



GESTIÓN INTEGRAL DE
PROGRAMAS SOCIALES

GERENCIA DE
PROGRAMAS SOCIALES

CUIDADOS
PEDIÁTRICOS

GERENCIA DE
PROGRAMAS SOCIALES

GERENCIA DE
PROGRAMAS SOCIALES

GERENCIA DE
PROGRAMAS SOCIALES

SALUD ADULTOS
Y FAMILIAS

GERENCIA DE
PROGRAMAS SOCIALES

CONSULTA
ADULTOS Y FAMILIAS

GERENCIA DE
PROGRAMAS SOCIALES



PROTECCIÓN SOCIAL

PROTECCIÓN SOCIAL



Introducción

1

Grandes éxitos

2

La gran deuda: un sistema de protección social
para la realidad laboral colombiana

3

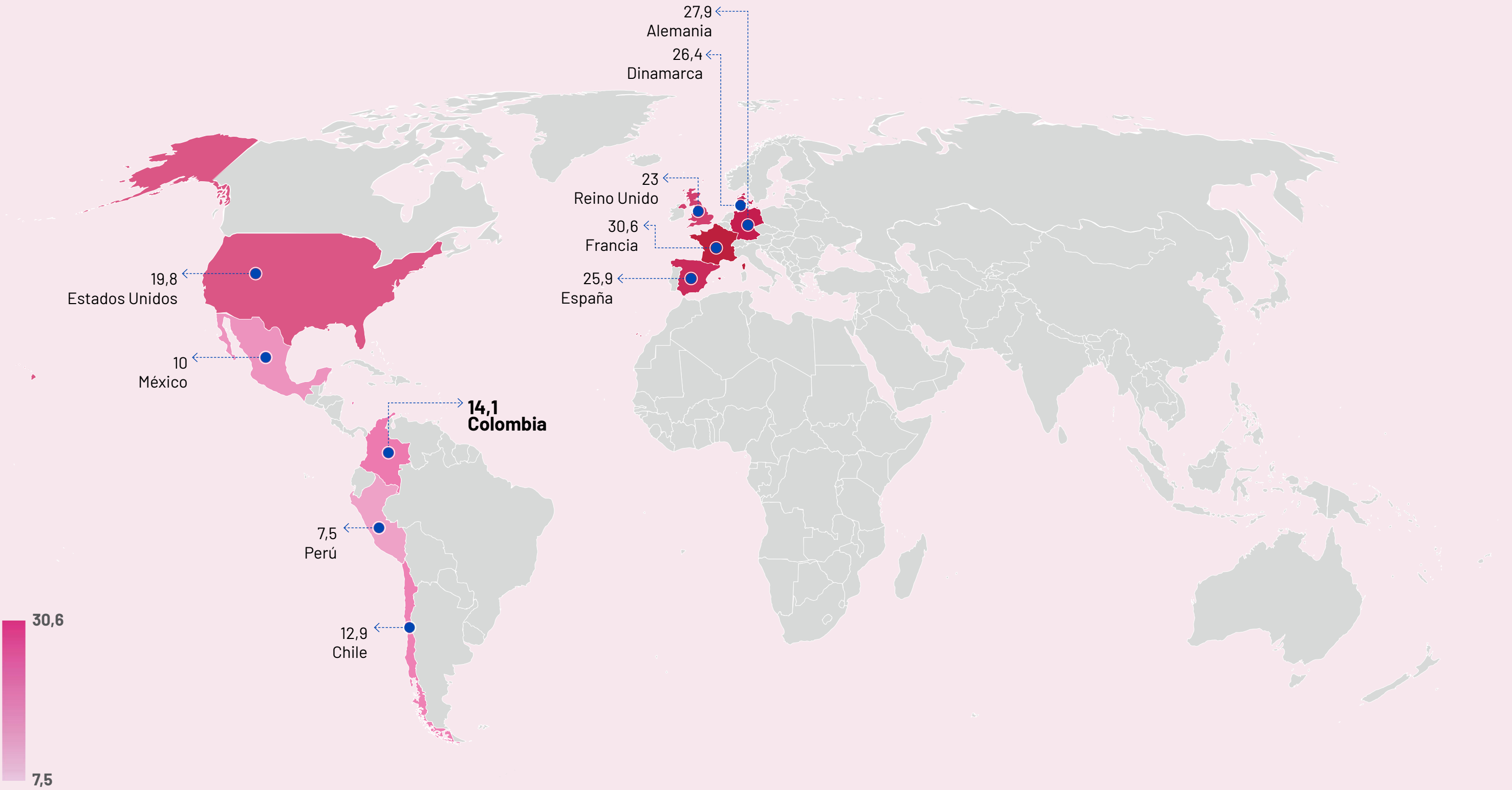
¿Qué urge?

4

Bibliografía

5

GASTO PÚBLICO SOCIAL (% DEL PIB)



Fuente: 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)	77,73	6 de 17	Chile (81,2)	81,05	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)	3,75	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)	9,34	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)	5,99	IMD (2025)	Opinión ciudadana sobre la calidad de hospitales y centros de salud.
	Número de médicos (por 10.000 personas; valores más altos son mejores)	25,37	7 de 17	Argentina (50,9)	38,71	Organización Mundial de la Salud (2017-2024)	Cantidad de doctores disponibles.
	Número de enfermeros (por 10.000 personas; valores más altos son deseables)	15,73	16 de 17	Paraguay (94,1)	87,02	Organización Mundial de la Salud (2018-2024)	Cantidad de personal de enfermería.
Gasto en salud	Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares)	14,74	1 de 17	Colombia (14,74)	19,31	Organización Mundial de la Salud (2023-2024)	Porcentaje del gasto en salud que asumen directamente las familias.
	Riesgo de contraer gastos catastróficos relacionados con la atención quirúrgica (% de personas en riesgo)	15,10	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.



Tema	Indicador	Valor Colombia	Ranking en América Latina	Mejor país en América Latina (valor)	Valor promedio OCDE	Fuente	Descripción
Uso del tiempo	Tareas de cuidado (% en un día de 24 horas) (F)	17,64	5 de 14	Brasil (11,6)	17,23	Banco Mundial (2023)	Tiempo que dedican las mujeres y/u hombres a tareas de cuidado no remunerado (% de un día).
	Tareas de cuidado (% en un día de 24 horas) (M)	5,23	10 de 14	Bolivia (12,1)	9,79		
	Brecha relativa de tiempo dedicado a tareas de cuidado entre hombres y mujeres (% sobre mujeres, donde un menor resultado es mejor)	70,3	11 de 14	Bolivia (47,5)	43,2		Brecha de género en el tiempo dedicado a labores del cuidado (% de un día).
Gasto social	% del PIB en gasto social público (valores altos son deseables)	12,22	6 de 16	Chile (18,3)	21,23	Cepal (2023) y OCDE (2024)	Proporción del PIB destinada a programas sociales.
Pobreza	Tasa de incidencia de la pobreza a USD 3,00 al día (PPA de 2021) (% de la población, valores bajos son deseables)	7,7	14 de 17	Uruguay (0,2)	0,73	Banco Mundial (2018-2024)	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 15	Uruguay (0,2)	0,51	Our World in Data (2024)	Proporción de la población que no puede cubrir sus necesidades básicas de subsistencia.



1

Introducción

Un sistema de protección social eficaz contribuye a mitigar riesgos individuales y colectivos asociados al ciclo de vida de las personas, a la vez que contribuye a la productividad al ofrecer a la población un piso mínimo de bienestar que permite 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.

