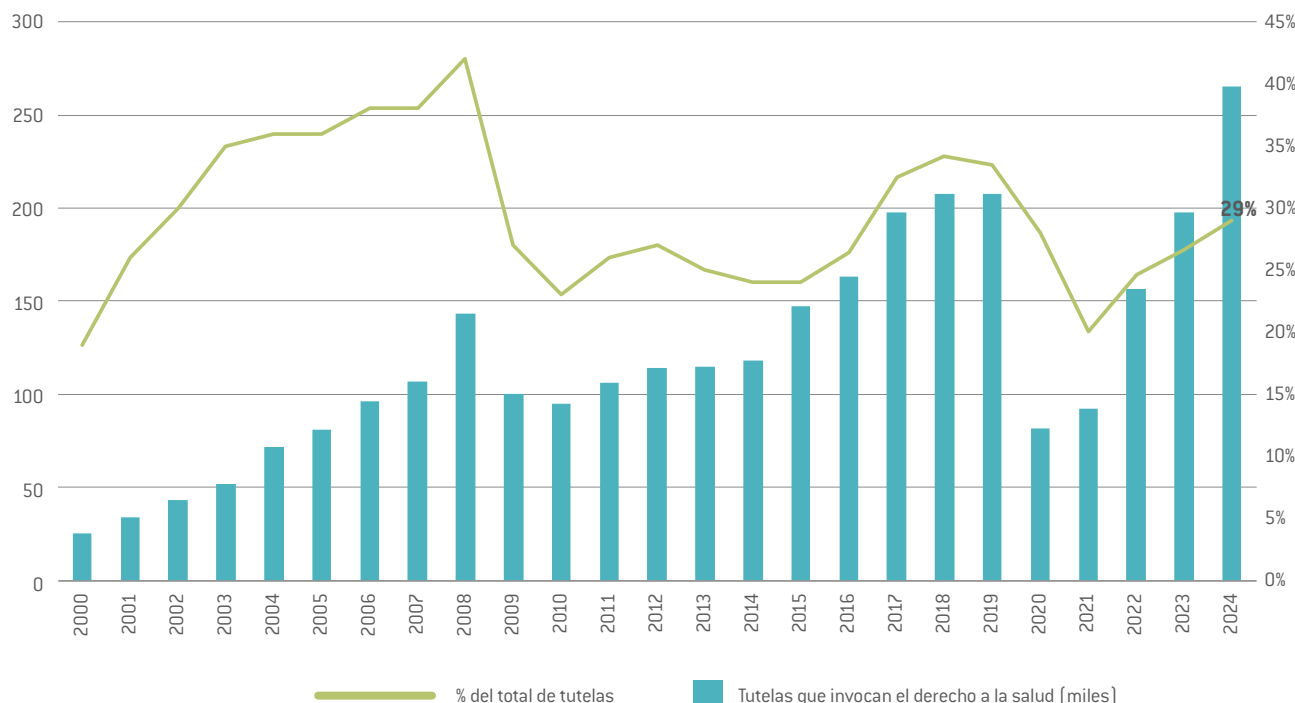
Fuente: DANE (2024). Cálculos: Consejo Privado de Competitividad (CPC).

Las barreras de acceso a los servicios de salud son también evidentes en las tutelas interpuestas en el país. En 2024, 1 de cada 3 tutelas (29 %) que se interponían invocaban el derecho a la salud (Gráfica 5), y al observar las pretensiones más frecuentes se observa una coincidencia con algunas de las barreras reportadas

en la ENCV del DANE (2024). La pretensión más frecuente cuando se invocó el derecho a la salud en 2024 fue la práctica oportuna de procedimiento médico (33 %), seguida por la entrega oportuna de medicamentos o insumos (24,6 %), el tratamiento integral (22,1 %) y la asignación de citas médicas (15,8 %).



Gráfica 5. Número total de tutelas y proporción del total que invoca el derecho a la salud. Colombia, 2000-2024



Fuente: Corte Constitucional [2025].

Cómo lo pagamos

Los sistemas de salud, incluido el colombiano, enfrentan presiones crecientes sobre el gasto público. Estas provienen, por un lado, de factores demográficos como el envejecimiento de la población y, por otro lado, del cambio en el perfil epidemiológico, que ha incrementado la prevalencia de enfermedades no transmisibles, entre ellas el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

En Colombia, cuando un procedimiento o medicamento no está cubierto por la UPC pero ha sido ordenado por un profesional de la salud o autorizado mediante decisión judicial, las EPS pueden solicitar un recobro ante la Adres. Si la petición es aprobada, se paga con recursos públicos. Este mecanismo es derivado de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconoce la salud como un derecho fundamental y define el plan de beneficios como un conjunto abierto, limitado únicamente por exclusiones precisas. Entre estas exclusiones se encuentran las tecnologías con fines cosméticos, las que carecen de evidencia científica sobre su seguridad y efectividad clínica, las que no cuentan con autorización de la autoridad competente, aquellas en fase experimental y las que se prestan en el exterior (artículo 15 de la 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 de la medida, el valor de los pagos por este rubro sigue siendo considerablemente alto.

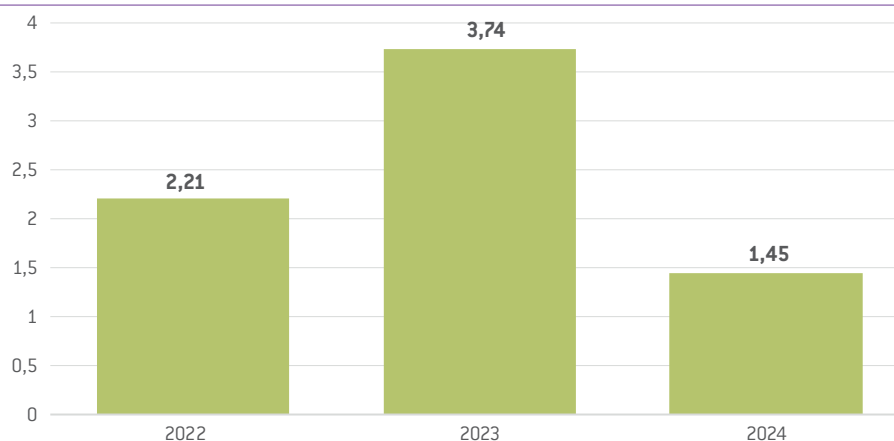
En el Auto 007 de 2025, la Corte constitucional declaró el incumplimiento general del componente de suficiencia de la UPC al considerar que el valor fijado para 2024 era insuficiente para financiar el Plan de Beneficios en Salud. La sostenibilidad financiera del sistema exige una racionalización de los costos, lo que implica definir mecanismos sociales de priorización o exclusión.



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, 2022-2024



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



Fuente: Así Vamos en Salud (2025).

*Hasta junio de 2024

Debates y desafíos en torno a la reforma al sistema de salud

La sociedad colombiana enfrenta actualmente un debate en torno a la reforma del sistema de salud, motivado por los retos identificados en el diagnóstico previo y por la necesidad de construir soluciones sostenibles. Esta discusión requiere alcanzar consensos. A continuación, se presentan los retos y desafíos de las principales propuestas que se han venido discutiendo recientemente.

En primer lugar, se ha propuesto la conversión de las EPS en “gestoras de salud y vida”, con funciones limitadas al manejo del riesgo en salud, la articulación territorial y la orientación de los usuarios. El reto esencial de esta medida radica en el traslado de las funciones financieras y de administración de recursos hacia la Adres. Si bien esta centralización busca mejorar la transparencia y el control público, diversos análisis advierten que podría generar problemas de ineficiencia y de liquidez dadas las limitadas capacidades estatales de supervisión y gestión [OCDE, 2015; Yamin y Vélez, 2023].

En segundo lugar, se ha propuesto un fortalecimiento de la APS con la creación de una red de CAPS como puerta de entrada obligatoria al sistema. La estrategia se fundamenta en la evidencia internacional y regional sobre el rol de la APS para reducir inequidades y mejorar la resiliencia de los sistemas de salud [Organización Panamericana de la

Salud [OPS], 2021]. No obstante, la implementación enfrenta desafíos significativos en la disponibilidad de recurso humano, financiamiento sostenido e integración con los niveles de mediana y alta complejidad. Estos aspectos son críticos para evitar que los CAPS se conviertan en unidades de primer contacto sin capacidad resolutoria real.

