



**Propuestas para la estabilización,  
recuperación y fortalecimiento  
del sistema de salud en Colombia  
2026- 2030**

**Mayo 2026**



## Editorial de presidencia

El Sistema de salud en Colombia representa uno de los mayores logros sociales de las últimas décadas. De manera progresiva amplió la cobertura hasta conseguir la universalidad y lo hizo en un modelo de alianza público-privada exitosa que ha contribuido a mayores niveles de equidad. Son muchos los avances que están documentados y que han hecho del sistema un referente en el mundo, entre otras razones por la contribución solidaria entre regímenes.

Persisten en efecto retos mayores, por mencionar solo algunos: las asimetrías territoriales que imposibilitan el acceso real a los servicios de salud, la articulación con las entidades territoriales para el manejo de determinantes sociales, la falta de sistemas de información que contribuyan al mejor control, trazabilidad y transparencia en el uso de los recursos y el mejor desarrollo de una política de atención primaria en salud integral.

A ellos se adicionan los cambios demográficos, la mayor carga de enfermedad, el cambio climático y la presión de las tecnologías por mencionar algunas. Todos ellos no son retos exclusivos para Colombia, son la dinámica propia de todos los sistemas de salud.

En el fondo todos los sistemas que se financian con recursos públicos están buscando resolver la tensión permanente entre las expectativas de la población y la introducción de las tecnologías. Para ello hay múltiples estrategias que resuelven uno u otro aspecto sin exista una respuesta absoluta al gran interrogante: ¿Qué comprende el derecho a la salud y cuáles son los límites? ¿Qué quiere y qué puede proveer el Estado ante la demanda creciente de atención y los siempre limitados recursos?


Esa complejidad exige un abordaje técnico, sosegado, ojalá desprovisto de visiones o conveniencia política. Lo único que parece indiscutible, entre tantos intentos por gestionar la salud, es que son los datos, la evidencia científica, los resultados medibles y comprobables, los que permiten tomar las mejores decisiones.

En el caso particular de Colombia la sobrerregulación del sistema no ha contribuido a la madurez del modelo. Hay una sobre saturación normativa que contrasta con regulaciones laxas en aspectos donde se debería contar con estrictos controles.

Adicionalmente, cada gobierno, desde 1993 ha querido introducir un nuevo modelo de salud y se ha perdido tiempo valioso en la discusión legislativa de reformas estructurales.

El 2026 nos encuentra en uno de los periodos más complejos desde la Ley 100. La visión reformista del gobierno de Gustavo Petro quiso remover los cimientos más profundos del sistema de salud: el modelo de aseguramiento, el rol de las EPS y la gestión de los recursos por los privados. La discusión adelantada en el Congreso sobre la reforma a la salud, politizada y carente de dialogo técnico fracasó, manteniéndose la arquitectura institucional del sistema, pero dejó a su paso la mitad de las EPS intervenidas, el desfinanciamiento del sistema en UPC y presupuestos máximos y por consiguiente una crisis financiera y de atención de mayores proporciones que será uno de los grandes retos del nuevo gobierno.





En agosto próximo habrá que enfrentar enormes dificultades: 18 millones de colombianos en EPS intervenidas, inviables financiera y operativamente. Pasivos billonarios entre EPS, prestadores y aseguradores. Un sistema fragmentado, sin confianza entre sus agentes. Miles de pacientes cuya atención no da espera.

ACEMI, gremio que reúne a las principales EPS del régimen contributivo del país, plantea en este documento un conjunto de propuestas que buscan resolver no solamente los temas estructurales sino también aquellos coyunturales que deben abordarse al inicio del gobierno.

Desde esa mirada, pensamos que antes de emprender un nuevo intento de reforma estructural, es necesario estabilizar el sistema, eso es, volcar todas las capacidades públicas y privadas, para detener el sufrimiento de los pacientes. Eso exige necesariamente la consecución y asignación de unos recursos extraordinarios para resolver lo urgente, lo inaplazable.

De manera simultánea es imprescindible convocar una gran conversación sobre la salud en el país. Los sistemas de salud son construcciones sociales que tienen que darse con todos sus actores. La crisis de este último periodo ha traído también reflexión y aprendizaje entre sus actores y una mejor disposición a abordar asuntos estructurales sobre el arreglo social que fundamenta nuestro sistema. El propósito debería ser un consenso alrededor de qué sistema queremos tener y qué sistema podemos pagar.

Muchas de las propuestas acá contenidas no requieren ajustes a la regulación actual. Otros si, y algunos, se atreven a proponer cambios a la Ley Estatutaria. Creemos que hay conversaciones profundas, fundamentales que hay que dar.

Cualquiera sea la visión del nuevo gobierno hay una misión superior que nos convoca: cuidar a los colombianos, proveer el mayor grado de bienestar posible y organizar el sistema de manera tal que cada persona, en cualquier rincón de la geografía, cuente con condiciones saludables de vida y de atención en su enfermedad, sin empobrecerse ni empobrecer a su familia.

Son más de treinta años de construcción colectiva, de capacidades y conocimientos. Si abordamos la conversación reconociéndolo y también asumiendo los cambios necesarios, podremos superar las narrativas que nos han estancado para avanzar en el fortalecimiento de un mejor sistema para todos.

**Ana Maria Vesga Gaviria**  
**Presidenta Ejecutiva ACEMI**

# Contenido

<b>I.</b>	<b>Medidas de estabilización del sistema de Salud</b>	<b>7</b>
1.	Estrategia punta-pirámide: "Ponernos al día con los pacientes"	8
1.1	<b>Gobernanza:</b> PMU Nacional por la Salud	8
1.2	Enfoque punta - pirámide de priorización	9
1.3	<b>Operación:</b> gestión diaria grupo riesgo vital (equipo élite)	9
1.4	<b>Medicamentos:</b> continuidad terapéutica de alto riesgo	10
1.5	<b>Gestión de riesgo priorizado:</b> plan 90 días "puesta al día"	10
1.6	<b>Seguimiento estrategia:</b> indicadores (tablero ejecutivo)	10
2.	Financiamiento integral vigencia 2026	11
3.	Gestión de las EPS intervenidas y concurrencia encumplimiento de indicadores de habilitación financiera	12
4.	Saneamiento financiero del sistema de salud	13
5.	Conciliación nacional de cuentas	14
<hr/>		
<b>II.</b>	<b>Medidas para el fortalecimiento financiero y la sostenibilidad del SGSSS</b>	<b>16</b>
1.	Depuración afiliación del régimen subsidiado	17
2.	Nuevas fuentes de financiación	18
2.1	Reducción del límite de aportes parafiscales en salud para personas jurídicas	18
2.2	Tributos a los juegos electrónicos	19
2.3	Tabaco y cigarrillos electrónicos	22
2.4	Eliminación tope cotización 25 salarios mínimos	22
2.5	Impuestos Saludables	23
2.6	Eliminación del descuento del 50% del SOAT para vehículos de rango diferencial	24
2.7	Traslado de maestros al SGSSS	25
2.8	Traslado voluntario de regímenes especiales y excepcionales de salud al SGSSS	26
3.	Cuotas moderadoras y copagos	26
4.	Definición de un plan básico explícito y actualización del mecanismo de exclusiones	28

<b>III.</b>	<b>Fortalecimiento del Aseguramiento en salud. Propuestas para su modernización</b>	<b>30</b>
1.	Aseguramiento solidario 2.0	31
1.1	Esquema de riesgo compartido entre la Nación y las EPS	31
1.2	Esquema de riesgo compartido entre EPS y prestadores y proveedores	32
2.	Reingeniería de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)	33
3.	Integración vertical condicionada a resultados	34
<hr/>		
<b>IV.</b>	<b>Medidas para mejorar las condiciones de salud de la población</b>	<b>37</b>
4.	Gestión integral del riesgo, más allá de la atención propia en salud	38
5.	Modernización y actualización del PAI	39
6.	Actualización del PIC y gasto territorial con criterios de eficiencia	41
7.	Política nacional para el control del cáncer	42
<hr/>		
<b>V.</b>	<b>Medidas para la gestión intersectorial y los determinantes de la salud</b>	<b>44</b>
1.	Fondo de determinantes sociales de la salud (FDSS)	45
2.	Abordaje integral del sobrepeso y la obesidad	45
3.	Política integral de envejecimiento y vejez	47
4.	Salud Mental	48
5.	Reducción de la mortalidad en las vías	50
<hr/>		
<b>VI.</b>	<b>Medidas para fortalecer la gobernanza del sistema de salud</b>	<b>53</b>
1.	Creación de una unidad de planeación	54
2.	Gobernanza, datos e inteligencia para la toma de decisiones	54
<hr/>		
<b>VII.</b>	<b>Participación, corresponsabilidad y resolución de conflictos en salud</b>	<b>56</b>
1.	Fortalecimiento de asociaciones de usuarios y pacientes	57
2.	Medidas frente a la inasistencia y mal uso de medicamentos por parte de pacientes	58
3.	Medidas para lograr la desjudicialización en salud	59

<b>VIII.</b>	<b>Medidas para la adopción costo eficiente de las tecnologías, mecanismos de compra y adopción tecnológica.</b>	<b>61</b>
1.	Política farmacéutica para el acceso, calidad, seguridad y uso racional de TES	62
2.	Umbral de costo-efectividad ajustados por sobrevivencia	63
3.	Mercados electrónicos transaccionales regulados para la compra y venta de servicios y tecnologías seleccionados en salud	64
<hr/>		
<b>IX.</b>	<b>Talento Humano en salud y Gestión del conocimiento: de variable operativa a política estructural del sistema.</b>	<b>66</b>
1.	Métricas obligatorias y públicas sobre talento humano en salud	67
2.	Formación orientada a necesidades y rutas eficientes	68
3.	Examen único para especialidades	69
4.	Escalamiento de experiencias exitosas	70
5.	Carreras técnicas y tecnológicas focalizadas	70
<hr/>		
<b>X.</b>	<b>Promoción de los mercados privados de salud.</b>	<b>72</b>
1.	Promoción de planes voluntarios de salud	73
2.	Plan de exportaciones de servicios de salud	75
<hr/>		
<b>XI.</b>	<b>Anexos</b>	<b>78</b>
1.	Tabla de nuevos ingresos	79
2.	Tabla ejecutiva	79
3.	<a href="#">Lo que Colombia necesita saber:</a> diez principios para salvar el sistema de salud	87



## Medidas de estabilización del sistema de Salud

El presente capítulo contiene las acciones urgentes para detener el sufrimiento de los pacientes y prevenir mayores afectaciones en salud la y las finanzas de las familias; en especial de las más pobres. Buscan resolver (i) Atención de los pacientes, (ii) Flujo de recursos, (iii) Definición sobre EPS intervenidas.



## 1. Estrategia punta-pirámide: “Ponernos al día con los pacientes”

### Propuesta para activación temprana de acceso, continuidad y gestión de rezagos en el sistema de salud colombiano

El sistema de salud colombiano se enfrenta a un deterioro en cuanto al acceso y continuidad de la atención en salud, expresado en demoras para servicios prioritarios, interrupciones terapéuticas (en particular farmacológicas) y aumento de tute-las y reclamos en salud.

La estrategia punta-pirámide propone concentrar, desde el día 1, capacidades de coordinación, gestión clínica, administrativa y de suministro (especialmente me-dicamentos) para resolver primero los casos de mayor riesgo (punta), mientras se estabiliza la operación y se reduce el rezago acumulado (base). Esta propuesta se operacionaliza mediante un Puesto de Mando Unificado (PMU) Nacional por la Sa-lud y PMU territoriales, con metas a 30/90 días, tableros diarios/semanales y re-glas de priorización transparentes para asegurar oportunidad y continuidad.

A través de esta estrategia, se busca establecer la continuidad de la atención de los pacientes con mayor riesgo y reducir el rezago asistencial mediante una ges-tión coordinada, basada en riesgo, con enfoque territorial y mecanismos de traza-bilidad y medición en los primeros 90 días de gobierno.

### 1.1. Gobernanza: PMU Nacional por la Salud

Crear desde el primer día un PMU Nacional por la Salud como instancia de identif-icación, priorización, coordinación, referenciación y toma de decisiones ágiles, enca-bezado por el Ministerio de Salud y Protección Social, con concurrencia de la Super-intendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación. El PMU debe tener reglas de operación (periodicidad, quórum, gestión de conflictos de interés, escalamiento y salvamento de voto) y un secretariado técnico con capacidad analítica y de seguimiento.

Participantes mínimos:

- Ministerio de Salud y Protección Social (líderazgo y definición de metas nacionales).
- Superintendencia Nacional de Salud (inspección, vigilancia, soporte de clasi-ficación y seguimiento de reclamos).
- Defensoría del Pueblo (garantía de derechos y canal de casos críticos).
- Entidades responsables del aseguramiento (EPS, Entidades Adaptadas y en-tidades régimen especial y de excepción cuando aplique).
- Entidades territoriales (departamentos y distritos; articulación con redes y CRUE).
- Representación de usuarios y organizaciones de pacientes (participación y veeduría).