Durante las últimas décadas, Colombia ha logrado consolidar **avances relevantes** en distintos componentes del sistema de protección social, particularmente en la **expansión de cobertura en salud**, la **reducción de la pobreza** y la incorporación progresiva de **nuevas agendas de política pública** que apuntan a reconocer y redistribuir las cargas del cuidado. Estos logros reflejan la capacidad institucional para diseñar e implementar mecanismos que combinan instrumentos de mercado con intervenciones públicas, así como para ampliar la protección frente a riesgos asociados al ciclo de vida y a choques económicos. Sin embargo, **estos progresos coexisten con tensiones estructurales** que ponen en riesgo la sostenibilidad y la efectividad del sistema, especialmente en un contexto marcado por el envejecimiento poblacional y la alta informalidad laboral.

En particular, persisten desafíos asociados a la **sostenibilidad financiera** del sistema de salud y protección a la ve-

jez, **la dependencia de fuentes de financiamiento atadas al mercado laboral formal** y la **ausencia de ajustes oportunos frente a cambios demográficos y epidemiológicos**. Estas limitaciones no solo reducen la capacidad del sistema para cumplir sus objetivos de equidad y eficiencia, sino que también generan riesgos fiscales que pueden comprometer su sostenibilidad en el tiempo.

Este capítulo se organiza en tres secciones. En primer lugar, se presentan tres grandes éxitos del sistema de protección social en Colombia: la ampliación de la cobertura en salud bajo un modelo de aseguramiento con participación privada, la reducción sostenida de la pobreza mediante esquemas de transferencias, y la incorporación del enfoque de cuidado en la agenda pública. En segundo lugar, se aborda la gran deuda estructural del sistema, asociada a la insuficiente adaptación del sistema frente a transformaciones demográficas, laborales y fiscales, que han derivado en vacíos en la protección a la vejez y en la necesidad de repensar sus fuentes de financiamiento y parámetros fundamentales. Finalmente, se plantean tres prioridades estratégicas para el próximo Gobierno (2026-2030), orientadas a estabilizar financieramente el sistema de salud, definir con mayor claridad el alcance del derecho a la salud y corregir fallas microeconómicas que afectan su eficiencia y calidad.



2 Grandes éxitos

Éxito 1: garantía de derechos con participación privada

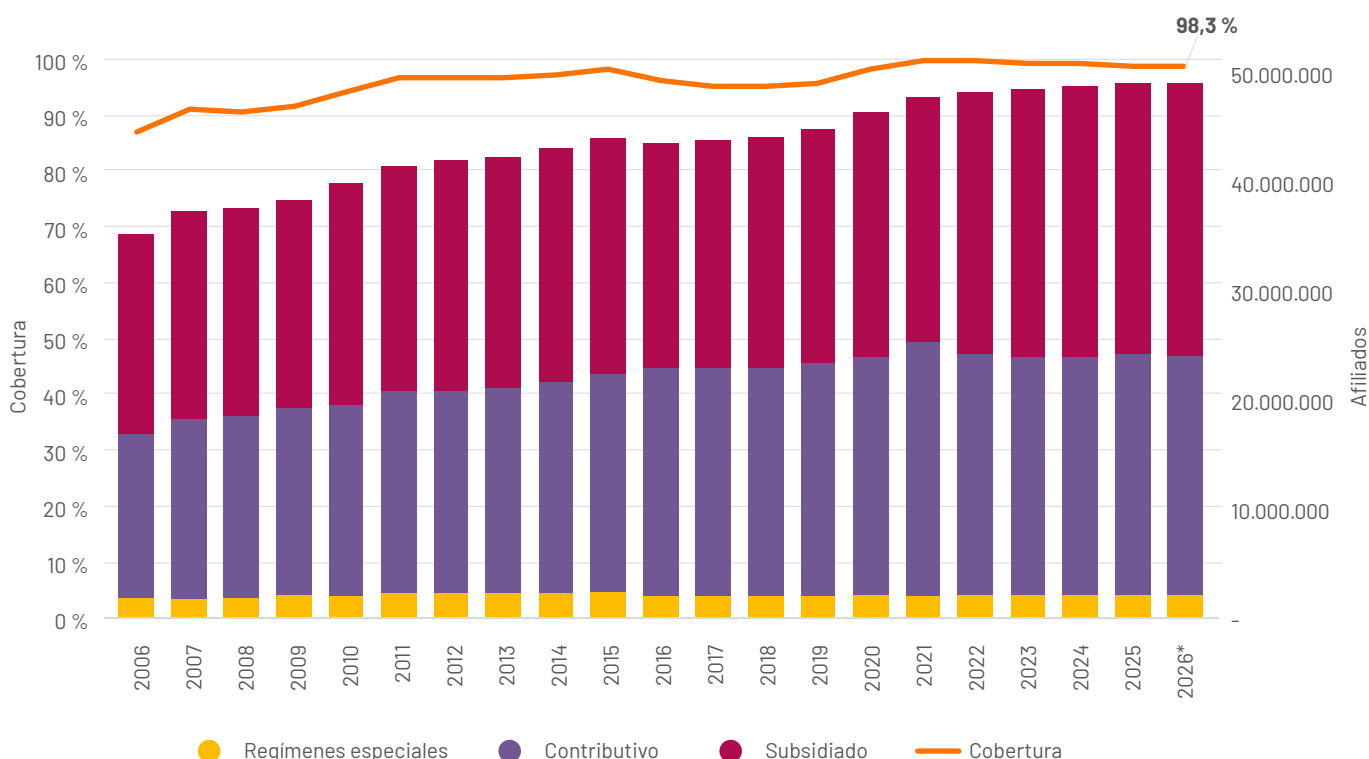
La Ley 100 de 1993 reformó el sistema de seguridad social en respuesta a la ineficiencia operativa y financiera del Instituto de Seguros Sociales. Este modelo representó un cambio de paradigma: la atención dejó de ser un servicio prestado por el Estado para convertirse en un derecho que puede ser provisto por el sector privado.

La participación de actores privados no solo implicó un cambio en la provisión de servicios, sino también en la capacidad operativa del sistema ya que a partir de esta reforma los privados asumieron funciones críticas como el recaudo de aportes y la gestión de pagos. Esta dimensión operativa es particularmente relevante dada la ineficiencia administrativa que caracterizaba el modelo anterior a la reforma. La mejora en estos procesos permitió avanzar hacia un sistema con mayor capacidad de eje-

cución y control sobre sus flujos financieros. En consecuencia, el sistema de pensiones y en especial el sistema de salud han alcanzado notables logros.

La ampliación de la cobertura del sistema de salud en las últimas dos décadas constituye, quizá, el más destacable logro de protección social en Colombia. **Así, mientras que en 1995 el sistema cubría al 29,1 % de la población y en 2006 al 86,6 %, en 2026 ofrece cobertura del aseguramiento al 98,3 %** (Gráfica 1). Este progreso en la cobertura ha tenido lugar 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).