En tercer lugar, se ha discutido lo relacionado con la dirección del sistema, con la centralización de los flujos financieros en la Adres y un mayor control estatal en la planeación y administración. Esta medida busca superar la fragmentación institucional señalada por la OCDE (2016), pero supone una concentración de funciones que requeriría construir competencias regulatorias, de supervisión y de gestión que son difíciles de alcanzar en un Estado con capacidades históricamente limitadas. Este escenario configura el riesgo de generar ineficiencias, burocratización y dificultades en la continuidad de los pagos a prestadores.

En síntesis, aunque las propuestas de la reforma se orientan hacia objetivos ampliamente reconocidos como la equidad y la sostenibilidad financiera, su implementación plantea riesgos considerables. Estos retos explican la necesidad de un debate amplio y de una construcción de consensos entre actores estatales, privados y sociales.



4 Sistema de protección a la vejez

Analizar el sistema de protección a la vejez en Colombia hoy implica navegar un panorama de profunda incertidumbre. La reforma pensional (Ley 2381 de 2024), que modificaba la estructura y el funcionamiento del sistema, fue aprobada por el Congreso de la República en junio de 2024, pero hoy se encuentra en un limbo jurídico. Su entrada en vigor fue suspendida por la Corte Constitucional al admitir inconsistencias en el trámite legislativo con referencia a la falta de deliberación reglamentaria en una de sus etapas.

El sistema de la Ley 100

La Ley 100 de 1993 representó un hito en la historia de la protección social de Colombia al reformar por completo el sistema pensional con el objetivo principal de asegurar su sostenibilidad financiera a largo plazo. Su innovación más profunda fue el establecimiento de un sistema dual, compuesto por dos regímenes que operaban en competencia: el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM), un fondo común de naturaleza pública (hoy administrado por Colpensiones), y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), gestionado por administradoras de fondos de pensiones (AFP) privadas. De este modo se les permitió a los ciudadanos elegir y trasladarse de un esquema a otro, creando una competencia entre los dos modelos.

En el RPM, la pensión es una “prestación definida”, es decir, su fórmula de cálculo es conocida de antemano y depende del número de semanas cotizadas y del promedio salarial del trabajador; no de los rendimientos del capital. Por el contrario, en el RAIS la pensión corresponde al capital que cada persona logra acumular en su cuenta individual a lo largo de su vida, por lo que el monto final depende de sus aportes, los rendimientos financieros obtenidos y la modalidad de pensión que elija al retirarse.

Más allá de su arquitectura dual, la Ley 100 implementó ajustes paramétricos para fortalecer el sistema. Elevó la tarifa de cotización hasta el 13,5 % a partir de 1996, incrementó el requisito de semanas de 500 a 1.000 (posteriormente elevado a 1.300 por el Acto Legislativo 01 de 2005) y amplió el periodo para calcular el ingreso base de la pensión. Asimismo, para mitigar las desigualdades, creó el Fondo de Solidaridad Pensional, destinado a subsidiar los aportes de trabajadores de bajos ingresos, y el

Aunque el Congreso intentó subsanar dicho error, al cierre de esta edición, la Corte se encuentra en un proceso de revisión final para determinar si la corrección fue válida y si la ley se ajusta a la Constitución. De este análisis se desprenden tres escenarios posibles: la inexequibilidad, que anularía la reforma por completo; la exequibilidad condicionada, que la avalaría, pero con modificaciones en su articulado; o la exequibilidad total. Dada esta coyuntura, es preciso abordar ambos marcos regulatorios.

Fondo de Garantía de Pensión Mínima, para complementar las pensiones más bajas en el régimen de ahorro individual (Ospina-Tejero *et al.*, 2024).

A pesar de estos mecanismos, el modelo de competencia y sus asimetrías de información terminaron acentuando brechas de cobertura y equidad. El diseño del sistema pensional colombiano chocó de frente con la realidad de un país donde la informalidad laboral ronda el 60 %. Según Alvarado *et al.* (2021), un trabajador cotiza en promedio el 43 % del tiempo, lo que implica que, en un año laboral, este hace aportes para su pensión durante cinco meses. 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 *et al.*, 2022).

Este desajuste estructural entre la norma y la realidad derivó en una cobertura pensional mínima, donde solo 1 de cada 4 adultos logra efectivamente construir el derecho a una pensión. Así, el 75 % restante queda sin un ingreso estable para su vejez, o dependiendo de los programas solidarios de transferencias.

La exclusión en el sistema de pensiones acentúa también una crisis social: la tasa de pobreza que afecta al 24,5 % de los mayores de 65 años a nivel nacional y a un 35,7 % en la ruralidad (DANE, 2025). Con más de 1 de cada 4 adultos mayores en la pobreza, Colombia se posiciona en el quinto lugar entre 15 países 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 afecta a menos del 5 % de los adultos mayores (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2024).



Ante esta emergencia, el Estado se vio obligado a tejer una red de seguridad por fuera del sistema pensional. Así, se crearon mecanismos como el programa Colombia Mayor, un subsidio directo para aliviar la pobreza extrema de quienes no tenían nada, y los beneficios económicos periódicos (BEPS), una vía para que quienes ahorraron poco pudieran convertir esos saldos en una renta vitalicia. En esencia, estos instrumentos no fueron un complemento, sino la respuesta necesaria a las fallas de un modelo que, en la práctica, no cumplió con el objetivo de proteger a la población adulta mayor.

Al mismo tiempo, el sistema pensional de la Ley 100 adolece de una profunda inequidad en su diseño, con una asignación regresiva al distribuir mayores beneficios entre quienes menos los necesitan. Los subsidios implícitos del RPM, lejos de ser un mecanismo de solidaridad, benefician desproporcionadamente a los pensionados de mayores ingresos con una senda laboral estable a lo largo de su vida. Se estima que cerca del 90 % de los subsidios del RPM se focalizan a hogares no pobres, lo equivalente al 2,6 % del producto interno bruto (PIB) (Forero *et al.*, 2021), contradiciendo el principio de progresividad y convirtiendo las pensiones en un mecanismo para acentuar —y no para reducir— la desigualdad.

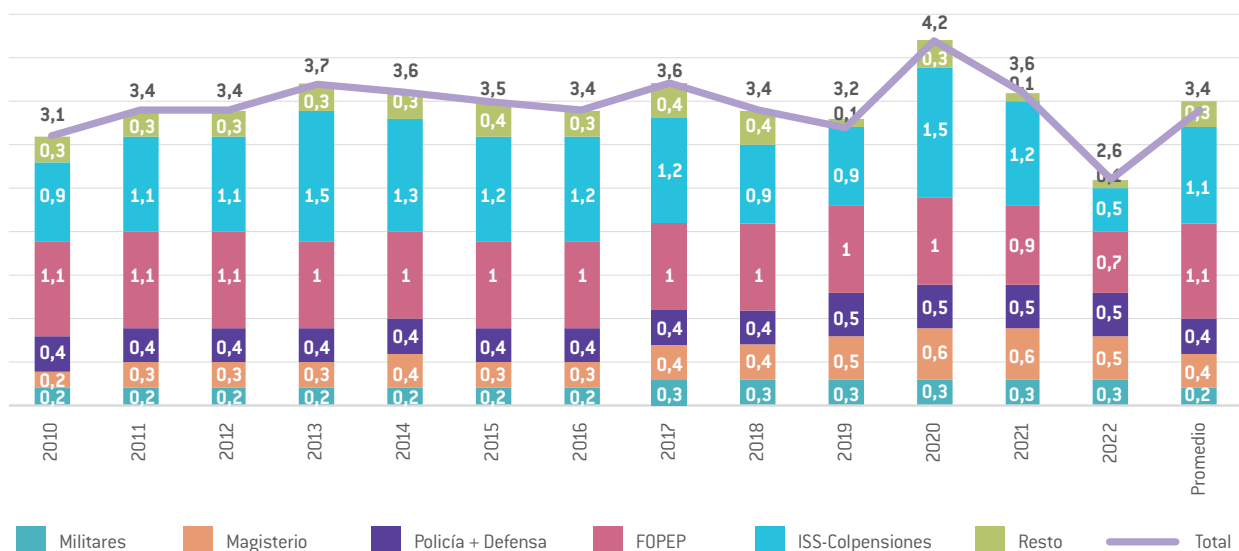
Esta inequidad se ve exacerbada por la mencionada competencia entre regímenes. La libertad de los afiliados para trasladarse entre uno u otro permitió que trabajadores con altos ingresos cerca de la edad de jubilación se movieran estratégicamente desde los fondos privados hacia Colpensiones con el fin de capitalizar la generosa tasa de reemplazo y los subsidios del sistema público, asegurando así una pensión mucho mayor de la que hubieran obtenido con su propio ahorro. Esta práctica no solo se convierte en una fuga de recursos hacia los segmentos más privilegiados, sino que también profundiza el déficit fiscal del RPM, erosionando aún más su sostenibilidad.