## 1.2. Enfoque punta – pirámide de priorización

El enfoque segmenta la población en tres niveles operativos con acciones y tiempos diferenciados:

Nivel	Población objetivo	Objetivo de oportunidad	Acciones clave
<b>Punta 1: Riesgo vital</b>	Pacientes con riesgo inminente de muerte o pérdida de órgano/función; dolor extremo; deterioro rápido.	Horas a 72 horas	Gestión diaria caso a caso; referencia/contrarreferencia efectiva; resolución de barreras administrativas; auditoría concurrente.
<b>Punta 2: Riesgo priorizado</b>	Pacientes que requieren atención en menos de 3 meses para evitar deterioro o complicaciones relevantes.	≤ 90 días	Plan de "puesta al día" por cohortes; búsqueda activa; agendas protegidas; continuidad farmacológica.
<b>Base: Rezago general</b>	Pacientes con atención diferible y servicios autorizados no prestados (controles, procedimientos electivos, diagnósticos).	≤ 6-12 meses según servicio	Validación de listas, priorización por beneficio, productividad (jornadas/centros), tele orientación cuando aplique.

Para este ejercicio, se considera armonizar las definiciones operativas de riesgo vital y riesgo priorizado con la clasificación establecida para la gestión de reclamos en salud y la priorización del usuario de la Superintendencia Nacional de Salud (CE 2023151000000010-5 de 2023):

- **Riesgo vital:** Se trata de aquellos usuarios cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.
- **Riesgo priorizado:** Se trata de aquellos usuarios que requieren una atención en salud en menos de tres meses, ya que la falta de atención implica algún riesgo para su integridad.

## 1.3. Operación: gestión diaria grupo riesgo vital (equipo élite)

Conformar un "equipo élite" interinstitucional (asegurador, entidad territorial, Super-salud y Defensoría del Pueblo para seguimiento y gestión diaria de casos riesgo vital.

Flujos mínimos:

- Censo diario de urgencias e internación con alertas de barreras (no admisión, no disponibilidad, no autorización).
- Escalamiento para definición de red y traslado (CRUE cuando aplique).
- Auditoría concurrente orientada a resolver, principio de continuidad y seguridad del paciente.
- Cierre del caso con verificación de atención efectiva (no solo autorización).

## 1.4. Medicamentos: continuidad terapéutica de alto riesgo

La interrupción de tratamientos críticos aumenta eventos evitables y uso de urgencias. Se propone un “tablero de medicamentos críticos” con identificación de pendientes y resolución en 24-72 horas.

Grupos terapéuticos (ejemplos)	Grupos de riesgo (ejemplos)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores</li> <li>Antitrombóticos y antihemorrágicos</li> <li>Antiinfecciosos sistémicos</li> <li>Medicamentos para condiciones cardiovasculares</li> <li>Medicamentos para condiciones respiratorias obstructivas</li> <li>Psicofármacos de mantenimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cáncer activo</li> <li>Infección por VIH y hepatitis C</li> <li>Enfermedad renal crónica en TRR o tratamiento farmacológico</li> <li>Insuficiencia cardíaca y alto riesgo cardiovascular</li> <li>Gestantes</li> <li>Trastornos salud mental con alto riesgo de descompensación (trastorno bipolar, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, depresión)</li> <li>Enfermedades endocrino-metabólicas con alto riesgo.</li> </ul>

## 1.5. Gestión de riesgo priorizado: plan 90 días “puesta al día”

Componentes del plan por cohorte de riesgo (por EPS y territorio):

- Diagnóstico de situación por cohorte (brechas vs guías de práctica clínica, lineamientos y protocolos vigentes).
- Identificación de pacientes en abandono o con baja adherencia (contacto, barreras de acceso, determinantes sociales).
- Búsqueda y agendamiento activo (tele contacto, visitas extramurales donde aplique).
- Agendas protegidas para cohortes (cáncer, HTA, DM, ERC, gestantes, salud mental, enfermedades huérfanas, neurológicas etc.).
- Estrategias de articulación con asociaciones de usuarios y pacientes para apoyos sociales, comunitarios y navegación dentro del sistema a través de la referenciación de casos.
- Reporte semanal en PMU: contactos, atención efectiva y continuidad terapéutica.

## 1.6. Seguimiento estrategia: indicadores (tablero ejecutivo)

El PMU deberá definir y publicar un tablero ejecutivo con indicadores trazadores desagregados por territorio, EPS y grupo de riesgo, que permita: seguimiento de resultados, identificación temprana de cuellos de botella y análisis de causa raíz, así como la adopción de acciones correctivas con responsables y plazos.

A continuación, se encuentra propuesta de algunos indicadores:

### Riesgo vital:

- Casos riesgo vital con barreras identificadas (semanal): proporción de casos clasificados como riesgo vital en los que se registra al menos una barrera (administrativa, disponibilidad de oferta, referencia/traslado, medicamentos, fallas de comunicación, etc.).
- Resolución oportuna de casos de riesgo vital: proporción de casos resueltos en menos de 72 horas. Tiempo medio de resolución de casos. Este componente debe acompañarse de la identificación de la causa raíz para la no resolución o demoras.

### Riesgo priorizado:

- Proporción de pacientes “puestos al día” por cohorte.
- Identificación de pacientes sin adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (no por barreras); estos casos deben ser direccionados para apoyo por parte de las asociaciones de usuarios y pacientes en los procesos de educación y direccionamiento social y comunitario.

### Medicamentos:

- Proporción de pendientes críticos > 72 horas, entrega completa vs parcial, motivos de no entrega.

### Acceso y continuidad:

- Oportunidad de consulta especializada y procedimientos clave; cancelaciones por barreras administrativas.

### Experiencia del usuario:

- Tendencia reclamos en salud y tutelas.

## 2. **Financiamiento integral vigencia 2026**

El correcto financiamiento de la vigencia 2026, exige recursos adicionales por de \$9.57 billones pesos para: incrementar la UPC del régimen contributivo en \$3.73 billones de conformidad con la evolución de costos del sistema que ACEMI estimó en un 7.6% por encima del ajuste decretado por Minsalud a través de la resolución 2764 de 2025 y pagar los ajustes de Presupuestos Máximos desde 2023, que según las cuentas por cobrar consignadas por las EPS ascienden a \$2.38 billones, sin contar Nueva EPS. Además, se requiere financiar de manera adecuada los presupuestos máximos corrientes que a la fecha se encuentran desfinanciados en \$3.46 billones.

De estos \$9.57 billones, cerca de \$5.29 billones procederán de ingresos presupuestales excedentarios a los aforos estimados por la ADRES por concepto de cotizaciones, reintegros, aportes departamentales, SOAT, Coljuegos y a una mayor

disponibilidad presupuestal inicial. Los restantes \$4.28 billones deberían financiarse con un mayor esfuerzo fiscal, recursos de capital, ahorros que se puedan generar a través de la optimización del gasto público o de reasignaciones desde otros sectores.

El correcto financiamiento del 2026 permitirá un alivio temporal en las finanzas del sector, estabilizando el flujo de recursos, las deudas entre los distintos actores del sistema y previniendo una mayor descapitalización de las aseguradoras. Sin embargo, el correcto funcionamiento del sistema requerirá un conjunto de medidas más amplio. En primera medida un saneamiento de las deudas pasadas del sistema; en especial del periodo 2021-2025. El segundo, un correcto ajuste metodológico y actuarial de la Unidad de Pago por Capitación a futuro. Y tercero, un conjunto de medidas que permita un uso más eficiente de los recursos disponibles.

### 3. **Gestión de las EPS intervenidas y concurrencia encumplimiento de indicadores de habilitación financiera**

La Superintendencia Nacional de Salud debe expedir, en el menor tiempo posible, los actos administrativos que remuevan y reemplacen a los interventores de las 8 EPS bajo medida y la conformación de un equipo técnico que entregue en los primeros tres meses un diagnóstico claro sobre la situación operativa y financiera de las entidades y que permita, en función de su resultado, adoptar cualquiera de estas decisiones: liquidación y traslado de afiliados o restitución a sus accionistas condicionado al cumplimiento de los requisitos de habilitación financiera.

El comité técnico dependerá directamente del Superintendente de Salud y acompañará de a la delegatura de medidas especiales en la gestión de las EPS intervenidas, actuando como órgano consultor y de seguimiento del desempeño y resultados los interventores designados. Dentro de sus funciones estará la formulación e implementación de manuales de operación financiera, médica y operativa que delimite la actuación de los interventores encargados de las EPS o IPS bajo medidas administrativas.

De manera paralela, la Nación liderará los estudios técnicos y actuariales que permitan medir la afectación financiera de las EPS intervenidas a partir de dos conceptos. El primero es el defecto calculado por concepto del ajuste inadecuado cálculo de la UPC de las vigencias 2021 a 2025, en cumplimiento de lo decretado por la Corte Constitucional y el segundo por concepto perjuicio financiero ocasionado durante el periodo de intervención.

Cumplido el periodo establecido, elaborados los estudios de factibilidad para cada EPS intervenida y definido el monto de los recursos a reconocer por la Nación, se seguirá el siguiente curso de acción. En primera medida se liquidarán las EPS que cuenten con concepto negativo de viabilidad según el equipo técnico, en cuyo caso los recursos reconocidos por la Nación harán parte del proceso liquidatorio y su población será asignada a otras EPS.

Del otro lado, las EPS que cuenten con concepto de viabilidad positivo, se ofrecerán en restitución a sus legítimos dueños y/o accionistas. En caso de negativa a la oferta, la EPS será liquidada. En caso contrario, de aceptación, los propietarios se

comprometen a recibir estos recursos y aplicarlos en su integridad al cumplimiento de los requisitos de habilitación financiera. En caso de que los recursos reconocidos no sean suficientes para garantizar el cumplimiento de los estándares regulatorios, los particulares deberán concurrir con recursos propios para continuar con la operación.

Una vez surtido el proceso anterior, deberá conformarse un grupo de alto nivel que reverse las medidas de intervención de las EPS bajo la tutela de la Superintendencia Nacional de Salud. El fundamento de esta decisión se encuentra en la sentencia SU-277 de 2025 de la Corte Constitucional, que advierte la violación al debido proceso por parte de la Nación hacia las EPS, al sustentar como causa de la intervención, el incumplimiento de los indicadores de habilitación financiera, sin que exista un análisis sobre la suficiencia de la UPC como requisito para el cumplimiento de esta normatividad.

Una vez reversadas las medidas de intervención y devuelta la administración de las EPS a sus legítimos dueños, incluidos sus representantes legales y órganos de dirección, la EPS deben adelantar un proceso de saneamiento financiero con su red de prestación de servicios y tecnologías de salud, a través de la figura de giro directo. Este mecanismo debe tener componentes redundantes de auditoría y control por parte de la Nación y acompañamiento de las entidades de control.

La estrategia tiene como objetivo, que, sobre el final del periodo presidencial, el sistema de salud cuente con las mejores EPS y con un proceso de fortalecimiento financiero y patrimonial que permita garantizar la atención en salud de la población. Al mismo tiempo, evita problemas de riesgo moral de las EPS en el sentido de que aquellas que han mostrado un peor desempeño tendrán que realizar un esfuerzo mayor en relación con aquellas con mejores resultados financieros.

#### 4. Saneamiento financiero del sistema de salud

El monto requerido para el saneamiento financiero del sistema de salud debe derivarse de un juicioso estudio actuarial e interdisciplinario que renueve los estudios de suficiencia de la UPC elaborados por el Ministerio de Salud en el periodo 2021 a 2025. El estudio debe revisar todo el proceso de gestión de la información, empezando por el reporte de la base inicial, la aplicación de las mallas de validación, la depuración de las calidades establecidas y la determinación de la base final. También debe realizar ejercicios que permitan el contraste entre los supuestos asumidos en el cálculo y sus valores observados.

La falta de disponibilidad de los datos de la base de suficiencia, así como ausencia de las notas técnicas del estudio de suficiencia para algunos de los años del periodo señalado, ha derivado en estimaciones del faltante actuarial basado en la información contenida de los Estados Financieros reportados por las EPS. De esta manera y siguiendo la metodología de Espinosa & Otros, ACEMI estima que el faltante para los años 2021 a 2025 es de \$34.2 billones. En todo caso esta cifra debe ser revisada y reconfirmada por el estudio actuarial citado con anterioridad.

La magnitud del ajuste necesario para estabilizar el sistema requiere de gradualidad en su implementación, al tiempo que la criticidad de la situación demanda de un esfuerzo inmediato considerable. Por esta razón se plantea que el financia-

miento de la deuda actuarial se haga con una gradualidad decreciente por cada año de gobierno así: el primer año un 40%, el segundo un 30% el tercero un 20% y el cuarto un 10%.