Gráfica 1. Población afiliada al sistema de salud. Colombia, 2006-2026



* hasta abril de 2026

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

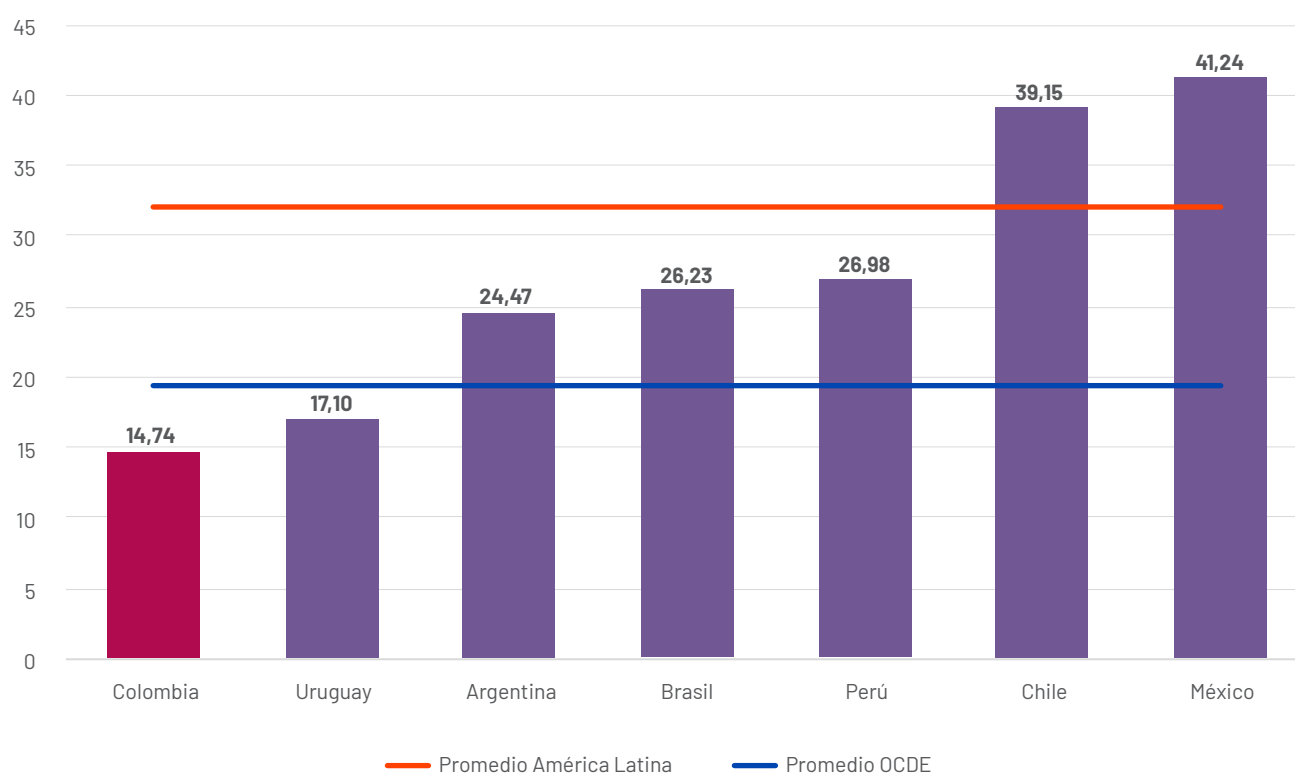


La cobertura universal de salud no se limita solo al aseguramiento y debe considerar dimensiones relacionadas con el acceso real y efectivo a los servicios de salud y la protección financiera, de manera que la población pueda acudir a este sector sin incurrir en riesgos de empobrecimiento. Una forma de aproximarse al grado de protección financiera es a través del gasto de bolsillo, es decir, la porción del gasto en salud que es asumida por los hogares.

En Colombia, el gasto de bolsillo es relativamente bajo: en 2023 fue de 14,7 %, inferior tanto al gasto promedio de América

Latina (32,9 %) como al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (19,3 %). Este menor valor representa un mecanismo de protección financiera ante eventos que, de otra manera, resultarían en un choque financiero considerable para los hogares. Sin embargo, niveles muy bajos también pueden generar incentivos al uso innecesario de servicios, por lo que es importante **equilibrar la protección financiera con señales que promuevan un uso adecuado del sistema.**

Gráfica 2. Gasto de bolsillo (% del gasto en salud). Colombia y países de referencia, 2023



Fuente: Banco Mundial.

En cuanto al sistema pensional, la reforma de 1993 marcó un hito al permitir que el sector privado entrara a fortalecer la protección a la vejez en Colombia. Aunque el país mantiene en deuda aumentar la cobertura pensional, no se puede desconocer que la participación de las administradoras privadas (AFP)

trajo avances que transformaron el sistema para los trabajadores, así como para el mercado de capitales.

Uno de los mayores cambios fue **la diversificación de opciones para el retiro**. Más allá de la pensión tradicional, se introdujeron alternativas como la renta vitalicia o el retiro programado¹.

1. Aunque el retiro programado ha sido la modalidad predominante en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), técnicamente no es la opción ideal para los pensionados de menores ingresos. Bajo este esquema, el afiliado asume el riesgo de extralongevidad y la volatilidad de los rendimientos financieros.



Así mismo se estableció un importante beneficio para quienes no logran pensionarse a través de la devolución de saldos pues, mientras que en el régimen público un trabajador recibe sus aportes ajustados por inflación, en el privado ese ahorro crece gracias a las inversiones, entregando un capital mucho mayor.

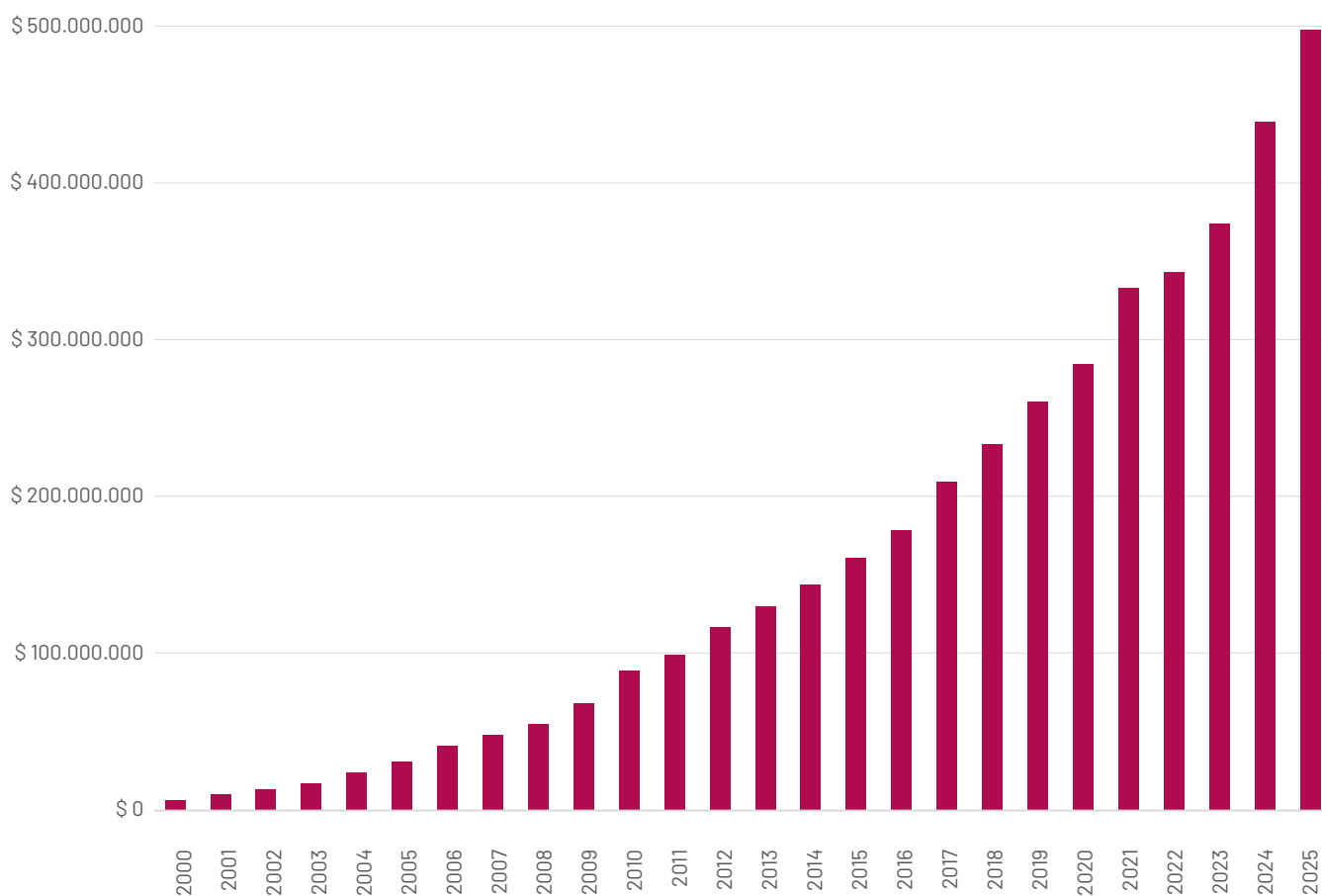
Además, **las AFP profesionalizaron la gestión del sistema**. Lograron poner en orden las historias laborales de millones de colombianos y trajeron herramientas modernas como los multifondos, que permiten invertir el ahorro según la edad y el perfil de riesgo de cada persona. Paralelamente, se introdujeron mecanismos solidarios como el Fondo de Garantía de Pensión Mínima, que asegura un piso de bienestar para quienes estuvieron cerca de acumular el capital suficiente para una pensión.