Sumado a la baja cobertura y a la inequidad, el sistema arrastra un problema estructural de sostenibilidad fiscal. El RPM, al ser un sistema de reparto donde las cotizaciones de los trabajadores activos financian las pensiones de los jubilados, genera un déficit creciente a medida que la población envejece y la relación entre cotizantes y pensionados disminuye. Esta presión sobre las finanzas públicas no proviene únicamente de Colpensiones, sino también de regímenes especiales y exceptuados con beneficios aún más generosos. El resultado es un gasto público en pensiones que ronda el 3,4 % del PIB en la última década (Gráfica 7).

Gráfica 7. Gasto en pensiones del Gobierno nacional por régimen (% PIB), 2010-2022



Una tercera parte del gasto en pensiones del Gobierno Nacional se destina a Colpensiones, otra tercera parte al FOPEP; y un último tercio a los regímenes de defensa y magisterio.



Fuente: Ospina-Tejeiro *et al.* (2024).



En consecuencia, el modelo de la Ley 100 generó una doble paradoja. Por un lado, no logró proteger a la gran mayoría de la población vulnerable debido a su estricta dependencia de la formalidad y, por otro, destinó una parte significativa de sus recursos a subsidiar las pensiones de la minoría con mayor capacidad de

ahorro. En este contexto se gestó un consenso generalizado sobre la necesidad de reformar el sistema de protección a la vejez, lo que devino en la formulación de la Ley 2381 de 2024, que introduce importantes cambios en la estructura y el funcionamiento del sistema.

La reforma pensional: avances, retrocesos y preocupaciones

La Ley 2381 de 2024, que establece el “Sistema de Protección Social Integral para la Vejez”, se construyó con el objeto de superar las fallas del modelo anterior enfocándose en tres objetivos centrales: ampliar la cobertura para proteger a los adultos mayores más vulnerables, eliminar la ineficiente competencia entre los regímenes pensionales, y reajustar la institucionalidad del sistema. Para lograr esta transformación, la ley dismantela la arquitectura previa y la reemplaza por un esquema de cuatro pilares complementarios.

El pilar solidario constituye la base de la nueva pirámide de protección. Está diseñado para otorgar una transferencia monetaria mensual, equivalente a la línea de pobreza extrema (aproximadamente COP 223.000 en 2024) a los adultos mayores en condición de vulnerabilidad. De esta forma se busca ampliar la cobertura del programa Colombia Mayor tanto en la cantidad de beneficiarios como en el monto de la transferencia, representando un avance significativo en la lucha contra la pobreza en la vejez. Sin embargo, su sostenibilidad depende directamente del Presupuesto General de la Nación (PGN), lo que lo somete a la discrecionalidad política y a la incertidumbre fiscal.

El pilar semicontributivo reconoce el esfuerzo de quienes cotizaron pero no alcanzaron las semanas para una pensión (entre 300 y menos de 1.000). En lugar de una simple devolución de saldos como

se hacía en el marco de la Ley 100, este pilar transforma los aportes, más un subsidio estatal, en una renta vitalicia. Aunque esta medida cierra brechas de regresividad, mantiene una inequidad: las personas con menos de 300 semanas cotizadas reciben una indemnización sin ajuste de rendimientos, lo que en la práctica configura un préstamo sin interés de los más vulnerables al sistema.

El pilar contributivo es el núcleo de la reforma, eliminando la competencia entre regímenes. Se vuelve obligatorio y complementario: las cotizaciones sobre ingresos de hasta 2,3 salarios mínimos se dirigen a un componente de prima media administrado por Colpensiones, mientras que el excedente va a un componente de ahorro individual en los fondos privados. Si bien este umbral mejora la focalización de subsidios, sigue dirigiendo recursos públicos a un segmento de la población que no es necesariamente el más desfavorecido y, al mantener un componente de reparto, no resuelve de fondo los problemas de sostenibilidad agudizados por la transición demográfica.

Finalmente, el pilar de ahorro voluntario se mantiene como un mecanismo para que las personas con capacidad de pago realicen ahorros adicionales en los fondos privados para complementar su pensión, operando sin los principios de solidaridad que rigen los otros pilares.

Avances en equidad y cobertura

La reforma introduce mejoras significativas. En primer lugar, fortalece la solidaridad y aumenta la cobertura de protección, principalmente a través del pilar solidario, que amplía el número de beneficiarios de 1,7 a 2,7 millones y eleva el monto del subsidio. En segundo lugar, reduce la regresividad del sistema al limitar los

subsidios a las pensiones altas en el componente de prima media y eliminando el arbitraje entre regímenes. Finalmente, busca reducir las brechas de género al disminuir gradualmente las semanas de cotización para las mujeres y reconocer el trabajo de cuidado no remunerado con un descuento de 50 semanas por hijo.

Retrocesos y preocupaciones: sostenibilidad y riesgos futuros

A pesar de sus avances sociales, la reforma genera serias preocupaciones sobre su viabilidad a largo plazo. El principal retroceso es

el deterioro de la sostenibilidad fiscal. Según el Comité Autónomo de la Regla Fiscal (CARF, 2024), el costo fiscal de la reforma es alto:

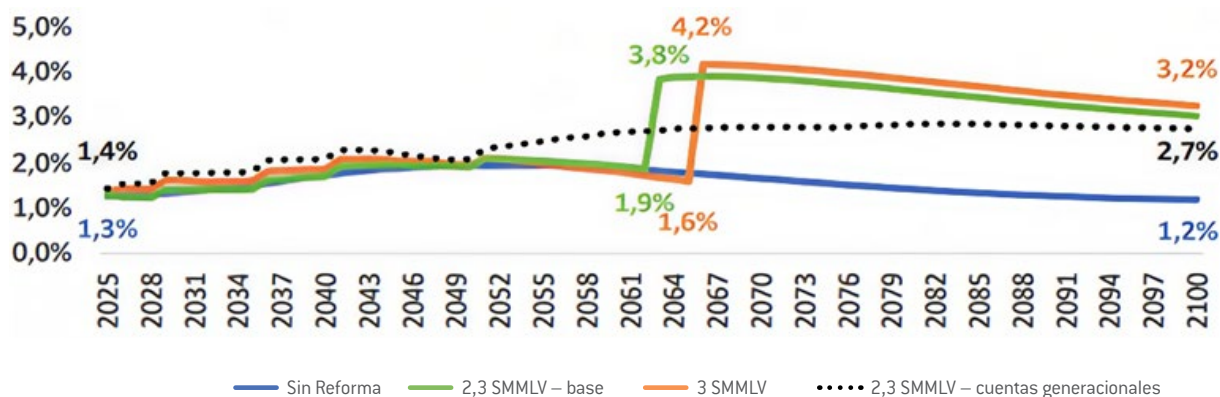


medido en valor presente neto a 2100, pasa de 106 % del PIB en el escenario sin reforma al 169 % del PIB para el pilar contributivo. Aunque la reforma permite un descanso fiscal a corto plazo, en el

largo plazo la presión sobre las finanzas públicas aumentará, trasladando una carga desproporcionada a las futuras generaciones (Gráfica 8).