Los recursos se reconocerán a cada EPS que opere en la actualidad en proporción a sus afiliados en cada uno de los años en los que se estimó inadecuadamente la UPC. En este sentido, el ajuste de la UPC, producto de las revisiones realizadas y de la gradualidad propuesta, deberá orientarse a honrar las obligaciones de las EPS con su red de prestadores y contribuir a superar las dificultades de acceso a los servicios de salud derivadas de la su insuficiencia.

Estas deudas deberán estar debidamente reconocidas por las entidades responsables, con los mecanismos de auditoría que considere el Ministerio y la Superintendencia de Salud. Serán pagadas a través de la figura de giro directo a prestadores, proveedores y personal de salud y deberán reflejarse de manera inmediata en los estados financieros de prestadores y proveedores. Sobre este último se hace necesario que la contabilidad de las IPS depure sus cuentas por cobrar con un nivel de detalle de cada factura.

El saneamiento financiero debe incluirse como una disposición en el Plan Nacional de Desarrollo 2026-2030 e instrumentarse vía leyes anuales de presupuesto, planes financieros y CONPES. Con reglas de elegibilidad, auditoría concurrente de la CGR y supervisión (Supersalud). Además, existe el precedente jurisprudencial de la sentencia 007 de 2025 de la Corte Constitucional que conmina al Gobierno a reconocer y pagar el faltante de la UPC 2024 y el rezago desde el año 2021.

## 5. Conciliación nacional de cuentas

Se requiere la puesta en marcha de un programa nacional de conciliación de cuentas en salud. Este mecanismo debe entenderse como un espacio para la aplicación de criterios claros y uniformes que permitan identificar en qué punto del proceso de reconocimiento contable se encuentran los servicios prestados: si están facturados, en auditoría, glosados, conciliados o liquidados. Esto con el objetivo de conocer de manera cierta la deuda real del sistema. De esta manera, las acciones orientadas a reducir la edad de la cartera y a saldar el monto total de la deuda podrán ejecutarse con mayor transparencia y efectividad.

El acuerdo debe partir de una regla clara: identificar con precisión en qué punto del proceso se encuentra cada obligación. Esto significa que las EPS y los prestadores y proveedores deben poder reportar los montos clasificados en las distintas etapas —no conocido, facturado, en auditoría, glosado, conciliado o liquidado—, de modo que no haya duda sobre la naturaleza de cada rubro. Con ello, se reconoce que la deuda cierta es aquella ya conciliada y pendiente de pago, siendo además donde más rápido pueden fluir los recursos en el sistema.

Desde el punto de vista reglamentario, se requiere de la revisión y actualización de la circular 030 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud, en aras de optimizar el procedimiento para el saneamiento, conciliación y reporte de cartera entre entidades responsables de pago (ERP), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS) que ha demostrado ser una herramienta valiosa dentro en este tipo de procesos.



Al mismo tiempo, la deuda aún no liquidada debe visibilizarse de manera transparente, con el compromiso de generar acuerdos o acciones que eviten retrasos innecesarios y el aumento de glosas, permitiendo que estas obligaciones avancen oportunamente hasta convertirse en deuda reconocida. Este proceso de conciliación deberá culminar en un acta de cierre suscrita entre las EPS y los prestadores que, a manera de paz y salvo, deje constancia del estado final y del saldo de las cuentas a la fecha de su firma. Esto debe ocurrir en los primeros 100 días de gobierno.

# 2

## Medidas para el fortalecimiento financiero y la sostenibilidad del SGSSS



La estructura financiera del sistema de salud debe revisarse a profundidad. En una economía con alta tasa de informalidad y de evasión, es necesario revisar las fuentes y acudir a medidas para evitar el fraude al sistema de salud. Se proponen en este capítulo un conjunto de medidas que en el corto y mediano plazo pueden significar fuentes de financiamiento corrientes para el sistema.

## 1. **Depuración afiliación del régimen subsidiado**

El régimen subsidiado de salud es uno de los dos regímenes que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Está diseñado para garantizar el acceso a servicios de salud a las personas que no tienen capacidad de pago. Es decir, a población pobre o vulnerable o a grupos especiales como comunidades indígenas, población desplazada, víctimas del conflicto, personas mayores en centros de protección, entre otros.

En la actualidad el régimen de subsidiado cuenta con 26.9 millones de afiliados, en contraste con el régimen contributivo de salud, que apenas llega a 23.1 millones. Este hecho, supone que apenas un 46% de los colombianos aporta de manera directa a la financiación del sistema a través de aportes parafiscales, mientras que el restante 54% recibe los mismos servicios sin realizar aporte alguno.

De hecho, del 46% de los colombianos que pertenecen al régimen contributivo, apenas 12.7 millones de personas son cotizantes según la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) al corte de octubre de 2025. Los restantes 10.4 millones de afiliados al régimen contributivo son beneficiarios. Esto quiere decir que apenas 1 de cada 4 colombianos realiza aportes directos, vía cotizaciones parafiscales a la seguridad social en salud.

Esta realidad, que se funda en la informalidad del mercado laboral, impone una gravosa carga para la sostenibilidad financiera del sistema, que en su diseño inicial suponía una base amplia de trabajadores con capacidad de cotizar que no se materializó en la práctica. Este hecho se ha traducido en una caída de la participación de las contribuciones parafiscales dentro de las fuentes de financiamiento del sistema. Para 2025 se recaudaron recursos por \$37.2 billones por este concepto, lo que corresponde a un 38.1% del total de fuentes del sistema.

Al mismo tiempo, el mismo DANE determina la población pobre del país a través de encuestas y herramientas estadísticas, siguiendo dos metodologías distintas. En la primera, denominada pobreza multidimensional, se miden las privaciones de las familias en materia de salud, educación trabajo, vivienda e ingresos. En este caso, el DANE estimó que para el año 2024 la incidencia de la pobreza multidimensional fue del 11.5% de la población nacional. Es decir, el 22.7% de la población afiliada actualmente al régimen subsidiado.

Algo similar, aunque en una proporción distinta, ocurre con la metodología de pobreza monetaria. En este caso, el DANE estimó para el año 2024, que el 31.8% de los hogares son pobres en razón a que los ingresos de cada una de las personas que los componen son insuficientes para adquirir una canasta

de bienes alimentarios y no alimentarios mínimos para la subsistencia (estimada en \$460 mil al mes). En este caso también existe una diferencia cercana a 10.0 millones de personas pobres en términos monetarias y aquellas afiliadas al régimen subsidiado.

En el mismo sentido, la herramienta de identificación y focalización de programas y recursos para la población pobre -Sisbén versión IV- administrada por el Departamento Nacional de Planeación, contaba con 28,3 millones de personas registradas en su base de datos en la última actualización pública conocida del año 2024<sup>1</sup>. De estas, un 65.5% eran pobres o pobres extremos: es decir 18.6 millones de personas<sup>2</sup>.

Semejantes diferencias entre los resultados de medición de la pobreza en el país y el número de afiliados al régimen subsidiado, exige una redefinición del concepto de pobreza y de capacidad de pago, así como de la depuración del régimen subsidiado y el consecuente traslado al régimen contributivo. Esta tarea requiere de cruces automatizados de las bases de datos del Sisbén IV, FEV, billeteras digitales, RUAFA-PILA y MUISCA, entre otros.

Las personas identificadas como susceptibles de ser trasladadas al régimen contributivo deberán realizar un aporte a salud equivalente al 12.5% sobre un salario mínimo legal. Esto supondría un ingreso adicional por familia cercano a los \$2.6 millones al año. El impacto total resultaría de multiplicar este monto por el número potencial de personas a trasladar, que para el caso del Sisbén 4 ascienden a 8.40 millones y corregirlas por la densidad familiar de 2.86 personas por núcleo según ENCV 2024. Es decir, \$7.72 billones adicionales al año.

## 2. Nuevas fuentes de financiación

### 2.1. Reducción del límite de aportes parafiscales en salud para personas jurídicas

El artículo 25 de la Ley 1607 de 2012 dispuso que las sociedades y personas jurídicas contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios estarían exoneradas del pago de los aportes parafiscales (régimen contributivo de salud, SENA e ICBF) para los trabajadores que devenguen hasta diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Esta decisión supuso un cambio en la forma de financiación del sistema de salud, al pasar de un esquema basado en la relación laboral y los aportes parafiscales hacia un modelo de aseguramiento universal basado en impuestos generales. De esta manera los aportes parafiscales pasaron de representar cerca de un 65% de los ingresos del sistema en 2013 a un 38% en la actualidad.

Este hecho ha generado una mayor dependencia de las fuentes fiscales y una mayor incertidumbre financiera para el sistema de salud en escenarios de estrechez fiscal como el actual. Por esta razón, se propone la reducción del umbral decretado por la Ley 1607 de 10 a 4 salarios mínimos legales vigentes.

Esta medida permite, por un lado, asegurar recursos adicionales para el sistema y del otro salvaguardar el empleo formal, permitiendo que las empresas intensivas en mano de obra no incurran en mayores costos de contratación.

La estructura salarial del país, según la GEIH a diciembre 2025 DANE da cuenta de que el 93.4% de los asalariados gana menos de 4 salarios mínimos mensuales, un 5.4% entre 4 y 10 salarios mínimos y apenas un 1.2% más de 10 salarios mínimos. La propuesta implica que las empresas deberían hacer aportes parafiscales para salud equivalentes al 8.5% del salario para los empleados que ganen más de cuatro salarios legales vigentes. Estimaciones de ACEMI dan cuenta que la medida cobijaría a cerca de 726 mil nuevos empleados. Ponderando los ingresos por los 6 estratos de salario mínimo existentes en el rango y liquidando con el salario mínimo de 2025, el ingreso esperado sería de \$5.79 billones de pesos al año.

Así mismo, el país debe avanzar en la imposición de tributos a los juegos de azar en línea, impuestos saludables y en la actualización de los impuestos al tabaco. Estas son fuentes estables de recursos, que pueden generar externalidades positivas en salud pública. En todo caso, la incorporación de nuevas fuentes, junto a la depuración del régimen subsidiado, deben propender por la ampliación de los recursos del sistema de salud de cerca de 6.2% del PIB en la actualidad a un 7.2% para el 2030<sup>3</sup>.

## 2.2. Tributos a los juegos electrónicos

La concesión para la operación de juegos de suerte y azar en la modalidad de apuestas por internet en Colombia constituye el instrumento jurídico y económico mediante el cual el Estado, a través de Coljuegos, otorga a una persona jurídica privada el derecho a explotar de manera controlada una actividad que, por mandato constitucional, es un monopolio estatal.

Dicho esquema permite que los operadores privados desarrollen plataformas tecnológicas para la oferta de juegos en línea como apuestas deportivas, casino en vivo, póker o tragamonedas virtuales bajo condiciones reguladas y control por parte de la autoridad. A cambio de este derecho, el concesionario asume obligaciones económicas que constituyen la fuente principal de los ingresos públicos derivados del sector: el pago de derechos de explotación y los gastos de administración, ambos destinados a financiar el sistema de salud, conforme a lo establecido en la Ley 643 de 2001 y sus decretos reglamentarios.

Dicho de otra manera, los derechos de explotación son una retribución económica al Estado por el derecho exclusivo que adquiere un particular de explotar los juegos de suerte y azar. Se pagan a favor de la Nación y se recaudan por Coljuegos. Es decir que las plataformas de apuestas en línea no pagan “impuestos” al Estado por operar, sino que pagan derechos de explotación y gastos de administración a Coljuegos.

---

<sup>3</sup>OCDE. Health expenditure and financing 2024.

La resolución 20161200025334 de Coljuegos, que reglamenta los juegos novedosos operados por internet, estipula que los derechos de explotación se fijan como un porcentaje sobre su ingreso bruto de explotación, definido como las apuestas recibidas menos los premios pagados. La tarifa vigente es de 15,0 % sobre el GGR (Gross Gaming Revenue). Adicionalmente, los operadores deben pagar a Coljuegos un 1,0 % de gastos de administración sobre la misma base. Por ejemplo, si una plataforma de apuestas deportivas recibe \$1.000 millones en apuestas y paga \$900 millones en premios, su ingreso bruto (GGR) es de \$100 millones. Con ese ingreso bruto, los derechos de explotación equivalen a  $15,0\% \times \$100 \text{ millones} = \$15 \text{ millones}$  y los gastos de administración a  $1,0\% \times 100 \text{ millones} = \$1 \text{ millón}$ . El total a pagar a Coljuegos será en este caso de \$16 millones. Se habrá pagado al final un 16,0% del GGR, un 1.8% de los premios pagados y un 1.6% del total de apuestas.