Al mismo tiempo, **las AFP contribuyeron al desarrollo del mercado de deuda pública interna**. La introducción de los fondos de pensiones en 1994 creó un dinamismo en el mercado de deuda pública que contribuyó a mejorar el mercado de capitales

en Colombia, logrando una asignación más eficiente del ahorro y el desarrollo de industrias de calificación de riesgo y custodia de títulos (Gómez *et al.*, 2006). Actualmente, estas entidades concentran cerca de un tercio del stock de títulos de tesorería (TES) en circulación, siendo los mayores tenedores individuales de deuda pública del país, administrando además un ahorro pensional superior a COP 500 billones (Asofondos, 2026).

Finalmente, a pesar de que el modelo de la Ley 100 no resolvió por completo los riesgos de sostenibilidad al mantener una competencia asimétrica entre regímenes y permitir el traslado entre público y privado, **este modelo de ahorro individual alivia las cuentas del Estado** en tanto que no requiere transferencias constantes del presupuesto nacional para su operación. Al mismo tiempo, este esquema genera rentabilidad por la administración de los recursos, una condición por esencia incompatible con los regímenes de prima media, como lo es Colpensiones.

Gráfica 3. Valor de recursos administrados por AFP. Colombia, 2000-2025



Fuente: Asofondos (2026).



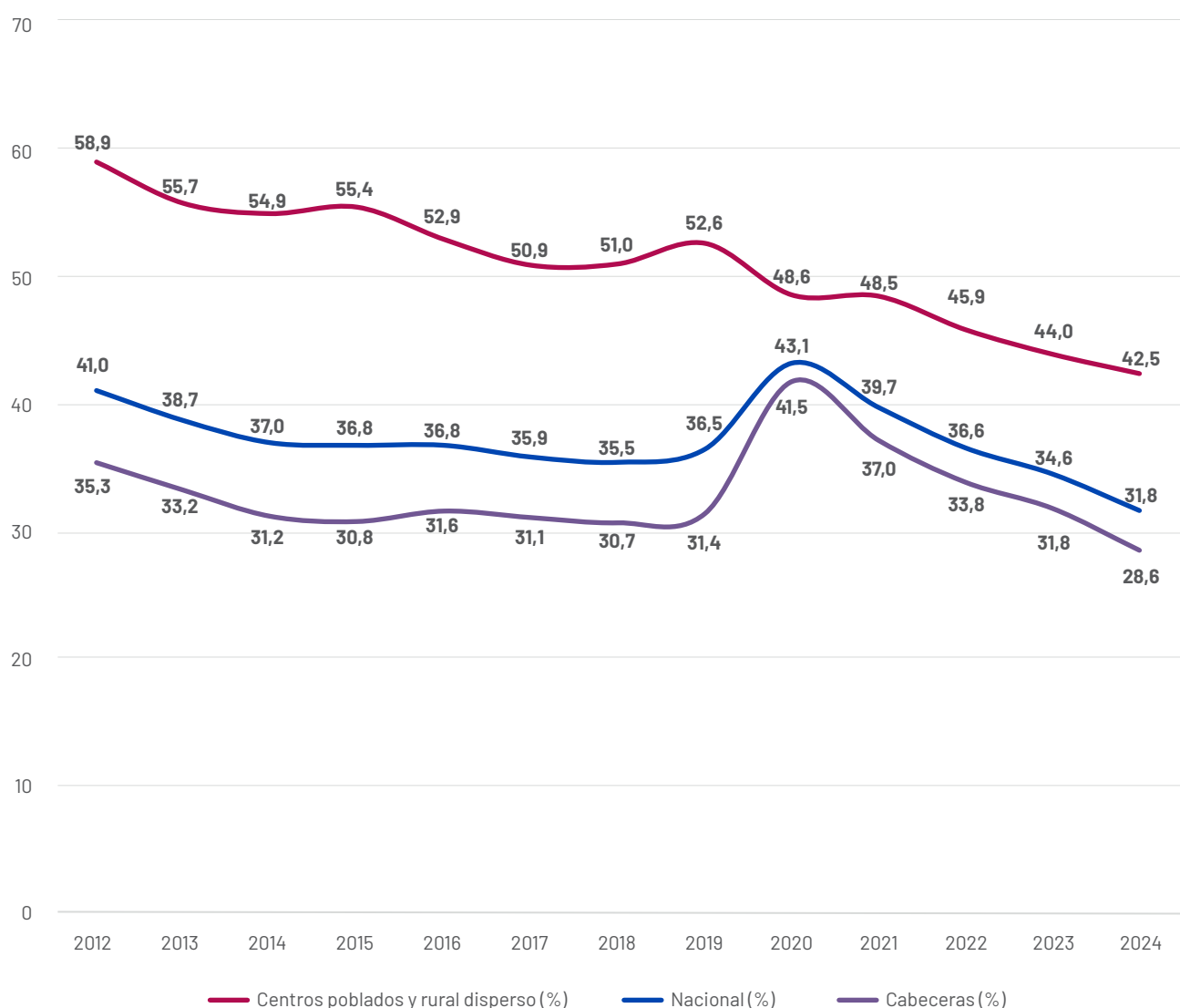
Éxito 2: reducción sostenida de pobreza

En las últimas décadas, Colombia ha mantenido un avance consistente y decidido en la reducción de la pobreza. Esta evolución no se limita a un solo indicador monetario, sino que refleja una convergencia positiva con indicadores de bienestar como la nutrición, el acceso a la educación y la calidad de vida en general. La pobreza monetaria, que mide la capacidad de los hogares para adquirir una canasta básica de bienes, se ha reducido del 41 % en 2012 al 36,5 % en 2019 (Departamento Administrativo

Nacional de Estadística [DANE], 2026). Si bien la pandemia del COVID-19 representó un choque sin precedentes que elevó la cifra al 43 % en 2020, el país logró una considerable recuperación.

Gracias a la reactivación económica, y a los programas de protección social como las transferencias monetarias, la pobreza monetaria retomó su senda descendente hasta ubicarse en el 33 % en 2023, lo que significa que **2,9 millones de colombianos lograron superar esta condición en solo dos años** (DANE, 2026).