Gráfica 8. Transferencia del Gobierno Nacional Central a Colpensiones

i A partir de 2060 las transferencias del GNC a Colpensiones aumentarán del 1,9 % al 3,8 %



Fuente: CARF (2024).

Otro impacto negativo es el debilitamiento del mercado de capitales. Al dirigir un flujo masivo de cotizaciones hacia Colpensiones, se reduce drásticamente el ahorro interno gestionado por los fondos privados, que son inversionistas clave en la economía nacional. Esto podría afectar la financiación de proyectos y la estabilidad macroeconómica.

Adicionalmente, persisten problemas como la falta de financiación explícita para el régimen de transición y el hecho

de que, pese al alto costo fiscal, el aumento en el número total de pensionados contributivos es modesto. La implementación misma presenta riesgos, con un tiempo limitado para reglamentar cerca del 60 % de sus artículos y la necesidad de fortalecer la capacidad operativa de Colpensiones antes de su entrada en vigor, actualmente suspendida por la Corte Constitucional.

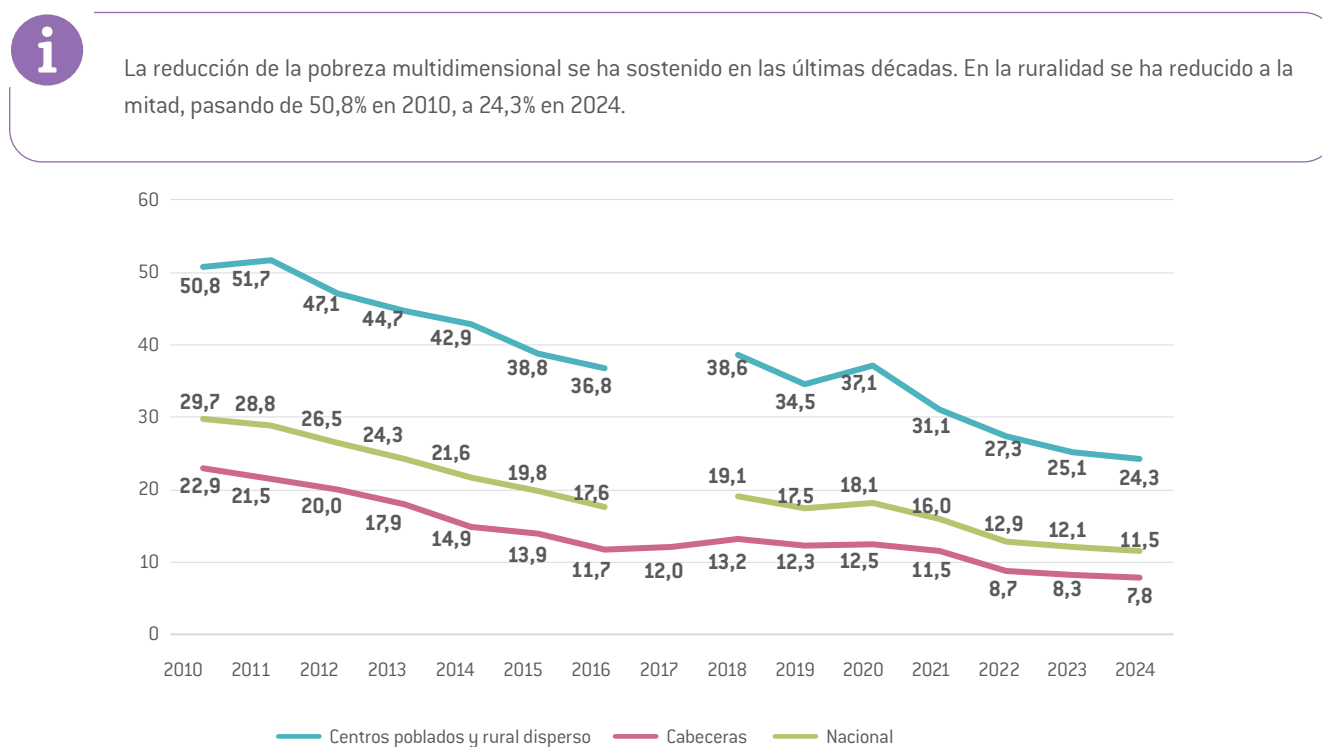


5 Programas de superación de pobreza

El fin último de la competitividad reside en la mejora de las condiciones de vida y el bienestar de la población, un objetivo que se materializa principalmente a través de la superación de la pobreza. En este sentido, la política social más efectiva es aquella que se articula con una estrategia de aumento de la productividad, generando un círculo virtuoso donde la creación de riqueza impulsa la reducción de la pobreza en diferentes dimensiones que la determinan.

Colombia ha avanzado significativamente en la superación de las múltiples condiciones que acentúan los ciclos de pobreza, como lo demuestra la consistente reducción del índice de pobreza multidimensional (IPM) en la última década. A nivel nacional, la incidencia de este indicador pasó del 29,7 % en 2010 al 11,5 % en 2024, reflejando mejoras sustanciales. Este progreso se mide a través de cinco dimensiones clave: condiciones educativas de la niñez y juventud, salud, trabajo, y acceso a servicios públicos y vivienda (DANE, 2025).

Gráfica 9. Incidencia de pobreza multidimensional (porcentaje). Total nacional, cabeceras, centros poblados y rural disperso. Colombia, 2010-2024



Fuente: DANE (2025).

Al mismo tiempo, la generación de riqueza permite al Estado financiar políticas de redistribución progresivas, focalizando el gasto público en los más vulnerables. Es precisamente dentro del marco del Estado social de derecho donde los programas de superación de la pobreza, como las transferencias monetarias, cobran especial relevancia como herramientas para garantizar un mínimo vital y promover la movilidad social.

De forma complementaria, la medición de la pobreza monetaria, que define la insuficiencia de ingresos para adquirir una canasta básica de bienes y servicios, también muestra una tendencia favorable. A nivel nacional, la incidencia se redujo del 41 % en 2012 al 31,8 % en 2024 (Gráfica 9). Esta disminución, aunque interrumpida por el impacto de la pandemia en 2020, se atribuye a una combinación de factores como el crecimiento económico, la mejo-

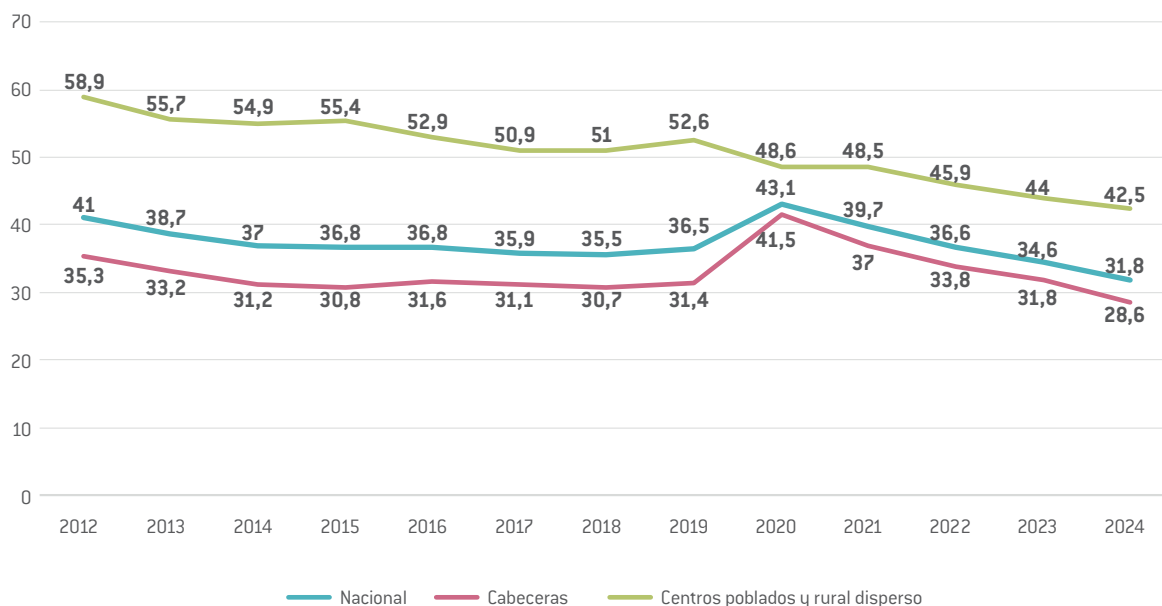


ra en los ingresos laborales y, de manera crucial, la expansión de programas de transferencias monetarias que han servido como un

colchón de protección para los hogares más vulnerables, demostrando su relevancia como herramientas de estabilización.