El valor restante, una vez descontados esos pagos, constituye el ingreso neto operativo del concesionario, del cual aún deben deducirse costos tecnológicos, gastos de personal, campañas de marketing, demás erogaciones propias de la operación y la utilidad propia de cualquier actividad mercantil.

En el mercado regulado de apuestas en línea, muchos operadores elevan el retorno al jugador por encima del piso regulatorio como estrategia de competitividad: al devolver más en premios, retienen y fidelizan a los jugadores. Esta decisión, sin embargo, comprime el ingreso bruto de explotación (la diferencia entre apuestas y premios) y, al ser esa base la que determina los derechos de explotación y demás cargas a favor del Estado, reduce de manera directa el aporte a salud que se causa por cada peso apostado, aun cuando mejora el desempeño del canal.

Para 2025, Coljuegos recibió \$1.03 billones por derechos de explotación. De estos, 362 mil millones provinieron de derechos de explotación de juegos en línea, otros 378 mil de juegos localizados (máquinas tragamonedas, ruleta, bingo, mesas de póker, apuesta presenciales, etc.) y otros \$225 mil millones de otros juegos novedosos como Superastro, Baloto, Revancha y Miloto. También se recibieron cerca de \$51 mil millones por gastos de administración.

Estos recursos fueron destinados como transferencias a departamentos, municipios y Foete recursos de juegos de suerte y azar. De los \$1.09 billones transferidos en 2025, \$773 mil se presupuestaron por parte de la ADRES como recursos provenientes de Coljuegos para el régimen subsidiado<sup>4</sup>. Los otros \$313 mil millones fueron directamente a los entes territoriales.

Datos publicados por el periódico los portales el Tiempo y Silla Vacía, basada en información aportada por Asojuegos advierte que las ventas de juegos electrónicos en línea alcanzaron los \$45 billones en 2024. Estas ventas no corresponden a los ingresos de las empresas sino al monto total apostado. Una vez descontado los premios, el mismo gremio advierte que los ingresos de las compañías son de \$2.9 billones. Es decir que se pagan \$42.1 billones en premios, lo que supone un margen operativo de 6.4%.<sup>5</sup>

<sup>4</sup>Ejecución presupuestal URA-ADRES a diciembre de 2025 <sup>5</sup>[www.lasillavacia.com/silla-nacional/gobierno-nos-impone-el-iva-bajo-supuestos-gremio-de-apuestas-en-linea/](http://www.lasillavacia.com/silla-nacional/gobierno-nos-impone-el-iva-bajo-supuestos-gremio-de-apuestas-en-linea/)

Para 2024 los juegos en línea pagaron \$436 mil millones en derechos de explotación y \$4 mil millones en gastos de administración, para un total de 440 mil millones. Esto supone una carga tributaria por estos conceptos de 15.2% que parece baja frente a otros sectores segmentos de los mismos juegos de suerte y azar como el chance que paga el 12% o del Baloto del 26% de sus ingresos brutos como de derechos de explotación. Pero no es solo para estos tributos, sino además para impuestos como el IVA, que aunque han sido impuestos recientemente por vía de decretos excepcionales, no se encuentran en la ley.

De hecho, el decreto 175 de febrero 2025 expedido en el marco Estado de Conmoción Interior para atender los gastos en la región del Catatumbo, el área metropolitana de Cúcuta y los municipios de Río de Oro y González del departamento del Cesar, impuso de manera temporal un IVA de 19 % a los juegos de suerte y azar operados por internet aplicable sobre el valor de los depósitos o recargas que realizan los jugadores en sus cuentas.

Este impuesto se causa sobre el monto depositado y se incorpora dentro de la transacción: el operador actúa como agente retenedor y la carga económica recae sobre el usuario, que dispone de un saldo menor para apostar. La medida estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 2025, a menos que el Congreso de la República la decrete legalmente, debido a la declaratoria de inexecutable del decreto por parte de la Corte Constitucional.

El diseño del IVA sobre el total de la apuesta desincentiva de manera grave la disposición de los jugadores a apostar en estas casas en línea. Según Fecoljuegos la caída en las ventas fue del 30% durante el primer semestre y puede poner en riesgo la continuidad de su operación comercial. Por esta razón resulta esencial entender que la sostenibilidad del monopolio rentístico depende de un equilibrio delicado: los juegos legales canalizan recursos a la Nación, mientras que una carga fiscal excesiva podría desplazar las apuestas hacia operadores ilegales, que no contribuyen al erario ni ofrecen garantías al consumidor.

Por ello, la tarifa del IVA del 19% debería cambiar de base positiva a través de un cambio legal. De esta manera se pasaría a gravar los ingresos de los operadores de los juegos más que de las apuestas. Con esta medida se incorporarían cerca \$550 mil millones de pesos adicionales, que deberían ir exclusivamente al sector salud. También podría pensarse en un ajuste del derecho de explotación al 20%, lo que representarían cerca de \$140 mil millones adicionales, para un total de 690 mil millones al año. De esta manera, se mitigarían parcialmente las externalidades negativas que generan este tipo de actividades sobre la salud mental de la población expuesta.

## 2.3. Tabaco y cigarrillos electrónicos

Según reciente estudio elaborado por el Banco Mundial relacionado con los impuestos saludables en Colombia, desde 2021 el precio real de la cajetilla de cigarrillos se estancó, con lo cual la señal de precio perdió capacidad para reducir la asequibilidad, ubicando a nuestro país por debajo de los referentes internacionales<sup>6</sup>. Ese estancamiento sugiere que no basta con preservar la estructura vigente; se requiere retomar una trayectoria de aumentos reales y sostenidos para alcanzar los objetivos sanitarios.

En esa dirección, la recomendación central es fortalecer el impuesto al consumo de tabaco y extender su cobertura a los vapeadores, manteniendo la regla de indexación anual de IPC + 4 puntos porcentuales para el componente específico y calibrando las tarifas (específico y ad valorem) de manera que el incremento tributario se traslade efectivamente al precio final.

El objetivo operativo es converger hacia una carga total tributaria de al menos 75% del precio de venta, estándar recomendado internacionalmente, cerrando a la vez espacios de sustitución entre productos de nicotina. Desde la perspectiva fiscal y de salud pública, las estimaciones asociadas a dicho rediseño proyectan una reducción del consumo y un recaudo adicional cercano a \$1.07 billones en 2026 de los cuales aproximadamente \$762 mil millones provendrían de cigarrillos.

## 2.4. Eliminación tope cotización 25 salarios mínimos

El artículo 204 de la Ley 100 de 1993 (modificado por la Ley 797 de 2003) establece los criterios para calcular los aportes al régimen contributivo de salud. Allí dispone que la base de cotización no podrá ser inferior a un (1) salario mínimo mensual legal vigente ni superior a veinticinco (25) veces dicho salario. Esto significa que ninguna persona puede cotizar sobre una base inferior a 1 SMMLV, aunque gane menos. Al tiempo ocurre que, aunque sus ingresos superen los 25 SMMLV, el aporte máximo que puede hacer al sistema de salud se calcula sobre 25 SMMLV como tope.

Si tomamos el SMMLV 2025 equivalente a \$1.423.500 COP, la base de cotización máxima será de  $25 \times \$1.423.500 = \$35.587.500$  COP. De esta manera el aporte máximo a salud será de  $12.5\% \times \$35.587.500 = \$4.448.437$  COP. Si por ejemplo alguien ganase \$60 millones al mes, no debería aportar más de \$4.448.437 al sistema de salud, privando a este último de recursos indispensables para garantizar su sostenibilidad.

Esta norma controvierte los principios de progresividad y solidaridad del sistema de salud en el sentido en que cada persona debe contribuir según su posibilidad e ingresos y que dichos recursos deben ir hacia quien más los requiere. Por esta razón se propone la eliminación del tope de los 25 salarios mínimos, permitiendo que la tarifa del 12.5% se aplique directamente al monto total del ingreso percibido. También se propone que se conserve el

---

<sup>6</sup>[www.bancomundial.org/es/country/colombia/publication/impuestos-sanitarios-en-colombia-una-oportunidad-para-mejorar-la-salud-de-la-poblacion](http://www.bancomundial.org/es/country/colombia/publication/impuestos-sanitarios-en-colombia-una-oportunidad-para-mejorar-la-salud-de-la-poblacion)

tope de los 25 salarios mínimos en la liquidación de las prestaciones económicas de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad para que la medida tenga un efecto positivo neto en el recaudo.

## 2.5. Impuestos Saludables

En Colombia, estos tributos se crearon con la Ley 2277 de 2022 y rigen desde el 1.º de noviembre de 2023 como impuestos nacionales. Aplican, por un lado, a las bebidas ultra procesadas azucaradas, que se gravan con una tarifa específica por cada 100 ml en función del contenido de azúcares añadidos.

Por otro lado, aplican a los comestibles ultra procesados que superan umbrales de azúcares añadidos, sodio o grasas saturadas, los cuales se gravan advalorem con una tarifa escalonada de 10% en 2023, 15% en 2024 y 20% desde 2025. El régimen contempla exenciones puntuales en la producción o importación de ciertos productos, entre ellos las fórmulas infantiles, los alimentos para propósitos médicos especiales, las donaciones y los pequeños productores por debajo de umbrales de UVT.

ACEMI propone, que la totalidad del recaudo de este tipo de impuestos, sobre productos de consumo que tienen “externalidades negativas” sobre la salud de la población, se conviertan en rentas de destinación específica para el sistema de salud. En la actualidad estos impuestos no tienen destinación específica y se consideran impuestos generales en el sentido que hacen unidad de caja como los demás ingresos a favor de la Nación.

De esta manera se genera un efecto compensatorio en dos sentidos: el primero internaliza el daño causado en la salud de los consumidores a través del impuesto y el segundo hace uso de estos recursos para la financiación del sistema de salud.

La DIAN reportó un recaudo para todo el año 2025 de 518 mil millones de pesos por concepto del impuesto saludable a las bebidas azucaradas y de \$2.81 billones sobre los alimentos ultra procesados, para un total de \$3.32 billones en la vigencia. Recursos que podrían incorporarse directamente al presupuesto de la ADRES para financiar el aseguramiento en salud.<sup>7</sup>

Es cierto que la destinación específica de un impuesto puede generar presiones sobre el Presupuesto General de la Nación y la sostenibilidad fiscal de la Nación. No obstante, la naturaleza sanitaria de este instrumento busca desincentivar el consumo de productos con amplios efectos adversos en salud. Por ello, orientar su recaudo a financiar las atenciones que se derivan de dichas externalidades fortalece la coherencia entre el objetivo de salud pública y el uso de los recursos.

---

<sup>7</sup>[www.dian.gov.co/dian/cifras/Paginas/EstadisticasRecaudo.aspx](http://www.dian.gov.co/dian/cifras/Paginas/EstadisticasRecaudo.aspx)

## 2.6. Eliminación del descuento del 50% del SOAT para vehículos de rango diferencial

El decreto 2497 de 2022 estableció la reducción del 50 % en la tarifa del SOAT para ciertas categorías de vehículos, entre las que se encuentran las motos de bajo cilindraje (hasta 200 c.c.), ciclomotores, motocarros, tricimotos y cuadríciclos, así como autos de negocio, taxis, microbuses urbanos, servicio público urbano e intermunicipal, buses y busetas. El mismo decreto redujo el monto de las coberturas a cargo de las aseguradoras que expiden este tipo de pólizas desde los 800 hasta los 300 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV). Los siniestros que excedieran este monto pasaron a ser responsabilidad de la ADRES.

Esta medida tuvo un doble impacto sobre las finanzas del sistema de salud. De un lado, redujo la base sobre la que se calcula la contribución del SOAT con destino al sistema de salud, así como de la prima Fonsat y sus excedentes. Del otro lado, impuso una mayor carga al sistema al trasladar parte de la siniestralidad a la ADRES.

Sobre lo primero hay que decir que para 2025 el recaudo al mes de diciembre fue de \$2.70 billones, de los cuales \$2.13 provinieron de la contribución del SOAT, \$462 mil millones de la prima Fonsat y \$178 mil millones de excedentes de vigencias anteriores. Estas cifras contrastan con el recaudo del año 2022 cuando el recaudo fue de \$2.55 billones. Traído este valor al presente, contemplando el crecimiento de la inflación de cada año y del parque automotor en un 4.5% por año, el recaudo para el cierre estaría cerca de los \$3.51 billones. Es decir, que existe una erosión cercana a los \$810 mil millones por el lado de las fuentes.

Por el lado del gasto, las reclamaciones del SOAT para los vehículos con rango diferencial representaron \$76 mil millones para 2025 y el presupuesto inicial del año 2026 asciende a \$87 mil millones. Sin embargo, este gasto puede estar subestimado por problemas con la expedición de los certificados del agotamiento por parte de las aseguradoras, así como por dificultades y demoras con la contratación de las auditorías de cuentas por parte de la ADRES. De esta manera, se podría estar generando una deuda que aún no es reconocida plenamente.