Gráfica 4. Incidencia de la pobreza monetaria. Colombia, 2012-2024



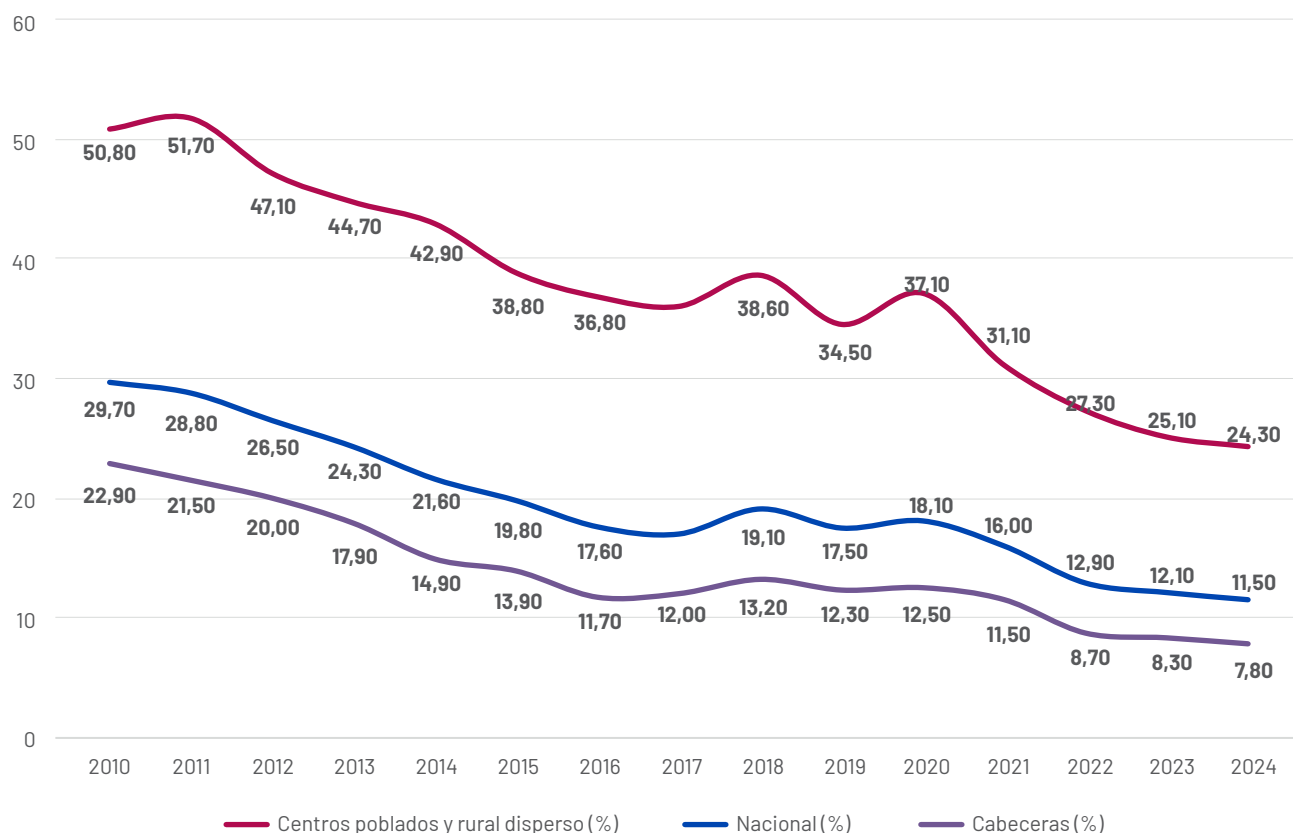
Fuente: DANE (2026).



La mejora en los ingresos se evidencia especialmente en la calidad de vida cotidiana de las personas. El índice de pobreza multidimensional (IPM), un indicador que evalúa condiciones estructurales como el nivel educativo, el acceso a servicios públicos, la calidad de la vivienda y la salud, permite entender que **la pobreza**

no es solo falta de dinero, sino la carencia de oportunidades básicas. Así, el IPM cayó del 29,7 % en 2010 al 11,5 % en 2024, su nivel más bajo registrado (DANE, 2026b). Este logro ha sido impulsado principalmente por un aumento significativo en la asistencia escolar y una cobertura en salud que es prácticamente universal.

Gráfica 5. Incidencia de la pobreza multidimensional. Colombia, 2010-2024



Fuente: DANE (2026b).

El **principal factor que ha determinado la caída en pobreza en Colombia es el crecimiento económico.** La literatura muestra que hasta el 90 % de la reducción en pobreza se debe a este fenómeno (Obando y Andrian, 2016). Simultáneamente, el desarrollo de un tejido de mecanismos de transferencias sociales tanto condicionadas como no condicionadas ha permitido atender las necesidades de las personas que permanecen en situación de pobreza y pobreza extrema con un diseño mucho más eficiente. Antes del año 2000, la intervención del Estado era fragmentada y se limitaba a mitigar necesidades inmediatas mediante subsidios en especie y auxilios temporales. Sin embargo, con la llegada de programas como Familias en Acción en el año 2000, el paradigma evolucionó a uno

de transferencias monetarias como una herramienta para incentivar la formación de capital humano y superación de la pobreza (Acosta et al., 2015).

Los programas de transferencias condicionadas, aunque están orientados a reducir la pobreza en el corto plazo, generan efectos adicionales sobre el comportamiento de los hogares. La evidencia indica que también incentivan la inversión en capital humano y reducen la probabilidad de conductas de riesgo como la vinculación a actividades delictivas y los embarazos en la adolescencia (Banco de la República [Banrep], 2021).

Asimismo, la evidencia ha desmitificado consistentemente la idea de que las transferencias monetarias desincentivan la participación en el mercado laboral. Por el contrario, estos



programas actúan como un habilitador que alivia restricciones financieras, fomentando tanto el emprendimiento como la formalización. Lejos de desincentivar el trabajo, las diferentes evaluaciones de impacto han encontrado que los programas son un motor de movilidad que aumenta la participación laboral femenina, facilita la inserción laboral exitosa de los jóvenes y reduce el trabajo infantil al priorizar la asistencia escolar (Acosta et al., 2023).

Ahora Colombia cuenta con una historia de más de dos décadas perfeccionando estos subsidios, iniciando con hitos como Familias en Acción y Jóvenes en Acción, programas que condicionaban el apoyo económico a la asistencia escolar y controles de salud. Durante la emergencia de la pandemia, el sistema demostró su flexibilidad con la creación del ingreso solidario, una transferencia no condicionada que llegó rápidamente a hogares que nunca habían recibido ayuda estatal. De hecho, se estima que, sin las transferencias institucionales (como el ingreso solidario y los giros de Familias en Acción), 1,8 millones de personas adicionales habrían caído en la pobreza en 2021 (Acosta et al., 2023). Este programa sentó las bases para la actual renta ciudadana, un modelo unificado que busca promover la movilidad social y la autonomía económica de los

hogares más vulnerables del país. De este modo, entre marzo y abril de 2026 el Gobierno nacional invirtió COP 323.495 millones para cubrir 763.312 hogares (Prosperidad Social, 2026).

Finalmente, **la política social no habría sido posible sin una herramienta fundamental: la gestión inteligente de la información.** La eficacia de estos programas de subsidios se ha refinado gracias a la evolución del Sisbén. Con el paso al Sisbén IV, el sistema dejó de ser una encuesta de bienes materiales para convertirse en una herramienta que analiza la capacidad real de generar ingresos y el entorno socioeconómico de cada persona, permitiendo una focalización mucho más justa (Acosta et al., 2023).

De manera complementaria, en 2020 se creó el Registro Social de Hogares, una herramienta gracias a la cual el Sisbén se puede unificar con múltiples bases de datos administrativas, lo que le facilita al Estado detectar cambios en la vida de las familias en tiempo real. Esta interoperabilidad no solo evita que se dupliquen pagos o se incluyan personas que no lo necesitan, sino que permite que programas modernos operen de forma automática. Gracias a esta tecnología, **el Estado ahora tiene la capacidad de buscar activamente a los ciudadanos más vulnerables, garantizando que la protección social llegue de manera oportuna, transparente y eficiente.**

Éxito 3: reconocimiento de la política de cuidado en la agenda de política pública

El avance hacia un sistema integral de cuidados en Colombia representa un logro que, aunque reciente, es de gran importancia. Este proceso ha implicado el reconocimiento institucional de una realidad que históricamente permaneció opacada en el ámbito privado y que recayó de forma desproporcionada sobre las mujeres, un fenómeno que tiene efectos directos sobre la vinculación de esta población a la fuerza de trabajo, limitando su potencial económico y social. Becker (1981), además, muestra que la participación laboral femenina depende del salario relativo y del costo de oportunidad del tiempo; particularmente, de aquel destinado al cuidado.