Gráfica 10. Incidencia de la pobreza monetaria. Colombia, 2012-2024

i La pobreza monetaria también ha tenido una reducción sostenida, superando el impacto de la pandemia en los últimos años.



Fuente: DANE (2025).

Si bien la reducción en ambas mediciones de pobreza ha sido generalizada, también se evidencian las profundas brechas territoriales que persisten: la pobreza multidimensional en las zonas rurales dispersas es del 24,3 %, casi triplicando la de las ciudades (7,8 %), y la pobreza monetaria es de 42,5 % en áreas rurales, frente a 28,6 % en sectores urbanos. Al mismo tiempo, la pobreza monetaria extrema, definida como un ingreso mensual inferior a COP 227.220 por persona, representa a casi el 12 % de colombianos, un valor que aún no logra descender a niveles previos a la pandemia, cuando alcanzó a ser del 10,4 % en 2018 (DANE, 2025).

Las transferencias monetarias y los 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. Asimismo, estos mecanismos proporcionan redes de seguridad social frente a adversidades

y crisis, reduciendo la vulnerabilidad de las familias y fomentando la estabilidad económica. De igual forma, contribuyen al dinamismo económico toda vez que aumentan 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 primeras 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. Estos 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 la juventud. A medida que se pongan en marcha, será importante realizar evaluaciones de impacto de estos componentes.

Sin embargo, la condicionalidad en las transferencias ha sido objeto de debate, principalmente por la posibilidad de que la misma situación de pobreza impida a algunos hogares cumplir las condiciones de acceso al subsidio, por ejemplo, para la asistencia a servicios de salud o educación. A esto se suman los elevados costos administrativos de verificar las corresponsabilidades y una dependencia endógena a la oferta estatal de los servicios que se espera articular. Por ejemplo, si no hay un centro de salud o una escuela de calidad y con fácil acceso, especialmente en zonas rurales, las familias quedan excluidas no por falta de voluntad, sino de oportunidades.

Por otro lado, las transferencias no condicionadas son ayudas económicas que se entregan de manera directa y flexible, lo que genera un amparo a las personas en estado de vulnerabilidad, especialmente en situaciones de crisis. El programa de devolución del impuesto al valor agregado (IVA) busca mejorar la equidad tributaria mediante un pago bimestral que devuelve un porcentaje del impuesto a los hogares más vulnerables. En 2022, esta iniciativa alcanzó 1,7 millones de beneficiarios. Asimismo, 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 *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 *et al.*, 2023).

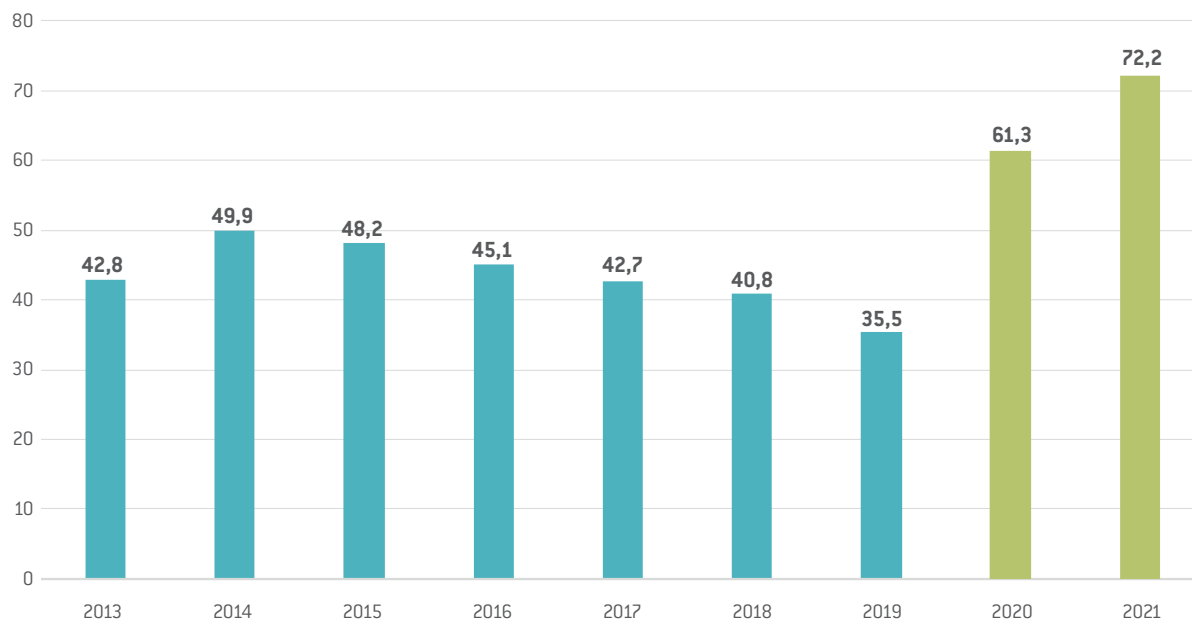
También se han encontrado resultados positivos en materia educativa: mejoras en matrículas, años de educación, probabilidad de graduarse, desempeño en matemáticas y años aprobados por el programa de Familias en Acción, aunque los logros alcanzados en zonas urbanas y rurales son heterogéneos. De la misma manera, se encuentran avances en salud, especialmente para las familias incluidas en Familias en Acción, como por ejemplo una disminución en las tasas de desnutrición para los menores y otros miembros del hogar. Además, con Colombia Mayor se presentó un menor número de hospitalizaciones de los adultos mayores (Acosta *et al.*, 2023).

Finalmente, en términos de mercado laboral, no se encuentra una relación de causalidad entre los beneficiarios de transferencias monetarias y un desincentivo a trabajar; lo que se observa es 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 (pp) 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 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 *et al.*, 2023) [Gráfica 11].



Gráfica 11. Proporción de personas en condición de pobreza monetaria con algún tipo de ayuda institucional



Fuente: Acosta *et al.* (2023).

Ahora bien, es preciso superar el falso dilema entre los mecanismos de transferencias condicionadas o no condicionadas y avanzar a una visión complementaria, donde el objetivo no es elegir un modelo universalmente superior, sino diseñar un sistema integral que los combine estratégicamente. Es decir, se necesita un esquema híbrido donde las transferencias condicionadas se mantengan como una herramienta valiosa para objetivos de largo plazo (como la formación de capital humano), al tiempo que se complementen con un componente básico no condicionado que funcione como un piso de protección social, especialmente para los hogares en pobreza extrema.

A manera de conclusión, la protección social orientada a la superación de la pobreza debe avanzar hacia un sistema donde los programas no condicionados se enfoquen en la población en condición de pobreza extrema, mientras que las transferencias condicionadas se dirijan a las personas en pobreza moderada y vulnerabilidad. En cualquier caso, es necesario que el sistema de transferencias se articule con hitos claros de superación de la pobreza y funcione como un seguro efectivo para los hogares en caso de caer en dicha situación.



6 Políticas del cuidado

El cuidado se entiende como un conjunto de actividades y relaciones destinadas a atender las necesidades físicas, emocionales y sociales de personas en situación de dependencia, ya sea temporal o permanente, a lo largo del ciclo vital. Estas tareas incluyen tanto atención directa (por ejemplo, la asistencia personal y el acompañamiento) como la indirecta, vinculada al trabajo doméstico (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2020; Esquivel, 2011).