En todo caso, haciendo uso de las fuentes oficiales y en un escenario que podría considerarse conservador, el desfinanciamiento del sistema de salud por cuenta de la medida de reducción del 50% del SOAT sería cercano a los \$897 mil millones anuales.

A esta razón, se suman otras, como la necesidad de ajustar el riesgo técnico a la prima del SOAT. En especial para el rango de las motos. Basta indicar que para el 2024, según el Sistema de información de reporte de atención en salud a víctimas de accidentes de Tránsito (SIRAS), administrado por Fasecolda, de las 877 mil víctimas reportadas en accidentes de tránsito, un 88.2% de transportaban en motocicletas. Además, la meta de reducir la evasión no se cumplió. Para el cierre de 2024 de cada 100 motos existentes en el país, cerca de 59 no contaba con el SOAT vigente.

## 2.7. Traslado de maestros al SGSSS

En la actualidad, los docentes del sector oficial en preescolar, básica y media están cobijados por un régimen especial de salud gestionado a través del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), que es administrado por la compañía fiduciaria de economía mixta, adscrita al Ministerio de Hacienda, Fiduprevisora. El régimen especial fue creado hace 36 años a través de la ley 91 de 1989.

Según el informe de gestión 2024 (último disponible), el régimen afiliaba a cerca de 820 mil personas, incluyendo maestros y beneficiarios, equivalente al 1.6% de la población del país<sup>8</sup>. Los afiliados gozan de un plan de beneficios equivalente al Plan Básico de Salud del sistema general de salud, pero al tiempo reciben un 63% más de UPC que un ciudadano cualquiera, en razón a las condiciones de riesgo y a la dispersión de la población afiliada.

A pesar de recibir unos recursos generosos por cada afiliado, los resultados en salud distan de ser los idóneos. Así por ejemplo un 21% de los afiliados al régimen especial, respondieron a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2024 del DANE que el servicio que recibían era malo o muy malo, en contraste con el 12% del régimen contributivo. El número de quejas y reclamos, corregido por tasa, duplican el sistema general y los indicadores de vacunación se encuentran por debajo del promedio nacional, con problemas adicionales de registro.

El presupuesto inicial del FOMAG 2025 para la prestación de servicios médicos asistenciales ascendía a \$3.48 billones de pesos, sin que existan informes de seguimiento o resoluciones de modificación de público acceso<sup>9</sup>. Sin embargo, el vicepresidente de salud de Fiduprevisora encargado hasta noviembre de 2025, señor Aldo Cadena, informó públicamente que existía un déficit en el presupuesto que podría llevar el gasto hasta los \$4.85 billones en la vigencia. Esto representa un incremento del 102% respecto del año 2023 cuando se cambió el diseño del modelo por una estructura centralizada de compra de servicios, prestación territorial y red abierta de atención con libertad de precios.

Esto implica, que para 2025, un afiliado promedio al FOMAG cuesta \$5.92 millones al año, en contraste con los \$1.74 millones que recibe una persona en el sistema general de salud. Esto en parte se explica por las diferencias en la composición etaria, dada la mayor edad promedio de los profesores, pero la diferencia es de 3.4 veces, por lo que, en la actualidad la sobre prima decretada en la nota técnica del 63% es inferior a sobre prima efectivamente liquidada del 136.4% de acuerdo con estimaciones de ACEMI.

---

<sup>8</sup> [www.fomag.gov.co/rendicion-de-cuentas/](http://www.fomag.gov.co/rendicion-de-cuentas/) <sup>9</sup> [www.fomag.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/PRESUPUESTO-DE-INGRESOS-Y-GASTOS-FOMAG-VIGENCIA-2025-PAG-WEB.pdf](http://www.fomag.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/PRESUPUESTO-DE-INGRESOS-Y-GASTOS-FOMAG-VIGENCIA-2025-PAG-WEB.pdf)

Dicho lo anterior, se propone trasladar los maestros al sistema general de seguridad social en salud. Con este cambio, se estarían inyectando recursos adicionales por \$4.85 billones al sistema general de salud. La atención de este grupo poblacional costaría, ajustado por rangos etarios, cerca de \$2.03 billones de pesos, por lo que estaríamos hablando de recursos nuevos para el sistema de salud cercano a los \$2.77 billones.

El cambio se justifica además por el deterioro acelerado en la prestación de los servicios de salud denunciado por los mismos maestros y por la falta de transparencia en el uso de los recursos. Un reciente informe de auditoría de la Contraloría General de la República para los años 2023-2025 emitió 61 hallazgos al FOMAG, de los cuales 23 tienen connotación fiscal por más de \$548 mil millones, 54 disciplinaria, 4 penal y 5 con otro tipo de incidencia.

En las pesquisas se encontraron contratos en ejecución sin acta de inicio, sin garantías pactadas o con garantías extemporáneas, ampliación de los montos por encima del límite legal del 50%, contratos sin certificados de disponibilidad presupuestal, demora en glosas y presuntos delitos de constitución ilegal de prestadores y pagos injustificados hacia el exterior.

## 2.8. Traslado voluntario de regímenes especiales y excepcionales de salud al SGSSS

En Colombia existen regímenes especiales y excepcionales de salud como la Dirección General de Sanidad Militar, Sanidad de la Policía Nacional, Ecopetrol, universidades públicas, Ferrocarriles Nacionales y EPM. Estos regímenes administraron recursos por \$5.92 billones en 2025 y afilian a un millón 440 mil personas, es decir, recursos per cápita de \$4.1 millones por afiliado; más del doble de los recursos disponibles en el sistema general de salud. Al tiempo, su servicio, es en general, peor calificado por sus usuarios que el régimen contributivo del SGSSS.

De allí, que se plantee la posibilidad de traslados voluntarios de sus afiliados, desde estos regímenes especiales y excepcionales, hacia la EPS del sistema general de su preferencia. De esta manera se podría atender de mejor manera a personas que hoy se consideran mal atendidas, al tiempo que permitiría unos recursos excedentarios para el sistema de salud, en el entendido de que se trasladaran con los recursos que actualmente le son reconocidos.

## 3. Cuotas moderadoras y copagos

Las cuotas moderadoras y los copagos merecen revisión y ajustes. Para 2024 el monto recaudado por cuotas moderadoras ascendió a \$555 mil millones y por concepto de copagos a \$258 mil millones<sup>10</sup>. Estos recursos apenas representan un 0.88% del total de pagos realizados por la ADRES en 2024 y un 0.99% de los recursos reconocidos por UPC. Es decir que estas fuentes de recursos se han vuelto marginales en el financiamiento del sistema.

<sup>10</sup> Aún no se publica dato cierre 2025

Las cuotas moderadoras son uno de los mecanismos de racionalización, corresponsabilidad y financiamiento más importantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se definen como los aportes en dinero que deben pagar los afiliados al sistema de salud del régimen contributivo, con el fin de racionalizar el uso de los servicios de salud. En otras palabras, son pagos pequeños que hacen los usuarios cuando solicitan un servicio médico, con el fin de moderar la demanda y evitar el uso excesivo o innecesario del sistema. En la actualidad se encuentran regulados por medio de la Resolución 5592 de 2015 de Minsalud.

Las cuotas moderadoras son pagadas por afiliados cotizantes y beneficiarios del régimen contributivo, no así del régimen subsidiado. Se cobran cada vez que se utiliza un servicio de salud: por ejemplo, una consulta médica general o especializada, exámenes de laboratorio, o medicamentos formulados.

Actualmente, no se aplican en servicios de urgencias, hospitalización o programas de promoción y prevención (vacunación, controles prenatales, etc.). Tampoco los pagan las personas de programas especiales de enfermedades crónicas, enfermedades catastróficas o de alto costo (como cáncer, VIH, trasplantes). En ningún caso, la suma total anual de cuotas moderadoras y copagos puede superar el 5 % del ingreso anual del afiliado, según el acuerdo 260 de 2004.

El valor para pagar depende del nivel de ingresos del afiliado, medido en salarios mínimos mensuales legales vigentes. Para el año 2026, los afiliados con ingresos de menos de 2 salarios mínimos pagan una cuota de \$5.000. Aquellos con ingresos entre 2 y 5 salarios mínimos pagan \$20.100 y quienes ganan más de 5 salarios mínimos pagan \$52.800.

Los copagos por su parte son un mecanismo mediante el cual los usuarios contribuyen parcialmente al costo de los servicios de salud, con el objetivo de regular la demanda y apoyar la sostenibilidad financiera del sistema. Es un aporte en dinero que realiza el afiliado o beneficiario al momento de recibir un servicio de salud cubierto por el Plan de Beneficios en Salud (PBS). No es un pago total del servicio, sino un porcentaje o valor fijo que el paciente paga, mientras que el resto lo cubre la EPS (Entidad Promotora de Salud) con recursos del sistema.

Los copagos aplican principalmente a los afiliados del régimen contributivo (trabajadores y sus beneficiarios) y a los beneficiarios del régimen subsidiado, pero con reglas diferentes. Los copagos de régimen contributivo se determinan según el nivel de ingreso del cotizante, expresado en salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) y se agrupan en tres niveles de ingreso.

Para los afiliados con ingresos menores a 2 salarios mínimos, se paga un 11.5% del valor de los servicios, siempre y cuando los pagos anuales no excedan el 28.7% del ingreso mensual. Para los afiliados entre 2 y 5 salarios mínimos el copago es del 17.3% y no puede exceder el 57.5% del ingreso mensual. Finalmente, para los afiliados de más de 5 salarios mínimos, el aporte del 23% y el tope anual máximo equivale al 115% del ingreso mensual.

En el régimen subsidiado, los copagos se aplican a las personas pertenecientes a los grupos B y C del Sisbén IV, es decir, quienes tienen cierta capacidad de pago. El monto del copago depende del nivel del Sisbén y del tipo

de servicio recibido. Las personas del Grupo A (pobreza extrema) no pagan copagos ni cuotas moderadoras.

No se pueden cobrar copagos en atención de urgencias, servicios de atención materna (control prenatal, parto, puerperio), programas de prevención y promoción (vacunas, planificación familiar, controles de crecimiento y desarrollo), tratamientos de enfermedades de alto costo (como cáncer o VIH/Sida) y atención de enfermedades catastróficas o de interés en salud pública.

ACEMI propone ajustar las reglas actuales para las cuotas moderadoras y los copagos de tal manera que su aporte al sistema de salud se duplique durante el próximo cuatrienio. Esto es, que pase de representar un 0.99% de la UPC total liquidada a un 2.0%. Esto en el entendido que la adecuada distribución de los riesgos dentro del sistema requiere del aporte de todos los actores, dentro de los cuales los usuarios y pacientes parte crucial.

Para esto se propone la construcción de una tarifa gradual progresiva de cuotas moderadoras que se aplicarían sobre el ingreso base de cotización del afiliado o beneficiario. En la actualidad, el diseño es regresivo en cada uno de los estratos definidos. Así, un pago de \$4.700 representa el 0.33% del ingreso de un afiliado de salario mínimo y apenas la mitad de un afiliado con dos salarios mínimos. Este fenómeno se repite en los otros estratos y llega a ser más regresivo en las personas de altos ingresos.

La tarifa deberá ser calibrada por Minsalud de manera tal que se calcule de manera personal con base en el IBC y logre el objetivo de recaudo propuesto. Además se podrá pensar en esquemas bonus malus dependiendo de los hábitos de asistencia a citas y demás servicios de pacientes usuarios. Así, un paciente que incumpla de manera frecuente sus citas podría ser penalizado con una mayor cuota moderadora. En el caso de los copagos se propone algo similar, pero en este caso de deberá calcular una razón progresiva del copago por evento y ajustar los rangos y topes anuales de copago.

#### 4. **Definición de un plan básico explícito y actualización del mecanismo de exclusiones**

En Colombia, el Plan de Beneficios en Salud (PBS) evolucionó de un modelo de lista positiva, hacia un enfoque mixto con una lista negativa (Resolución 2292 de 2021, Decreto 441 de 2022). Esto significa que, salvo lo excluido explícitamente, todo lo demás se paga con recursos públicos vía UPC o Presupuestos máximos. La prospectiva de consumo y costo para el sistema presenta entonces enorme grado de incertidumbre además de favorecer la prescripción sin pertinencia y el abuso sobre el uso de ciertas innovaciones.

La propuesta estructural que se plantea supone adoptar una lista positiva con evaluaciones y guías clínicas para definir qué será cubierto con recursos públicos. Esta adopción no significa de manera alguna afectación sobre el registro sanitario y el ingreso de tecnologías no incluidas en la lista, que en todo caso pueden estar disponibles para quien las quiera y pueda pagar a través de gasto privado. Los estudios económicos dan cuenta de innumerables beneficios.