Así pues, **consolidar la política del cuidado es una condición indispensable para avanzar hacia una sociedad más equitativa**, que no solo proteja a los más vulnerables, sino que garantice derechos y oportunidades a las personas que aportan su tiempo y esfuerzo a esta labor esencial de la sociedad. Este cambio de paradigma, en efecto, se ha materializado en hitos de política pública.

En primer lugar, se destaca **el reconocimiento de la Corte Constitucional del cuidado como un derecho fundamental.** En segundo lugar, con la hoja de ruta trazada por el CONPES 4143 de 2024 y la creación del Sistema Nacional de Cuidado (SNC), el país ha dejado de ver estas tareas como una ayuda informal para entenderlas como un **pilar de la protección social.** Un avance clave en esta visibilidad ha sido la Cuenta Satélite de Economía del Cuidado, que ha permitido estimar que este trabajo representa aproximadamente el 20 % del producto interno bruto (PIB) nacional (DANE, 2020), superando a sectores tradicionales como el comercio o la industria.

A nivel subnacional, la política ha encontrado un caso de éxito en el Sistema Distrital de Cuidado en Bogotá. Este sistema se estructuró alrededor del modelo internacional de las 3R: **reconocer** la contribución de las personas cuidadoras a la sociedad, **redistribuir** las labores de cuidado que caen de manera desproporcionada sobre las mujeres de manera que se equilibre la provisión del cuidado, y **reducir** el tiempo y la car-



ga relacionada con las labores no remuneradas de cuidado. En este orden de ideas, esta instancia incluye como estrategias: (1) las manzanas del cuidado, que ofrecen servicios localizados en espacios como parques o plazoletas; (2) los buses del cuidado, que atienden de manera itinerante a zonas de difícil acceso o con escasez de oferta institucional; y (3) un modelo de asistencia personal, que lleva los servicios a domicilio a personas cuidadoras y que requieren cuidados.

La evaluación del Sistema Distrital de Cuidado muestra resultados positivos para las personas cuidadoras (Economía Urbana y Fedesarrollo, 2024):

- Cambios en la comprensión de los conceptos de cuidado como trabajo no remunerado.
- Apropiación de prácticas de cuidado y autocuidado por parte de las personas cuidadoras.
- Mejoras significativas en el bienestar físico y mental de los participantes.
- Valoración de las redes de apoyo propiciadas por el sistema.

Aun así, no se observan todavía efectos sobre el tiempo que las mujeres dedican a descansar, lo cual muestra que se requieren ajustes y consolidación de estas iniciativas en la agenda de política pública.

En general, a nivel nacional **el camino hacia la consolidación del sistema enfrenta desafíos críticos que requieren atención inmediata. La sostenibilidad fiscal** es la principal preocupación, dado que la puesta en marcha del plan decenal exige inversiones cercanas a los COP 25 billones (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2025), lo que entra en conflicto con las limitaciones presupuestales proyectadas para 2026. A esto se suma una **profunda incertidumbre institucional** tras los fallos judiciales sobre la estructura del Ministerio de Igualdad, lo que pone en riesgo la cabeza de mando del sistema si no se logra una reformulación legislativa exitosa en el corto plazo.



3 ¿Qué falta?

La gran deuda: un sistema de protección social para la realidad laboral colombiana

Si bien hubo avances significativos en todos los componentes de la protección social, hoy la gran mayoría de estos enfrentan retos fundamentales; en primer lugar, el sistema de pensiones. A pesar de todas las mejoras que la Ley 100 de 1993 introdujo en la organización del sistema y el aumento en eficiencia que implicó la participación privada, la idea de que el incremento en la formalidad laboral del país iba a permitir un ingreso suficiente a las personas en edad de retiro no se logró; hasta ahora solo ha cobijado a uno de cada cuatro adultos mayores que deberían recibirlo.

En este contexto, aunque la reciente Ley 2381 de 2024 (reforma pensional) resuelve algunos de los problemas del anterior modelo como la competencia asimétrica entre regímenes y la asignación altamente regresiva de los subsidios implícitos, deja dudas considerables sobre sus efectos en materia de cobertura y sostenibilidad. Si bien esta legislación busca aumentar el número de ciudadanos que reciben un ingreso en su vejez, dicha mejora se sostiene principalmente sobre el pilar solidario, el cual, por definición, se acerca más a un programa de política social que propiamente a uno de pensiones. Así, el incremento en cobertura del pilar contributivo es exiguuo en contraste con la inversión proyectada.

Según cálculos del Comité Autónomo de la Regla Fiscal (CARF), el pasivo pensional del pilar contributivo, medido en el valor presente neto a 2100, pasaría de un 106,4 % del PIB en un escenario sin reforma a 168,7 % del PIB con la reforma. En consecuencia, se proyecta que el nuevo Fondo de Ahorro se agotará hacia la década de 2070, momento en el que la Nación deberá asumir por completo el pago de las mesadas (CARF, 2024), desplazando potencialmente otros gastos sociales vitales como salud o educación. Este incremento del gasto no se traduce en igual medida en el aumento en cobertura: se pasaría de 2,5 millones de pensionados en 2050 en el escenario de *statu quo* a 2,8 millones con la reforma.

La razón principal de este estancamiento no es exclusiva del marco normativo pensional; también influye su estrecho vínculo con un mercado laboral profundamente afectado por la informalidad, que ronda el 60 %. Por definición, **un sistema que depende de la formalidad para otorgar protección está condenado a dejar desamparados a quienes transitan por la economía informal**. Esta situación se agrava con el cambio demográfico acelerado: Colombia está envejeciendo, y cada vez habrá menos personas en edad de trabajar para sostener a un número creciente de pensionados.

Con la reforma también persiste una preocupación por la equidad intergeneracional: los jóvenes de hoy cargarán con un pasivo pensional creciente para financiar las promesas del sistema actual. Asimismo, el pilar semicontributivo hereda componentes regresivos, pues a quienes no logran pensionarse se les devuelve su ahorro sin intereses reales, lo que termina siendo un impuesto cargado a los más vulnerables que con sus aportes contribuyen a financiar el sistema, sin recibir compensación.

En síntesis, **la protección a la vejez en Colombia no admite más esperas**. Existe un consenso técnico, al que el Consejo Privado de Competitividad (CPC) se ha sumado con insistencia durante la última década, sobre la urgencia de actualizar el marco normativo pensional acorde a la realidad laboral, fiscal y demográfica del país.

Independientemente de la suerte jurídica de la reforma, el país ha logrado un acuerdo fundamental sobre la necesidad de cambio que no puede desaprovecharse. Si la ley es derogada, el reto para el Ejecutivo y el Legislativo será capitalizar este *momentum* para estructurar un sistema pensional equilibrado. Esto implica integrar las lecciones aprendidas y los avances normativos previos, resolviendo de fondo los conflictos de sostenibilidad financiera que aún persisten para garantizar una cobertura real.



4 ¿Qué urge?

Prioridad 1: conseguir saneamiento de deudas del sector salud manteniendo un sistema de aseguramiento con participación privada

El sistema de salud atraviesa una crisis financiera que pone en riesgo su sostenibilidad, la continuidad en la prestación de servicios y el derecho efectivo a la salud. De acuerdo con Así Vamos en Salud, en 2025 las entidades promotoras de salud (EPS) alcanzaron un patrimonio negativo de COP 15,3 billones, con pasivos de COP 34,9 billones (CPC *et al.*, 2025). Esta situación requiere medidas urgentes de saneamiento financiero, manteniendo el modelo de aseguramiento en salud y preservando su carácter mixto de manera que se fortalezcan las capacidades públicas requeridas sin desmontar la participación privada. Para este propósito, el CPC recomienda:

1. **Crear un comité técnico de alto nivel:** Establecer un comité con mandato de estabilización financiera con el fin de:
 - Consolidar una **cifra única, verificable y auditada de la deuda del sistema**.
 - Definir un plan de saneamiento con cronograma, fuentes de financiamiento y mecanismos de seguimiento.