El trabajo no remunerado comprende todas aquellas actividades realizadas fuera del ámbito del mercado que son indispensables para el bienestar de los hogares, como el cuidado de personas, la preparación de alimentos, la limpieza y otras tareas domésticas. Aunque no generan ingresos monetarios, estas labores sostienen la vida cotidiana y permiten el funcionamiento de la economía. En la mayoría de los países, estas tareas recaen de forma desproporcionada sobre las mujeres, lo que limita su autonomía económica y su participación plena en otros ámbitos sociales y productivos (Cepal, 2021). Por lo tanto, incorporar el trabajo no remunerado en

la política pública es fundamental para visibilizar su valor y corregir las desigualdades de género.

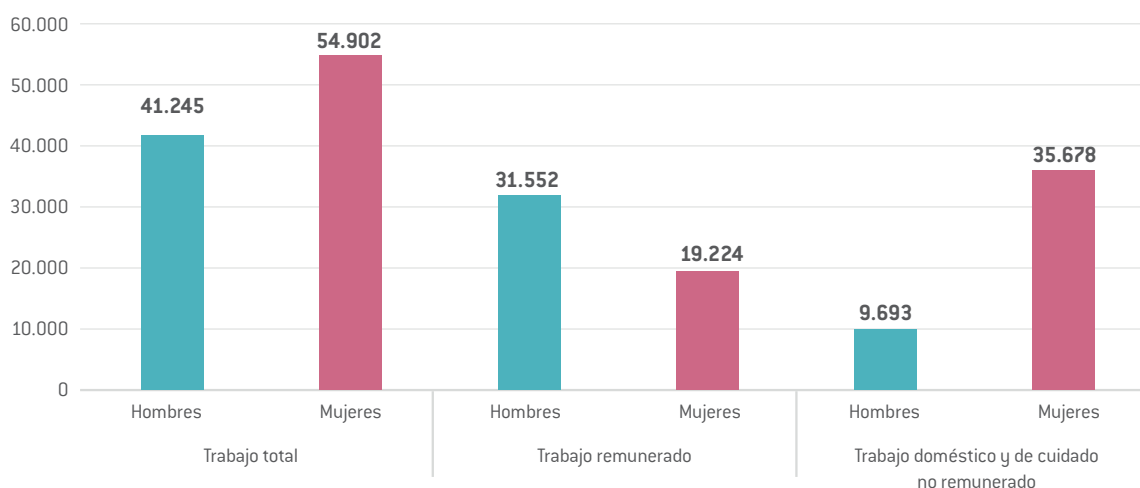
La Gráfica 12 muestra la distribución del trabajo total (la suma de trabajo remunerado y no remunerado) entre hombres y mujeres en Colombia, evidenciando una marcada desigualdad de género en la carga de trabajo, especialmente en las actividades no remuneradas. Las mujeres acumulan 54.902 horas por año, mientras que los hombres registran 41.245 horas. Esta diferencia se explica principalmente por la carga de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado.

En el caso del trabajo remunerado, los hombres reportan 31.552 horas trabajadas por año, frente a 19.224 horas en el caso de las mujeres, lo que refleja una mayor participación masculina en el empleo con ingresos. Por el contrario, las labores domésticas y de cuidado no remunerado recaen principalmente sobre las mujeres, con 35.678 horas, más de tres veces el tiempo registrado por los hombres (9.693 horas). Esta distribución desigual resalta la necesidad de políticas públicas que reconozcan, valoren y redistribuyan equitativamente el trabajo de cuidado.

Gráfica 12. Horas anuales trabajadas (millones de horas). Colombia, promedio 2022-2023



En Colombia, las mujeres dedican casi cuatro veces más tiempo que los hombres al trabajo no remunerado (35.678 frente a 9.693 horas por año).



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



Recomendaciones



Nueva recomendación



Recomendación relacionada



Recomendación priorizada



Adelantar una reforma estructural al sistema de salud orientada a eficiencia, equidad y sostenibilidad

La crisis financiera y operativa del sistema de salud colombiano evidencia la necesidad de una reforma estructural que garantice la suficiencia de recursos, la equidad en el acceso y la eficiencia en la gestión. Esta reforma debe articular transformaciones en materia de financiamiento, talento humano y digitalización, de acuerdo con los estándares internacionales de cobertura universal y atención centrada en el valor. Para tal fin, se recomienda:

1. Avanzar en el reemplazo progresivo de los aportes a la nómina por financiación con cargo al PGN

La financiación a través de los aportes a la nómina perpetúa un ciclo de informalidad que debilita la cobertura y la calidad del sistema de salud. Para minimizar las distorsiones asociadas a los impuestos a la nómina, en particular los incentivos a la informalidad laboral, se recomienda que el monto que se cubre mediante estos gravámenes sea costado con recursos del PGN.

Esta mayor demanda de recursos en el PGN exige un esfuerzo significativo para fortalecer el sistema tributario en general. Una estructura sólida de recaudo es esencial para asegurar una financiación adecuada y sostenible que pueda cubrir las necesidades del sistema de salud (ver capítulo *Sistema tributario*).

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

La complejidad del sistema de salud colombiano exige contar con una fuente única de información que integre los datos de múltiples actores e instituciones. La trazabilidad completa de los recursos, desde su asignación hasta su ejecución, es clave para identificar ineficiencias, evitar duplicaciones, optimizar el uso de recursos públicos y fortalecer la transparencia del sistema.

Dada la complejidad técnica y operativa de la implementación de esta propuesta, se recomienda avanzar de manera gradual,

priorizando el fortalecimiento de la interoperabilidad entre los sistemas existentes como base para una futura consolidación. Esta interoperabilidad debe sustentarse en estándares técnicos comunes y marcos de gobernanza claros.

En línea con la propuesta formulada por Así Vamos en Salud y Transparencia por Colombia (2023), se hace énfasis en la necesidad de construir un sistema de información en salud que permita la trazabilidad en tiempo real del uso de los recursos como parte de una estrategia nacional de transformación digital.

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

Siguiendo la experiencia del sector justicia, que ha avanzado en la definición de una hoja de ruta digital respaldada por recursos estables y cooperación internacional (ver capítulo *Justicia*), se recomienda que el sector salud formule una hoja de ruta nacional que oriente sus procesos de transformación digital. Este documento debe contemplar objetivos a largo plazo, esquemas de financiamiento sostenible (incluyendo créditos con entidades multilaterales) y una definición clara de roles y responsabilidades.

Una estrategia de este tipo permitiría ordenar los esfuerzos institucionales, facilitar la coordinación intersectorial y dar continuidad a las políticas más allá de los ciclos de gobierno.

4. Introducir un pago por desempeño para las EPS

El actual esquema de remuneración de las EPS, basado exclusivamente en la UPC, no contempla incentivos explícitos a la calidad o a los resultados en salud. Esta estructura puede desincentivar la inversión en mejoras de calidad ya que estas suelen implicar mayores costos sin una retribución proporcional, afectando el margen financiero por afiliado (Bardey, 2015).



Se recomienda transitar hacia un modelo de pago mixto para las EPS, que combine un componente fijo por afiliado con un componente variable vinculado al cumplimiento de metas de calidad y

resultados en salud. Este enfoque permitiría alinear los incentivos financieros con los objetivos del sistema, promoviendo una gestión más eficiente y orientada al bienestar de la población.



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

Se recomienda fortalecer el desarrollo y la implementación de tecnologías digitales en el sistema de salud, con énfasis en sistemas de información que permitan mejorar la toma de decisiones clínicas y la gestión en tiempo real. Las herramientas digitales contribuyen a una mayor eficiencia operativa al facilitar el acceso a información oportuna, reducir redundancias en los servicios y optimizar los procesos de atención. Además, ayudan a identificar y corregir prácticas de malgasto o variaciones injus-

tificadas en el uso de recursos, aspecto clave para la sostenibilidad financiera del sistema.

La evidencia internacional respalda estos beneficios. Según la OCDE y el Banco Mundial (2020), el uso de tecnologías de la información es esencial para detectar y reducir ineficiencias, mejorar la transparencia en el sistema y promover una atención centrada en el valor. De igual forma, la OMS (2019) ha destacado que la salud digital fortalece la cobertura universal al mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia de los servicios.