De un lado permiten una mayor transparencia y previsibilidad, al permitir que los ciudadanos y prestadores sepan con claridad qué está cubierto y bajo qué condiciones. Esto mejora la confianza en el sistema y reduce disputas judiciales o tutelas. Además, permiten un mejor control del gasto y de paso de la sostenibilidad del sistema de salud que hoy se encuentra amenazada. Al definir explícitamente las tecnologías financiadas según criterios de costo-efectividad, el sistema puede contener el gasto público y priorizar intervenciones de alto valor.

Los esquemas de lista definida permiten una mayor racionalidad técnica y científica de las decisiones en salud. Facilita la adopción de evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS/HTA) y decisiones basadas en evidencia científica, como los modelos NICE, CADTH o PBAC. Por último, favorecen una gestión y operación eficiente al mejorar los presupuestos, optimizar los procesos de compra logísticos, reducir la litigiosidad del sistema y mejorar los resultados en salud.

Desde el punto de vista de justicia distributiva, los esquemas de lista definida mitigan los problemas de racionamiento implícito. El racionamiento implícito en salud es un efecto del desfinanciamiento crónico, la ilimitación del plan de beneficios y la excesiva litigiosidad del sistema que privilegia el uso de los recursos de algunos usos sobre otros, sin que existan razones técnicas o clínicas que las sustenten. En la práctica supone una limitación en el acceso a servicios, tecnologías o tratamientos sin que exista una regla explícita, pública o formal que lo establezca.

Algunas expresiones del racionamiento implícito son las listas de espera prolongadas para ciertos procedimientos y citas, las barreras administrativas injustificadas, decisiones clínicas subóptimas, falta de disponibilidad de especialistas o tecnología en ciertas regiones, etc. En estos casos, el paciente no sabe explícitamente que existe una política de exclusión, pero enfrenta obstáculos que en la práctica limitan el acceso.





**3**

**Fortalecimiento del  
Aseguramiento en salud.  
Propuestas para su  
modernización**



## 1. Aseguramiento solidario 2.0

Se requiere de un nuevo esquema de aseguramiento solidario que permita una mejor gestión y distribución del riesgo financiero del sistema. En este sentido es necesario avanzar en esquemas de riesgo compartido entre la Nación y los aseguradores y entre estos y los prestadores, proveedores, usuarios y pacientes de manera que el riesgo se disperse entre los distintos actores del sistema y no se concentre en uno solo de ellos como ocurre en la actualidad, facilitando crisis sistémicas.

### 1.1. Esquema de riesgo compartido entre la Nación y las EPS

Para el caso de la Nación y las aseguradoras, se dispondría de un mecanismo condicionado que permite compartir el riesgo financiero sistémico, evitar la concentración del riesgo técnico y moral, ahorrar los excedentes que genere el sistema, garantizar la protección financiera de las familias y la atención de usuarios y pacientes. El esquema deberá alinear los incentivos de los distintos actores, de manera que permitan el mejor uso de los recursos del aseguramiento y los mejores resultados y desenlaces en salud.

El mecanismo se compone de una serie de límites cuantitativos que permiten compartir los riesgos y los excedentes financieros de los ejercicios anuales. Así, por ejemplo cuando la siniestralidad agregada del sistema esté muy por encima de cierto límite definido previamente, se compartirá ese exceso de gasto entre la Nación y las EPS. En caso contrario, cuando la siniestralidad permita generar excedentes, los mismos serán compartidos. Parte de estos excedentes podrán ser utilizado además en un fondo de ahorro y estabilización del sistema.

El mecanismo de riesgo solidario se encuentra condicionado a un ejercicio actuarial, financiero y epidemiológico que permita medir la variabilidad de la siniestralidad combinada de cada EPS respecto del total del sector y a los resultados en salud. De esta manera, aquellas EPS que se alejen de los resultados medios del sistema, por motivos relacionados con la inadecuada gestión del riesgo en salud y financiera, no podrán acceder a él. Al contrario, aquellas EPS que se alejen de los promedios del sistema, en razón a causas no asociadas a su gestión podrán acceder a las coberturas del mecanismo.

En la práctica, el mecanismo de aseguramiento solidario será compartido entre la Nación y las EPS tomando como indicador la siniestralidad técnica, previo estudio técnico conjunto de resultados en salud en salud que habilite y descarte a las EPS susceptibles de acceder al mecanismo, de la siguiente manera:

- Si la siniestralidad técnica supera el 100%, el exceso de siniestralidad será asumido integralmente por la Nación
- Si la siniestralidad técnica se encuentra entre el 95% y el 100%, los costos que superen el 95% serán asumidos en proporciones iguales entre las EPS y la Nación.

- Si la siniestralidad técnica se encuentra entre el 91% y el 95%, las utilidades del tramo serán apropiadas por partes iguales entre la Nación y las EPS.
- Los excedentes que se generen por siniestralidades inferiores al 91% irán directamente y en proporciones iguales a un fondo de estabilización del sector salud, en un sistema de cuentas separadas para la Nación y cada EPS.

Los recursos que corresponden a la participación de la Nación en las utilidades generadas del tramo tres (siniestralidad 91%-95%) también podrán ir al fondo si así lo determina el Gobierno Nacional. Los demás recursos excedentarios del ejercicio contable se causarán como utilidades contables. En ningún caso la utilidad de las aseguradoras podrá ser superior al 4% del valor de la UPC.

La propuesta supone además la creación de una Comisión Técnica Independiente conformada por tres expertos, provenientes de las asociaciones de actuarios, facultades de finanzas y de epidemiología, quienes se encargarán del diseño e implementación del mecanismo de aseguramiento solidario. La Comisión actuará como órgano consultivo de la Comisión de Beneficios Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento en Salud, quien tomará las determinaciones en la materia.

La medición del indicador de siniestralidad combinado y del conjunto de indicadores de salud que se determinen, se hará semestralmente y servirá como base para la habitación de las EPS al mecanismo, así como la determinación de los pagos o excedentes que correspondan. En el caso que los costos superen los ingresos, la Nación contabilizará un pasivo contingente que deberá cancelar durante el semestre siguiente. Cuando se generen excedentes, los recursos serán girados al fondo de estabilización durante el trimestre siguiente.

## 1.2. Esquema de riesgo compartido entre EPS y prestadores y proveedores

El modelo de aseguramiento solidario 2.0 también requiere de esquemas de dispersión del riesgo entre aseguradores y prestadores. En este sentido se requiere de ajustes a la normatividad vigente. En particular del Decreto 441 de 2022 que regula los “acuerdos de voluntades” entre las entidades responsables de pago (EPS, entidades adaptadas, ARL, etc.), los prestadores de servicios de salud (IPS, profesionales, transporte de pacientes, etc.) y los proveedores de tecnologías en salud (laboratorios, distribuidoras, dispositivos médicos, etc.).

El decreto regula los aspectos generales de los acuerdos de voluntades en las etapas precontractual, contractual y poscontractual, e incluye mecanismos de protección al usuario. Dentro de la fase contractual, los acuerdos incluyen las modalidades de pago que pueden pactarse: pago individual por caso, pago global prospectivo, capitación, pago por evento y modalidades mixtas, así como los indicadores mínimos de calidad, gestión, resultados en salud que permitan monitorear cumplimiento del contrato.

La propuesta de ACEMI va en el sentido de promover modalidades de contratación que cedan el riesgo desde el asegurador hacia el prestador, como lo son el pago global prospectivo, los grupos relacionados de diagnóstico, la capitación y los contratos con pagos atados a resultados y desenlaces en salud. La regulación debería contemplar una fracción obligatoria y creciente de este tipo de contratación, partiendo de una base inicial que debe ser resultado de un cálculo técnico y proyectarlo hasta un límite que debería pactarse en conjunto entre los actores. Para este tipo de modalidades prospectivas de contratación se debe desarrollar una nota técnica que explique la metodología de cálculo, los supuestos, riesgos, mecanismos de ajuste, etc.

La profundización de este tipo de modelos de contratación requiere la generación de nuevas capacidades en los prestadores, además de la imposición de nuevas reglas relacionadas como el aseguramiento como el manejo de reservas técnicas por parte de las IPS y PTS. Para ello se requiere de un acompañamiento continuo y minucioso por parte de las aseguradoras y un esquema de “cogestión” que permita mejorar los procesos y resultados en salud, al tiempo que se distribuye el riesgo financiero.

## 2. Reingeniería de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

El cálculo de la UPC requiere ajustes para garantizar la suficiente y correcta distribución de los recursos del sistema. El primero de ellos relacionado con la necesidad de incluir ajustes ex ante vinculados con la condición de salud de las personas. Esto es, que las personas con ciertas patologías (cáncer, diabetes, enfermedad renal crónica, VIH, etc.) sean reconocidas con una prima de riesgo mayor que la población sana. También se podría pensar en ajustadores de algunas condiciones de riesgos como el sobrepeso o el tabaquismo.

En la actualidad, los ajustadores de la UPC se limitan a la edad, el sexo, la ubicación y el régimen de los grupos de riesgo y no incorporan la mayor fuente de variabilidad en los gastos que está determinada por la condición de salud de cada persona. En este caso, por ejemplo, dos mujeres de 60 años en Cali, afiliadas al régimen subsidiado reciben la misma UPC, aun cuando una presente una condición en salud relacionada con la diabetes y la otra no. Se requiere por tanto el ajuste previo de los recursos por condición de riesgo para garantizar la adecuada atención de una y otra.

La magnitud del ajuste seguirá una metodología que identifique y cuantifique las diferencias en los costos de atención para cada aseguradora respecto de las demás, así como indicadores de gestión y resultados que serán condicionantes para su reconocimiento con el fin de evitar el riesgo moral desde el aseguramiento.

El ajuste previo para ciertas condiciones de riesgo debe complementarse con un ajuste posterior, para otro conjunto de patologías, que permita la corrección de desviaciones de siniestralidad. En este caso, podría hacerse uso del conocimiento y capacidades desarrolladas por la Cuenta de Alto Costo en la identificación seguimiento, auditoría y compensación de estos casos.

Debe existir así mismo la posibilidad de realizar ajustes ex post de la UPC en caso de desviación de las variables macroeconómicas y actuariales observadas frente a las previsiones iniciales del cálculo. En los años 2022, 2023 y 2025 por ejemplo, los supuestos de inflación con los que se hizo el cálculo inicial de la UPC estuvieron muy por debajo de las inflaciones efectivamente causadas, lo que conllevó a un desmedro del valor real de los recursos reconocidos.

Además, el cálculo requiere un mayor detalle de los ajustadores de riesgo actuales. Es decir que debería avanzarse en una UPC por edades simples a nivel de municipio. En la actualidad existen 14 grupos etarios distintos con población heterogénea al interior de cada uno. Tal es el caso de la categoría que contiene mujeres y hombres entre los 19 y 44 años, lo que permite una enorme variabilidad de los riesgos individuales dentro de un mismo rango etario.

En este mismo sentido, se debe avanzar en ajustes instantáneos en el cálculo de la UPC haciendo uso de la información electrónica provenientes de la facturación electrónica y de otros componentes del SIIFA. Estas herramientas electrónicas proveen información en tiempo real de la facturación y la siniestralidad del sistema servirían de insumo para un ajuste técnico y oportuno.

Por último, se requiere de junta técnica independiente, integrada por miembros de la academia, formados en ciencias actuariales y de la salud que elaboren el cálculo y lo presenten a las autoridades encargadas de su determinación. Este cálculo deberá contrastarse con el realizado por el Ministerio de Salud y servirá de fundamento para el ajuste de la prima de riesgo.

### 3. Integración vertical condicionada a resultados

El régimen regulatorio de la integración vertical debe ser revisado y ajustado. Las normas vigentes, son a juicio de ACEMI inconvenientes e incompatibles en el propósito de mejorar los resultados de salud y optimizar los recursos disponibles del sistema de salud. En la actualidad, la normatividad cuenta con dos disposiciones contenidas en la Ley 1122 de 2007. La primera de ellas establece que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud, independientemente del régimen y nivel de complejidad. La segunda estipula que las EPS del régimen subsidiado contratarán obligatoriamente un 60% de su gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado siempre y cuando exista la correspondiente capacidad resolutoria.

Es decir que la regulación aplica un doble rasero. De un lado, impone un techo para la contratación con la red propia, y del otro, establece un piso para la contratación con la red pública para las EPS del régimen subsidiado. En el primer caso, se limita la prestación de servicios a través de redes propias, en el entendido de que la figura, aunque plausible, debe acotarse dados los problemas que supone su generalización. En el segundo, se obliga a contratar al menos un 60% de los servicios con la red pública, concediendo cierto privilegio a este tipo de instituciones y entendiendo este arreglo como virtuoso por su propia naturaleza, sin consideración adicional alguna.