2. **Saneamiento financiero basado en precedentes nacionales:** Diseñar un esquema de saneamiento inspirado en la experiencia de la **crisis financiera colombiana de 1998-1999**, que incluyó:

- Reconocimiento explícito de pérdidas.
- Mecanismos de ajuste financiero condicionado.

El proceso de ajuste debe mantener el modelo basado en aseguramiento y su carácter mixto, evitando interrupciones que agraven la crisis. Asimismo, el saneamiento debe diseñarse de manera que no interrumpa la atención en salud. Para que un esfuerzo de este tipo sea exitoso, debe contar con credibilidad institucional, para lo cual son importantes la transparencia y la información sobre el avance del saneamiento financiero y definir indicadores claros para evidenciar el desempeño.

Prioridad 2: definir con claridad el alcance y los límites del derecho a la salud de manera que este tenga un sentido real para toda la población del país y sea sostenible en el tiempo

La definición de límites adecuados al plan de beneficios es uno de los mayores desafíos en materia de sostenibilidad financiera del sistema de salud. En la práctica, el funcionamiento de este sector en Colombia genera una paradoja: el derecho a la salud está reconocido como fundamental, ilimitado e integral por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, pero los recursos para financiarlo son finitos.

Los sistemas de salud 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 surgimiento y uso de nuevas tecnologías médicas.

Colombia no es ajena a estas tendencias, lo que significa que **el país debe establecer criterios de priorización del gasto y de gestión de la presión generada por estos avances científicos**.

En particular, es preciso abordar el hecho de que los servicios y las tecnologías no incluidos en el plan de beneficios y autorizados por un profesional de la salud o un juez son recobrados a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) y pagados con recursos públicos. Así, el rubro de recobros ha venido creciendo significativamente, por lo que desde 2020 opera un mecanismo de presupuestos máximos para costear las atenciones no financiadas con la unidad de pago por capitación (UPC). A través de esta alternativa se paga anticipadamente a las EPS; no obstante,



te, si la parte del gasto real que excede el gasto esperado se considera ajustes *ex post*, este mecanismo configura riesgos de aumento del gasto.

La Ley Estatutaria en Salud establece que los recursos públicos destinados a salud no podrán ser asignados a financiar 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 exterior². Asimismo, un servicio o tecnología puede dejar de ser financiado con recursos destinados para el Sistema General de Seguridad Social en Salud si es nominado y evaluado en un procedimiento técnico-científico.

En la práctica, **los límites al plan de beneficios no son claros**, ya que cualquier ciudadano puede asegurar la provisión de servicios de salud a través de una acción de tutela. En 2025 se interpusieron 312.573 recursos de este tipo invocando el derecho a la salud, cifra que representa el 34 % del total de tutelas en el país durante ese año. Una adecuada definición de límites en el plan de beneficios debería evitar que la provisión de servicios de salud tenga lugar a través de acciones judiciales.

En ese sentido, **es fundamental evaluar la relación costo-efectividad de las tecnologías** con el objetivo de priorizar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo. Actualmente se permite la financiación completa de cualquier tecnología atendiendo al derecho fundamental a la salud establecido por la Ley Estatutaria de 2015, sin incorporar ningún criterio de priorización. La tarea de definición de criterios para priorizar el gasto debería ser adelantada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), para lo cual es necesario fortalecer esta entidad y dar mayor apoyo técnico, financiero y político a su labor.

En efecto, el IETS tiene dentro de sus funciones principales realizar 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 revisiones están supeditadas a contratos desde el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud).

Prioridad 3: atender problemas micro del sistema de salud

En Colombia las EPS reciben un pago fijo por cada usuario afiliado (la UPC), que opera como un instrumento clave con dos propósitos complementarios. En términos financieros, define el monto per cápita que sostiene el funcionamiento del sistema y, por tanto, condiciona su equilibrio fiscal. Bajo este esquema, las EPS asumen el riesgo financiero de desviaciones entre ingresos y gastos, lo que induce la adopción de estrategias orientadas a la prevención, el diagnóstico oportuno y el control de enfermedades crónicas, así como a una gestión más eficiente de la contratación con los prestadores (Bardey, 2026).

Sin embargo, la UPC no incluye consideraciones de calidad o desempeño relacionado con resultados en salud, lo que puede incluso desestimular los avances en esta materia, ya que conseguir una mejor calidad puede implicar un aumento en los gastos y, por lo tanto, una reducción en el margen de ganancia por afiliado (Bardey, 2015). Además, la UPC no ha crecido al ritmo necesario para atender los crecientes retos derivados de factores exógenos al sistema como el envejecimiento po-

blacional, la incorporación de nuevas tecnologías y la mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles en la población.

Esta situación de insuficiencia de la UPC ha creado un nuevo factor de presión financiera sobre el sistema de salud que requiere atención urgente a través de la revisión y actualización de su cálculo. Una alternativa que debe ser considerada en este sentido es la incorporación de diferenciales demográficos y geográficos que permitan abordar de una manera más efectiva la heterogeneidad en estos aspectos.

La revisión técnica de la UPC permitiría, por ejemplo, hacer frente a algunas de las barreras de oferta geográficas que vienen siendo apremiantes en el caso colombiano. La Encuesta de Calidad de Vida del DANE ofrece información valiosa para aproximarse, justamente, a aquellos obstáculos al acceso al servicio de salud ya que permite identificar las razones por las cuales las personas que han enfrentado un problema médico no han recibido o no han solicitado atención. Estas barreras pueden provenir de *factores de oferta*, es decir, aquellos atri-

2. Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".