Fortalecer la telesalud como estrategia para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios

La telesalud representa una herramienta clave para ampliar la cobertura de servicios de salud, especialmente en zonas con barreras geográficas o de acceso. Su implementación contribuye a diagnósticos más oportunos al evitar desplazamientos innecesarios, mejora la calidad de la atención al reducir la variabilidad clínica en las decisiones médicas y permite disminuir los costos asociados a la prestación presencial (OCDE, 2023).

En Colombia, sin embargo, la adopción de la telemedicina sigue siendo limitada. Según el Sistema de Seguimiento Sinergia del DNP,

hasta julio de 2025 solo el 10,7 % de las sedes de prestadores públicos contaban con servicios habilitados de telemedicina. Para lograr avances sustantivos en esta modalidad, se requiere, por un lado, cerrar las brechas de conectividad digital y mejorar la velocidad de internet en las regiones más rezagadas; y por otro, promover cambios organizacionales dentro de los prestadores, tales como la definición de estructuras operativas para la telesalud, la capacitación del personal clínico y la inversión en infraestructura tecnológica adecuada.



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

Si bien la integración vertical entre EPS e instituciones prestadoras de salud (IPS) puede generar eficiencias administrativas, como la reducción de costos de transacción y una mejor capacidad para negociar precios, sus beneficios no se traducen necesariamente en mayores niveles de calidad ni en menores costos para los usuarios. Por el contrario, esta modalidad puede restringir la competencia en el sistema, favorecer la concentración del mercado y dificultar la supervisión efectiva debido a estructuras organizati-

vas complejas. Además, es posible que genere barreras de entrada para otros actores mediante contratos de exclusividad que desincentivan la mejora continua en la prestación de servicios (Bardey y Buitrago, 2016).

Si bien en Colombia la Ley 1122 de 2007 estableció límites a esta práctica, es difícil verificar su cumplimiento dado que el valor de los contratos es una información reservada para las EPS. Por lo tanto, se recomienda realizar una evaluación sobre los efectos



que han tenido estas restricciones en la calidad de los servicios de salud, de manera que se determine si los topes actuales son suficientes, deben ajustarse, o es necesario complementarlos con

nuevos instrumentos regulatorios que aseguren que cualquier eficiencia generada por la integración beneficie efectivamente a los usuarios del sistema.



Diseñar e implementar una estrategia integral para fortalecer la formación y la distribución del personal de enfermería en Colombia

Colombia presenta una densidad de personal de enfermería significativamente inferior al promedio regional —15,4 por cada 10.000 habitantes frente a un promedio de 34,8 en América Latina—, lo que limita la capacidad de respuesta del sistema de salud y su cobertura efectiva. Esta brecha responde a múltiples factores; entre ellos, la duración extendida de los programas de formación (cinco años en Colombia frente a tres en la mayoría de los países) y el aumento de la migración de talento hacia países de mayores ingresos que enfrentan déficits estructurales de personal de salud (OMS, 2020).

A lo anterior se suma una distribución territorial inequitativa, con fuertes diferencias entre las zonas urbanas densamente pobladas y las regiones rurales y dispersas. El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) se propone reducir en 40 % esta brecha territorial en densidad de talento humano para 2031. Para contribuir a este objetivo, se recomienda diseñar e implementar una estrategia nacional para el fortalecimiento de la enfermería que contemple:

1. La revisión curricular y de la duración de los programas de formación, alineándolos con estándares internacionales y con las necesidades del sistema de salud.
2. Mecanismos de articulación entre los sectores salud, educación, laboral y financiero, como lo recomienda la OMS, para asegurar una formación pertinente y sostenible.
3. Incentivos para la distribución equitativa del personal de enfermería en todo el territorio, incluyendo formación descentralizada y programas de retención.
4. Monitoreo permanente del avance en la reducción de brechas regionales, tanto en cobertura como en calidad del talento humano.

Estas medidas son necesarias para avanzar hacia una cobertura equitativa y efectiva, y para asegurar que el sistema de salud cuente con la capacidad humana requerida para responder a las demandas presentes y futuras.



Consolidar el Registro Universal de Ingresos (RUI) 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 DPS (a cargo de Familias en Acción y Jóvenes en Acción), el Ministerio de Trabajo (Colombia Mayor), el Ministerio de Educación Nacional (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. De tal forma se han minimizado los errores de recolección de la información a través del escaneo de cédulas, a la vez que se han podido usar herramientas de georreferenciación y contar con una base dinámica centralizada, que ofrece la posibilidad de obtener reportes con mayor frecuencia.



Asimismo, el Gobierno nacional, a través del Decreto 875 de 2024, definió el proceso de transición que permitirá que el RUI 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. A través de este instrumento se podrá hacer efectivo el uso del RUI como único instrumento de focalización.



Diseñar e implementar un esquema de financiación del Sistema General de Cuidado

Para garantizar la implementación efectiva y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Cuidado, es prioritario definir un esquema de financiamiento de manera que se asegure su continuidad y calidad. La evidencia internacional muestra que los sistemas de cuidado exitosos y sostenibles han logrado consolidarse solo cuando su financiamiento se integra explícitamente en la arquitectura fiscal del Estado, con fuentes claramente identificadas y mecanismos de seguimiento y evaluación del gasto (Cepal, 2021).

El esquema de financiación debe considerar tanto el componente de infraestructura como el de operación, incluyendo la formación del talento humano y los esquemas de remuneración para prestadores de servicios de cuidado. Dado que el cuidado cumple funciones sociales y económicas fundamentales, su financiamiento constituye una inversión que contribuye a la equidad de género, al bienestar de la población y a la sostenibilidad del sistema de protección social.



Establecer programas de formación para personas cuidadoras

Se recomienda diseñar e implementar una estrategia nacional de formación especializada en cuidado, articulada con las necesidades específicas de grupos etarios y de atención (niñez, personas con discapacidad y personas mayores), con estándares diferenciados por tipo de población y nivel de complejidad. Esta medida debe alinearse con una política de profesionalización del sector y contemplar mecanismos de certificación por competencias y rutas de formación técnica y tecnológica.

Adicionalmente, se recomienda vincular esta política formativa con iniciativas de desarrollo económico ligadas a la *silver economy*

a través de incentivos para la creación de servicios y productos orientados al envejecimiento saludable y a la atención integral de personas mayores. Esta articulación permite no solo mejorar la calidad del cuidado, sino también impulsar la generación de empleo formal y el fortalecimiento de un nuevo sector productivo con alto potencial de crecimiento. Para su sostenibilidad, la estrategia debe ser integrada a las políticas de educación técnica y de empleo del país, y considerar esquemas de cofinanciación entre los niveles nacional y territorial.



Adoptar acciones de promoción del cuidado por parte del sector privado

El sector empresarial tiene la capacidad de incidir en la reorganización de la economía del cuidado mediante la incorporación de prácticas laborales que reconozcan las responsabilidades de cuidado de su fuerza laboral. La evidencia internacional señala que políticas públicas de cuidado como servicios de cui-

dado infantil formales, licencias parentales, arreglos laborales flexibles y apoyo al cuidado de personas dependientes contribuyen a mejorar la productividad organizacional, aumentar la participación laboral femenina y promover el bienestar social (World Bank Group, 2015).



Revisar y definir la institucionalidad responsable de la Política Nacional del Cuidado

Se recomienda revisar y ofrecer certeza sobre la institucionalidad responsable de la implementación de las acciones previstas en la Política Nacional del Cuidado. Actualmente, algunas de estas actividades están a cargo del Ministerio de Igualdad y Equidad; sin embargo, la Corte Constitucional declaró inexecutable la Ley 2281 de 2023, por medio de la cual se creó dicha cartera debido a que no se llevó a cabo el análisis de impacto fiscal de su creación.

No obstante, la Corte dejó vigente al ministerio en cuestión durante dos periodos legislativos (hasta el 20 de junio de 2026), tiempo durante el cual el Gobierno y el Congreso podrían presentar y tramitar una nueva iniciativa subsanando los errores. Este contexto genera incertidumbre sobre la continuidad de funciones estratégicas y plantea el riesgo de dejar sin responsable institucional los compromisos establecidos.