Ninguna de las disposiciones guarda relación con los objetivos del sistema de salud, o al menos no de manera directa. En este sentido, no es entendible porque, por ejemplo, los afiliados del régimen subsidiado deben atender instituciones públicas en mayor medida que aquellos del régimen contributivo. No es claro si la red pública puede garantizar una mejor atención, mejores resultados en salud y un uso más eficiente de los recursos que las redes particulares o integradas verticalmente.

Dicho lo anterior, debería establecerse un nuevo conjunto de reglas para la integración vertical, empezando con la eliminación de la distinción entre regímenes. Debería por tanto derogarse la regla de la contratación del 60% del régimen subsidiado y establecerse un mismo umbral para ambos regímenes, que podría ser el 30% o el 40% del gasto en salud. De esta manera se garantizaría un mínimo de contratación para la red pública dada la naturaleza societaria de las EPS que atienden el régimen subsidiado.

A lo anterior se debe sumar, un conjunto de condiciones que permitan alinear la figura a los objetivos que persigue el sistema de salud. En este sentido, ACEMI plantea un esquema de seguimiento de indicadores de desempeño de la integración vertical en las dimensiones de calidad, eficiencia y resultados en salud. De esta manera, si la integración vertical se traduce en mejores y más oportunos servicios de salud, en ahorro de recursos y en una población más sana, comparada con contrataciones de instituciones prestadoras externas, sería procedente la contratación de la red propia dentro de los límites establecidos.

La integración vertical en salud tiene múltiples ventajas. En primera medida favorece la coordinación y la eficiencia operativa. Cuando una entidad controla distintas fases de la gestión integral en salud (aseguramiento, red de prestación y proveedurías) puede reducir la fragmentación en la atención de los usuarios, agilizar procesos administrativos como autorizaciones, pagos y referencia de pacientes. Además, permite optimizar el uso de recursos, evitando duplicación de servicios o exámenes innecesarios.

La integración también es valiosa en la reducción de costos y un mayor control financiero. Al tener una red propia de prestación de servicios se generan ahorros en la estructuración y seguimiento a contratos externos, se controlan mejor los costos de insumos, medicamentos y procedimientos y se evitan sobre costos o fugas de recursos que suelen presentarse con múltiples contratistas. Adicionalmente, la integración vertical ha permitido desarrollar modelos de prestación de servicios para condiciones que inicialmente no se encontraban en la red externa. Esto genera mayor sostenibilidad económica del sistema, especialmente útil en modelos solidarios como el colombiano.

A lo anterior se suma la posibilidad de estandarizar protocolos clínicos y administrativos, monitorear directamente la calidad de los servicios prestados, implementar sistemas de información unificados, tecnologías propias (telemedicina, historia clínica electrónica, analítica de datos) que facilitan la trazabilidad de pacientes y la evaluación de resultados. En Colombia, existen además vastos territorios donde la oferta y disponibilidad de servicios es insuficiente, por lo que la integración vertical constituye una posibilidad de atención oportuna para esas comunidades.

La literatura internacional, evidencia que algunos planes de salud integrados verticalmente entre aseguradores y prestadores del programa Medicare en Estados Unidos, mejora la percepción del servicio, la entrega de medicamentos, la oportunidad en las citas, la calidad percibida, la comunicación con el paciente y la coordinación en la atención.<sup>11</sup>

En el caso colombiano, el estudio de suficiencia de la UPC para el año 2025 elaborado por el Ministerio de Salud permite evidenciar que el costo de la consulta externa de una EPS sin integración vertical como Nueva EPS es cercano a los \$42 mil pesos, mientras que para un par EPS que cuentan con red propia dicho costo es de \$16 mil pesos y \$30 mil pesos respectivamente. Es decir, ahorros de entre el 28.6% y 61.9% en el valor de las consultas externas de seguimiento que representan a su vez cerca de un 10% del total del gasto en salud.

Los argumentos y los hechos parecieran indicar que la integración vertical en salud promueve la eficiencia en el uso de los recursos de salud. Sin embargo, se pueden presentar situaciones en las que exista un abuso de la figura, limitado la competencia, privilegiando pagos y pagando precios por encima de los del mercado a la red propia. Por esta razón, se condiciona este arreglo a los resultados financieros y de salud. De manera que por ejemplo, si el costo de un servicio se encuentra por encima de la media del mercado, la EPS en cuestión no pueda contratar verticalmente estos servicios. Lo mismo ocurriría, por ejemplo, si el nivel de satisfacción de los usuarios se encuentra por debajo del promedio del resto de la población. En todo caso, el diseño y la implementación de estos indicadores de desempeño estaría a cargo del Ministerio de Salud y bajo la inspección y vigilancia de la Superintendencia de Salud.



<sup>11</sup>Journal of American Medical Association. Vertical Integration and Care Experiences Among Medicare Advantage Beneficiaries. Gerónimo Bejarano, MPH1; Andrew Ryan, PhD1; Amal Trivedi, MD, MPH1



**4**

# Medidas para mejorar las condiciones de salud de la población



### 1. Gestión integral del riesgo, más allá de la atención propia en salud

Durante hace décadas se reconoce que la salud de las poblaciones está determinada en gran medida por las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como por fuerzas estructurales que conforman las condiciones de la vida cotidiana. En consecuencia, alcanzar el mayor nivel posible de salud y bienestar requiere intervenir sobre estos determinantes, lo cual trasciende las competencias del sector salud y obliga a reforzar y reorientar los mecanismos de acción intersectorial y transectorial tanto a nivel nacional como territorial.

En este marco, se propone organizar la acción en tres frentes complementarios. El primero tiene una vocación de mediano y largo plazo orientada a transformar la visión, la organización y la capacidad estatal para gestionar los determinantes sociales de la salud de forma vinculante. Los dos frentes restantes corresponden a acciones de corto y mediano plazo que permiten avanzar simultáneamente en el fortalecimiento de la gestión desde la atención propia en salud y en la articulación social e intersectorial para una gestión integral del riesgo centrada en la persona y su contexto.

En primera instancia, persisten falencias en la formulación y ejecución de planes de acción de largo plazo que involucren de manera efectiva a los diferentes sectores del Gobierno nacional y de los gobiernos territoriales. Esta debilidad se expresa en un fenómeno recurrente: servicios sociales que deberían ser provistos por otras carteras terminan siendo asumidos por el sector salud y financiados con recursos de la salud, con efectos negativos sobre la sostenibilidad y, sobre todo, sobre la efectividad de las intervenciones. En este sentido, resulta prioritario evaluar el funcionamiento y la efectividad de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP), creada en 2014, como espacio de coordinación y seguimiento de acciones sobre determinantes sociales en el marco del Plan Decenal de Salud Pública. Con base en dicha evaluación, deberá definirse su reestructuración, la adopción de planes de acción con compromisos verificables y, cuando corresponda, vinculantes para los sectores responsables, así como un esquema de seguimiento, rendición de cuentas y consecuencias por incumplimiento, con indicadores trazadores y metas por territorio.

En segunda instancia, el fortalecimiento de la gestión integral en salud desde un enfoque de Atención Primaria en Salud sigue siendo un componente importante para asegurar el continuo de la atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación) sin generar rupturas que comprometen los resultados en salud. Este fortalecimiento exige cerrar brechas estructurales del sistema en disponibilidad y distribución del talento humano idóneo, consolidación de redes de prestación con capacidad resolutoria bajo estándares homogéneos de calidad y oportunidad, disponibilidad de tecnologías en salud (incluyendo medicamentos) y mecanismos operativos que aseguren continuidad y seguimiento longitudinal.

Dado el carácter urgente de estos retos, se propone que el Gobierno nacional impulse de manera inmediata un plan de acción sectorial con metas progresivas y mecanismos de seguimiento periódico, que incluya, como mínimo, un nuevo abordaje de comunicación y educación en salud orientado a decisiones informadas y corresponsabilidad ciudadana, con mensajes segmentados por curso de vida y riesgo; una evaluación rigurosa del cumplimiento de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, identificando barreras, brechas de cobertura y fallas de implementación para construir un plan de mejoramiento con metas móviles y trazadores por territorio y asegurador; y la consolidación de redes de servicios de salud por niveles de complejidad mediante fortalecimiento de capacidades territoriales, inversión inteligente y alianzas público-privadas, expandiendo la telesalud articulada con centros regionales y nacionales de referencia, fortaleciendo el transporte asistido y estableciendo procesos de formación continua y soporte técnico para el talento humano, especialmente en territorios con baja oferta.

Finalmente, la tercera instancia busca conectar de forma sistemática a las personas con servicios sociales y apoyos no clínicos disponibles en la comunidad, de manera que la atención en salud se complemente con intervenciones que mejoran bienestar, adherencia y capacidad de autocuidado, y que abordan determinantes inmediatos como inseguridad alimentaria, violencia, salud mental comunitaria, empleo, vivienda, educación y cuidado. En este frente, se reconoce el avance de la ciudad de Bogotá a través del Modelo Más Bienestar como experiencia piloto susceptible de evaluación rigurosa para identificar resultados, condiciones habilitantes y lecciones de implementación, con el fin de adaptar y escalar un modelo de “prescripción social” o derivación social en el territorio nacional. Esta expansión debería incluir la definición de un portafolio mínimo de servicios sociales articulables, la formación del talento humano en salud para identificar necesidades sociales y activar rutas de derivación, el establecimiento de acuerdos intersectoriales con responsables y metas por territorio, y un sistema de información que permita seguimiento a la derivación, la efectividad del apoyo y su impacto en resultados en salud y uso de servicios.

## 2. Modernización y actualización del PAI

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una estrategia de salud pública impulsada por la Organización Mundial de la Salud desde 1974, cuyo objetivo principal es garantizar el acceso universal y gratuito a vacunas seguras y eficaces, especialmente en la niñez, pero también a lo largo de otras etapas de la vida. En Colombia fue adoptado en 1979 y es gratuito para toda la población, independiente de su capacidad de pago. Sus logros en la reducción de la mortalidad materno-infantil, la mortalidad prevenible y la discapacidad, así como en el aumento de la esperanza de vida, han sido notorios; en 1991, por ejemplo, se declaró la eliminación de la poliomielitis y en 2015 la de la rubéola congénita.

En la actualidad, el PAI nacional comprende 22 vacunas que protegen contra más de 27 enfermedades, aunque no todas alcanzan la misma cobertura ni tienen igual prioridad en cada territorio. Pese a sus logros, el programa

requiere una modernización inmediata para responder al cambio demográfico, al resurgimiento de enfermedades prevenibles y a la ampliación del portafolio de vacunas a lo largo del curso de vida. Desde el 2 de agosto de 2024, el país cuenta con un mandato legal para actualizar de manera permanente el PAI, incluyendo aspectos normativos, financieros, de incorporación de biológicos, información, cadena de frío, vigilancia, evaluación y talento humano; el primer paso en el corto plazo es traducir dicho mandato en instrumentos operativos con cronogramas verificables y responsabilidades claramente asignadas.

La actualización debe basarse en un enfoque de curso de vida que complemente la alta prioridad histórica en la primera infancia con estrategias dirigidas a adolescentes, gestantes, adultos con condiciones crónicas y personas mayores, en alineación con la Agenda de Inmunización 2030 y las orientaciones de la OPS para longevidad saludable. En términos prácticos, ello implica revisar el esquema nacional para incorporar o ampliar indicaciones como neumococo en personas de 60 años y más en todo el territorio, optimizar la vacunación contra el virus del papiloma humano más allá del ámbito escolar y evaluar la introducción de la vacuna contra herpes zóster en adultos mayores según carga de enfermedad y costo-efectividad, siempre bajo criterios técnicos transparentes.

La prioridad inmediata es alcanzar coberturas útiles y cerrar brechas territoriales. El país mantiene coberturas por debajo de las metas en biológicos trazadores; para 2024, la pentavalente en menores de un año se situaba entre 88 % y 89 % (según dosis), y el refuerzo de triple viral a los 18 meses alcanzó 87 %. Estos niveles están por debajo de los objetivos nacionales y comprometen el cumplimiento de los acuerdos sanitarios internacionales suscritos por Colombia. En consecuencia, el corto plazo debe concentrarse en la microplaneación nominal, las estrategias extramurales focalizadas y la eliminación de oportunidades perdidas de vacunación, con seguimiento público del avance. Asimismo, se requiere un paquete de acciones que permita converger hacia coberturas útiles de 95 % y elevar el desempeño de otros biológicos, como la influenza en adultos, cuyas coberturas se estiman alrededor del 30 % de la población objetivo, reflejando un desempeño insuficiente y la necesidad de metas y tácticas específicas para este grupo.

Por otro lado, los avances científicos han ampliado el espectro de vacunas disponibles para etapas posteriores del ciclo vital, lo que exige actualizar el enfoque tradicional centrado en la niñez. La modernización del PAI debe alinearse con las políticas de envejecimiento saludable, reconociendo que la vacunación en personas mayores contribuye a prevenir hospitalizaciones, pérdida funcional y complicaciones severas, favorece el envejecimiento activo y autónomo y reduce la carga económica para las familias y el sistema de salud.