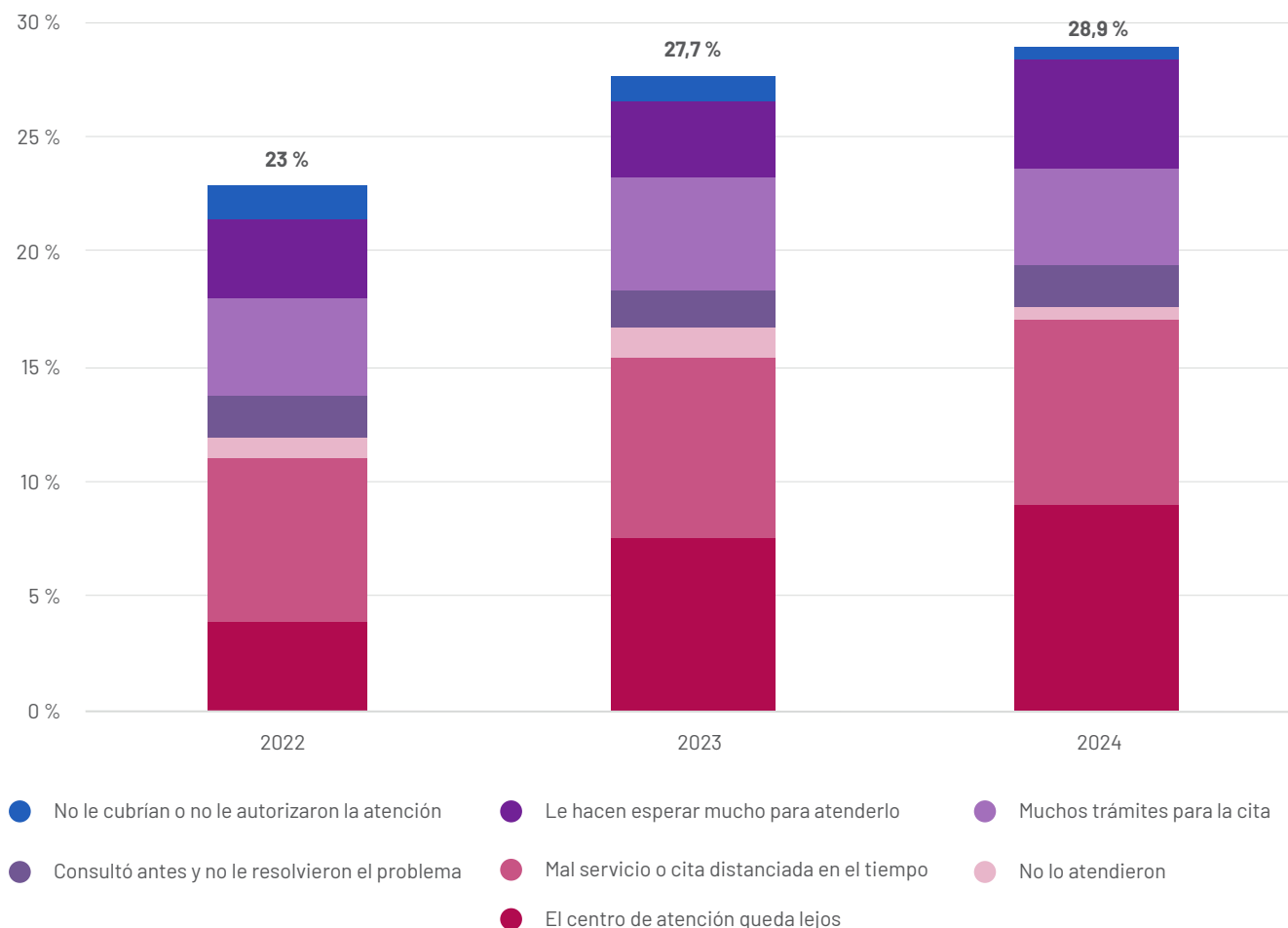


buibles al prestador de los servicios, y de factores de demanda, relacionados con las condiciones del usuario.

Los resultados más recientes muestran que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubi-

cación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites han impedido el acceso a los servicios médicos para 1 de cada 5 personas con problemas de salud, como se observa en la Gráfica 6.

Gráfica 6. Personas con problemas de salud que no solicitan o no reciben atención médica por barreras de oferta. Colombia, 2022-2024



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida del DANE. Cálculos: CPC.

Además de los ajustes requeridos en la UPC para garantizar suficiencia y favorecer una reducción de algunas barreras de oferta para el acceso a los servicios de salud, es fundamental contar con sistemas de información que permitan la toma de decisiones y el monitoreo de ineficiencias y desperdicios. Se ha demostrado que el intercambio de información favorece la detección de prácticas de malgasto o variaciones injustificadas en el gasto. Por ejemplo, Lammers *et al.* (2014) encontra-

ron que los intercambios de información de salud permitieron reducir la duplicación de tomografías computarizadas en un 59 %, de ultrasonidos en un 44 % y de imágenes de rayos X en un 67 %, en Estados Unidos.

En este sentido, Colombia ha avanzado para hacer funcional la historia clínica interoperable, creada a través de la Ley 215 de 2020. Además, como parte de la reglamentación requerida para dicha entrada en operación, la Resolución 866



de 2021 definió el conjunto de datos clínicos relevantes, esto es, los datos de la historia clínica de un individuo que los prestadores de servicios de salud requieren conocer para su atención: identificación de la persona, datos relacionados con la atención recibida y resultados de esta.

Ahora bien, **es importante que los avances anteriores hagan parte de un objetivo de política más general de creación**

de un sistema de información único que garantice la disponibilidad de información demográfica, epidemiológica, clínica y financiera. Una alternativa crecientemente adoptada en el mundo es el uso de tecnología blockchain, que permite que los datos clínicos y la información de los pacientes sean consignados en un sistema descentralizado con acceso a actores relevantes del sistema de salud.



5 Bibliografía

- 1 Acosta, O. L., Forero, N. y Pardo Pinzón, R. (2015). *Sistema de protección social de Colombia: Avances y desafíos* (Serie Estudios y Perspectivas N.º 28). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal).
- 2 Acosta, K., Taboada-Arango, B., Otero-Cortés, A. y Bonnet-Morón, J. (2023). *Evolución de las transferencias monetarias en Colombia* (Documentos de Trabajo sobre Economía Regional y Urbana N.º 315). Banco de la República.
- 3 ANIF. (2025). *Gasto de bolsillo en salud: otra cara de la crisis que atraviesa el sistema* (Comentario Económico del Día N.º 1667).
- 4 Asofondos. (2026). *Estudios y cifras*. <https://asofondos.org.co/estudios-y-cifras/>
- 5 Banrep. (2021, 8 de octubre). *Efectos de largo plazo del programa Familias en Acción en Colombia*. <https://www.banrep.gov.co/es/blog/efectos-largo-plazo-del-programa-familias-accion-colombia>
- 6 Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Revista Monitor Estratégico*, (7), 4-7.
- 7 Bardey, D. (2026). *Reformar la salud sin desmontarla: más recursos y mejores incentivos* (Nota Macro). Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE).
- 8 Becker, G. S. (1981). *A treatise on the family*. Harvard University Press. <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674906990>
- 9 CARF. (2024). *Tercera Actualización - Análisis Técnico sobre la Reforma Pensional*. https://www.carf.gov.co/herramientas/-/document_library/zhyz/view_file/1293438?_com_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_zhyz_fileEntryId=1293438
- 10 CPC, ANIF, Así Vamos en Salud, Centro Regional de Estudios de Energía (CREE), Fundación para el Estado de Derecho y Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (CERAC). (2025). *Estrategias para el desarrollo económico y social de Colombia: Recomendaciones para el periodo 2026-2030*. Colombia Progresá.
- 11 DANE. (2020). *Cuidado no remunerado en Colombia: Brechas de género* (Boletín Técnico).
- 12 DANE. (2025). *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-2025>
- 13 DANE. (2026a). *Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema* (Boletín Técnico). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>
- 14 DANE. (2026b). *Pobreza multidimensional* (Boletín Técnico). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>
- 15 DNP. (2025). *Política Nacional del Cuidado - CONPES 4143 de 2025*.
- 16 Economía Urbana y Fedesarrollo. (2024). *Evaluación del Sistema Distrital de Cuidado Producto 4 - Informe de Resultados*. Secretaría Distrital de Planeación y Secretaría Distrital de la Mujer
- 17 Gómez, C., Jara, D. y Murcia, A. (2006). *Impacto de las operaciones de los fondos de pensiones obligatorias en los mercados financieros colombianos* (Borradores de Economía N.º 406). Banco de la República de Colombia.
- 18 Heston, T. (2017). A Case Study in Blockchain Health Care Innovation. *International Journal of Current Research*, 9(11), 60587-60588.
- 19 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.
- 20 Ley 1751. (2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.
- 21 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.
- 22 Minsalud. (2026). *Cifras de afiliación en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- 23 Obando, N. y Andrian, L. G. (2016). *Measuring Changes in Poverty in Colombia: The 2000s*. <https://doi.org/10.18235/0009307>
- 24 Prosperidad Social. (2026, 17 de marzo). *Prosperidad Social inicia entrega del primer ciclo de Renta Ciudadana y Devolución del IVA*. <https://prosperidadsocial.gov.co/Noticias/>



prosperidad-social-inicia-entrega-del-primer-ciclo-de-renta-ciudadana-y-devolucion-del-iva/

- 25** 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.

- 26** World Health Organization. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening* (WHO Guideline).