En particular, se requiere garantizar la continuidad de funciones clave, tales como:

- El establecimiento de un modelo de gobernanza para el Sistema Nacional de Cuidado que asegure mecanismos efectivos de participación ciudadana. Una alternativa de espacio articulador de gobernanza es tomar como punto de partida la Mesa de Equidad regulada por el Decreto 1111 de 2020.
- La provisión de asistencia técnica a las entidades territoriales para diseñar e implementar sistemas y programas locales que materialicen el derecho al cuidado y los derechos de las personas cuidadoras.



7 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 estableció 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 COP 4,2 billones 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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (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.
Expedir el documento CONPES de la Política Nacional del Cuidado.	2024	Establecer directrices claras y un marco para el seguimiento de acciones.	El CONPES 4143 de 2024, que establece la Política Nacional del Cuidado en Colombia, tiene un horizonte de implementación de diez años (2024-2034).



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.
Fortalecer la telesalud como estrategia para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios.	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.
Introducir un pago por desempeño para las entidades promotoras de salud (EPS).	La ausencia de incentivos a la calidad y resultados en salud puede incluso desestimar 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.
Diseñar e implementar una estrategia integral para fortalecer la formación y la distribución del personal de enfermería en Colombia.	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.
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.



Recomendación	Impacto/costo de oportunidad	Actores involucrados	Observaciones
Avanzar en el reemplazo progresivo de los aportes a la nómina por financiación con cargo al Presupuesto General de la Nación (PGN).	Minimizar las distorsiones asociadas a los impuestos a la nómina; en particular, los incentivos a la informalidad laboral.	Minsalud y Minhacienda	Esta acción debe ir acompañada de esfuerzos por fortalecer el sistema tributario en general, haciéndolo eficiente y progresivo.
Construir un sistema único de información en salud para favorecer la transparencia y la confianza.	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.
Consolidar el Registro Universal de Ingresos (RUI) como único instrumento de focalización de los subsidios y programas sociales.	Fortalecer la capacidad del Estado para identificar, caracterizar y atender adecuadamente a la población que requiere acceso a programas sociales y de protección social.	DNP	Se requiere asegurar consistencia, estándares técnicos y calidad de los datos.
Diseñar e implementar un esquema de financiación del Sistema General de Cuidado.	Equilibrar la distribución del trabajo de cuidado y apoyar el desarrollo económico y profesional de quienes se ven afectados.	DNP y Comité Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado	Esencial para garantizar la implementación efectiva de las estrategias de la Política Nacional de Cuidado.
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 y Mineducación	Se requiere asegurar estándares de calidad y certificación que reconozcan formalmente las competencias del trabajo de cuidado.



Nuevas recomendaciones

Recomendación	Impacto/costo de oportunidad	Actores involucrados	Observaciones
Revisar y definir la institucionalidad responsable de la Política Nacional del Cuidado.	Ofrecer certeza sobre la institucionalidad responsable de la implementación de las acciones previstas en la Política Nacional del Cuidado.	Minsalud y Comité Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado	La Corte Constitucional declaró inexecutable la Ley 2281 de 2023, por medio de la cual se creó el Ministerio de Igualdad y Equidad. Este ministerio tiene a cargo algunas acciones estratégicas de la Política Nacional de Cuidado.



8 Referencias

- 1 Acemi. [2025]. *Salud en cifras: Edición 5*. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2025/02/SALUD-EN-CIFRAS-ED-5Final-versión-5.pdf>
- 2 Acosta, O. L., Forero, N. y Pardo, R. [2015]. *Sistema de protección social de Colombia: Avances y desafíos*. Cepal.
- 3 Acosta, K., Taboada-Arango, B., Otero-Cortés, A. y Bonet-Morón, J. [2023]. *Evolución de las transferencias monetarias en Colombia* (Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana, Núm. 315). Banco de la República.
- 4 Alvarado, F., Meléndez, M. y Pantoja, M. [2021]. *Mercados laborales fragmentados y el sistema de protección social en Colombia*.
- 5 ANIF. [2025, 11 de agosto]. *Gasto de bolsillo en salud: otra cara de la crisis que atraviesa el sistema* (Comentario Económico del Día N.º 1667).
- 6 Así Vamos en Salud y Transparencia por Colombia. [2023]. *Riesgos y alertas sobre la transparencia de la reforma a la salud*.
- 7 Así Vamos en Salud y Transparencia por Colombia. [2025]. *Riesgos y alertas sobre la transparencia de la reforma a la salud*.
- 8 Banco Mundial. [2025]. *Indicadores*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- 9 Bardey, D. [2015]. Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Revista Monitor Estratégico*, [7], 4-7
- 10 Bardey, D. y Buitrago, G. [2016]. Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad*, [77], 231-262.
- 11 Becerra, O., García-Huitrón, M. y González-Velosa, C. [2022]. *Protección Económica a la vejez en Colombia: Avenidas de reforma*.
- 12 BID. [2024]. *Sistema de información de mercados laborales y seguridad social*. <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>
- 13 CARE. [2024]. *Tercera Actualización – Análisis Técnico sobre la Reforma Pensional*.
- 14 Cepal. [2020]. *Sobre el cuidado y las políticas de cuidado*. <https://www.cepal.org/es/cuidado-politicas-cuidado>
- 15 Cepal. [2021]. *La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad* (Informe Especial COVID19 N.º 9).
- 16 Cepal. [2022]. *El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: aportes para una recuperación sostenible con igualdad de género* (LC/TS.2022/134).
- 17 Corte Constitucional. [2025]. *Estadísticas*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>
- 18 DANE. [2025]. *Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema. Anexo, pobreza monetaria Nacional*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>
- 19 DANE. [2024]. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2024>
- 20 DPS. [2024]. *Informe rendición de cuentas 2023*. <https://prosperidad-social.gov.co/participa/rendicion-de-cuentas/>
- 21 Esquivel, V. [2011]. *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Área de Práctica de Género, Centro Regional de América Latina y el Caribe.
- 22 Forero, D., Olivera, M. y Ramírez, M. J. [2021]. Una reforma pensional para aumentar la cobertura y la equidad. En E. Lora y L. F. Mejía (Eds.), *Reformas para una Colombia Post-COVID-19: Hacia un nuevo contrato social* (pp. 59-96). Fedesarrollo.
- 23 Gallego, J., Hoffmann, B., Ibarrarán, P. M., Pecha, C., Romero, O., Stampini, M. V. y Vera-Cossio, D. [2021]. *Impactos del programa Ingreso Solidario frente a la crisis del COVID-19 en Colombia* (Nota técnica del BID 2162).
- 24 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.
- 25 Heston, T. [2017]. A Case Study in Blockchain Health Care Innovation. *International Journal of Current Research*, 9(11), 60587-60588.
- 26 Institute for Management Development. [2024]. *IMD World Competitiveness Yearbook*. IMD World Competitiveness Center.
- 27 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.
- 28 Ley 1751. [2015]. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.
- 29 Londoño, J. y Frenk, J. [1997]. Structured pluralism: towards an innovative model for the health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.
- 30 Martínez, 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-transformación-de-la-economía-del-cuidado-en-américa-latina>



- 31** Minsalud. (2025). *Cifras de afiliación en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- 32** OCDE. (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. OECD Publishing.
- 33** OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- 34** OCDE y Banco Mundial. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD Publishing.
- 35** OMS. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening* (WHO Guideline).
- 36** OMS. (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020*.
- 37** OPS. (2021). *Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud: Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal*.
- 38** Ospina-Tejeiro, J. J., Ramos-Forero, J. E., López-Valenzuela, D. C., Hernández-Turca, Y. y Herrera-Pinto, N. V. (2024). *El sistema de pensiones en Colombia: perspectivas y riesgos fiscales con base en las normas vigentes* (N.o 1271). Banco de la República de Colombia.
- 39** 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.
- 40** World Bank Group. (2015, 6 de abril). *Why Should We Care about Care?* (Policy Research Working Paper).
- 41** Yamin, A. E. y Vélez, C. M. (2023). *La reforma del sistema de salud en Colombia: análisis de los desafíos institucionales y de gobernanza*. Universidad de los Andes, Facultad de Derecho, Centro de Investigaciones Sociojurídicas (CIJUS)