En síntesis, el fortalecimiento del PAI es una necesidad inmediata para responder al cambio demográfico y al perfil epidemiológico actual: la transición de un programa predominantemente infantil hacia esquemas de inmunización a lo largo de la vida es inaplazable en un contexto de envejecimiento poblacional e inmunosenescencia. Ello implica, entre otras medidas ampliar la vacunación contra el VPH más allá de los 18 años cuando esté sustentado por la evidencia como parte de un enfoque preventivo integral.

En este sentido, además de actualizar los esquemas nacionales de vacunación, se requiere avanzar en la producción local de vacunas mediante alianzas público-privadas en condiciones de eficiencia, con transferencias tecnológicas graduales, asegurando el cumplimiento de buenas prácticas y contratos ancla que aseguren volumen y calidad. Se debe fortalecer el talento humano y su gestión operativa, garantizando disponibilidad de vacunadores y digitadores capacitados, planes de formación continua y despliegue priorizado en territorios de baja cobertura.

Es necesario unificar los sistemas de información nacionales y territoriales en un sistema nominal único e interoperable, accesible para todos los actores y funcional en contextos de baja conectividad, integrado con inventarios y cadena de frío para trazabilidad en tiempo real. Adicionalmente, se debe redefinir la cadena logística de suministro para asegurar la distribución oportuna y disponibilidad de biológicos en todo el país, con reposición basada en consumo real, rutas de última milla optimizadas y estándares homogéneos de almacenamiento y transporte.

Las estrategias de educación y comunicación deben modernizarse y ajustarse a la mejor evidencia disponible, con mensajes segmentados por grupos de edad y territorio, abordaje de desinformación y posicionamiento de la vacunación como práctica de autocuidado a lo largo de la vida.

Se deben implementar estrategias extramurales más eficientes y focalizadas para maximizar costo-efectividad, priorizando puntos de alta afluencia, unidades móviles, jornadas integrales y el uso de mapas de calor que identifiquen zonas de baja cobertura para intervención dirigida y establecer un plan de seguimiento, monitoreo y socialización estricto de la gestión y resultados del programa, información que debe ser de consulta pública dada la opacidad existente hoy día.

Finalmente, la modernización debe sustentarse en un esquema de financiamiento sostenible que reconozca el costo real del servicio de vacunación (operación, logística y gestión) con diferenciación para zonas rurales y dispersas. De igual forma, la adopción de nuevos biológicos trasciende la valoración técnica y requiere establecer, con responsabilidad fiscal, fuentes específicas y adicionales de financiación que permitan su implementación, escalamiento y sostenibilidad en el tiempo.

### 3. Actualización del PIC y gasto territorial con criterios de eficiencia

Colombia destina cerca de \$2.5 billones al gasto en salud pública territorial con cargo al Sistema General de Participaciones. A estos recursos se suman los aportados autónomamente por las entidades territoriales de fuentes propias o regalías, por lo que el gasto total podría sumar los \$3.0 billones al año. Estos cuantiosos recursos deberían ser empleados en intervenciones colectivas de salud pública que mejoren la salud de la población, en especial de los más pobres.

Sin embargo, existen dudas sobre la eficacia y efectividad de este gasto. Minsalud ha evidenciado que 2 de cada 3 pesos de salud pública se utilizan

en la contratación de personal, sin que existan indicadores o informes que permitan medir sus resultados e impactos. Tampoco existen estudios que permitan dilucidar los gananciales en salud y equidad que se derivan de acciones las demás acciones de salud pública.

Por esta razón se requiere la modernización del Plan de Intervenciones Colectivas contenido en la Resolución 1597 de 2025 de conformidad con la mejor evidencia disponible, de manera tal que se consiga el máximo valor en salud por cada peso invertido. Así mismo, es necesaria la coordinación y concurrencia entre las acciones colectivas allí contenidas, los recursos dispuestos para este fin y las coberturas del aseguramiento individual contenidas en el PBS. De allí que se debe la importancia de constituir una instancia territorial en la que participen EPS y entidades territoriales con el objetivo de coordinar esfuerzos y recursos.

#### 4. Política nacional para el control del cáncer

En el 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología, formuló el Plan Decenal para el Control del Cáncer (PDCCC) 2012-2021<sup>12</sup>, en respuesta a la creciente carga del cáncer en el perfil epidemiológico del país. El plan se estructuró en seis líneas estratégicas: 1. Control del riesgo (Prevención Primaria); 2. Detección temprana de la enfermedad; 3. Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer; 4. Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer; 5. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer; y, 6. Formación del Talento Humano.

El seguimiento y evaluación del PDCCC realizado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP)<sup>13</sup>, a corte del 2021, evidenció un nivel de avance medio. Entre los principales hallazgos se destacó que, si bien el cáncer ya hacía parte de la agenda pública en salud en 2010, la formulación del plan permitió un desarrollo normativo significativo, consolidando un enfoque integral, temporal y multi-profesional del abordaje. No obstante, se identificó que la simultaneidad en la formulación y aprobación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 y del PDCCC dificultó la apropiación territorial de este último.

Como resultado, la primera recomendación estratégica derivada de la evaluación institucional y operativa fue *“incluir un componente para el control del cáncer dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 y no formular otro”*. En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social incorporó en el PDSP 2022-203 (Resolución 2367 de 2023) metas prioritarias relacionadas con la atención del cáncer. Sin embargo, este plan no contempla ejes o líneas estratégicas específicas orientadas al control del cáncer.

---

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, & Instituto Nacional de Cancerología. (2012). Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf> <sup>13</sup> Departamento Nacional de Planeación. (2023). Realizar una evaluación institucional y de operaciones del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. Producto 5. Informe de recomendaciones de la evaluación. [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Eval\\_institucional\\_operaciones\\_plan\\_decenal\\_conbtrol\\_cancer\\_colombia\\_2012\\_2021\\_Infografia\\_Resumen\\_ejecutivo.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Eval_institucional_operaciones_plan_decenal_conbtrol_cancer_colombia_2012_2021_Infografia_Resumen_ejecutivo.pdf)

## § Medidas para mejorar las condiciones de salud de la población

Adicionalmente, en julio de 2024 se definió un plan de choque para el fortalecimiento de las acciones dirigidas al control del cáncer en Colombia (Circular conjunta externa 10 de 2024), el cual establece cinco componentes de intervención: 1. Organización de la red de servicios en salud; 2. Fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud; 3. Programa de aseguramiento de la calidad; 4. Información, educación y comunicación; y, 5. Seguimiento y monitoreo.

A pesar de estos avances, el cáncer continúa representando un problema creciente de salud pública, siendo la segunda causa de muerte en el país, después de las enfermedades cardiovasculares. Se proyecta que los casos incidentes aumenten en un 77,7% hacia 2045, según estimaciones del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), lo cual constituye un desafío de gran magnitud para el Sistema de Salud.

Por lo anterior, se considera pertinente priorizar un Plan Decenal para el Control del Cáncer, que recoja las experiencias aprendidas del periodo anterior, reconozca los avances y aborde las brechas persistentes. Este plan debe constituirse en una hoja de ruta de política pública con mecanismos de seguimiento y evaluación permanentes, sustentada en el fortalecimiento del Observatorio Nacional de Cáncer, a cargo del Instituto Nacional de Cancerología. Dicho Observatorio se deberá consolidar como un escenario estratégico para la gestión del conocimiento sobre el cáncer, mediante la adquisición, consolidación, generación, difusión y uso de información y evidencia, promoviendo la articulación intersectorial y la participación de actores clave para el control integral del cáncer en el país<sup>14</sup>.



<sup>14</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Lineamiento técnico operativo para la construcción, gestión y evaluación de los observatorios de salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/lineamiento-tecnico-operativo-observatorios-salud.pdf>



# Medidas para la gestión intersectorial y los determinantes de la salud



### 1. Fondo de determinantes sociales de la salud (FDSS)

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones de contexto y lugar en los que viven las personas que influyen de manera decisiva en su salud, bienestar y calidad de vida. No se refieren solo a factores médicos o biológicos, sino a todo el entorno social, económico, cultural y ambiental que rodea a las personas. La educación, el acceso al trabajo, los ingresos, la vivienda, el acceso al saneamiento básico, servicios públicos domiciliarios y factores ambientales son determinantes de la salud y bienestar de las personas.

El Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) mostró que la mayor parte de las diferencias en salud entre países y dentro de un mismo país no se deben a la biología, sino a condiciones sociales desiguales. Por ejemplo, la esperanza de vida podía variar más de 40 años entre países de altos y bajos ingresos. Además, dentro de un mismo país, los grupos más pobres vivían 7 a 10 años menos que los más ricos.

En este sentido, se propone la creación de un fondo que permita atender las necesidades de las poblaciones vulnerables desde la perspectiva de la salud pública de los determinantes sociales. Este fondo podría ser administrado por Findeter o por el Departamento Nacional de Planeación a través de Fonade. Se financiaría con recursos del Presupuesto General de la Nación. Inicialmente se enfocaría en proyectos de saneamiento básico, alcantarillado, electricidad y mejoramiento de vivienda.

Las entidades territoriales postularán los proyectos de inversión a la entidad administradora. Estos serán priorizados y seleccionados por el Comisión Intersectorial de Salud Pública reglamentada en el decreto 1005 de 2022 quien escogerá los proyectos que generen mayores ganancias en salud. La ejecución estará a cargo de las entidades territoriales, quienes administrarán los recursos a través del mecanismo de fiducia. La escogencia de los proyectos debe garantizar la sostenibilidad y operación de los proyectos en el tiempo.

El presupuesto inicial del Fondo podría ser de \$1.0 billón de pesos y estaría dirigido a aquellas regiones con mayor índice de pobreza multidimensional, peores resultados de salud pública o a municipios PDET creados por el Acuerdo de Paz de 2016 (Reforma Rural Integral).

### 2. Abordaje integral del sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema de salud pública creciente, asociado al aumento del riesgo de diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, varios tipos de cáncer y trastornos osteoarticulares y reproductivos, con efectos adicionales sobre el sueño, la movilidad y la calidad de vida. Las cifras globales dimensionan la urgencia, para el 2022, alrededor de 2.500 millones de adultos, el 43% de la población adulta, frente al 25% en 1990, tenían sobrepeso (más de 890 millones eran obesos); en niños y adolescentes de 5 a 19 años se estimaron 390 millones con exceso de peso, con un aumento de 8% en 1990 a 20% en 2022<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)

Por su parte, la OCDE, en 2019, proyectó que cerca del 60% de los casos nuevos de diabetes serían atribuibles al sobrepeso en las próximas décadas, así como el 18% de las enfermedades cardiovasculares, el 11% de las demencias y el 8% de los cánceres, con un impacto económico agregado de USD PPP 425 mil millones anuales entre 2020 y 2050 para 52 países y una disminución de productividad equivalente a 54 millones de trabajadores a tiempo completo. Para Colombia, ese mismo ejercicio estimó que el sobrepeso y la obesidad representarían, en promedio, el 6% del gasto total anual en salud en el periodo 2020–2050<sup>16</sup>. A nivel interno, aunque la línea base oficial más reciente es la ENSIN 2015, ya mostraba prevalencias preocupantes, evidenciando exceso de peso en 56,5% de adultos de 18 a 64 años, 24,4% en niños de 5 a 12 años y 17,9% en adolescentes de 13 a 17 años<sup>17</sup>. La ausencia de mediciones actualizadas, comparables y oportunas limita hoy la capacidad de evaluar el progreso y la efectividad de las políticas implementadas.

La política gubernamental propuesta se sustenta en un enfoque de curso de vida, territorial y de equidad, y consolida tres planos de intervención que se refuerzan mutuamente. En primer lugar, gobernanza, información y evaluación; siendo prioritario actualizar la línea base nacional mediante encuestas y sistemas de vigilancia que produzcan series comparables por territorio y grupo etario, unificar definiciones e indicadores y publicar tableros abiertos que conviertan los datos en inteligencia para decidir. La evaluación independiente, periódica y orientada a impacto sanitario, equidad y costo-efectividad permitirá ajustar la actuación y rendir cuentas con transparencia.

En segundo lugar, protección efectiva de la niñez y adolescencia y entornos escolares saludables. Se propone un marco normativo que limite la publicidad de ultraprocesados “alto en” dirigida a menores en televisión, plataformas digitales y puntos de venta, con reglas claras sobre franjas, formatos y contenidos. Paralelamente, se consolidan programas escolares multicomponentes de carácter obligatorio que integren educación alimentaria y nutricional con participación de familias, regulación de la oferta en tiendas y comedores, disponibilidad de agua segura y espacios activos dentro y alrededor de los establecimientos educativos oficiales y no oficiales. La escuela se ratifica como eje de prevención desde edades tempranas, con metas de cumplimiento y monitoreo periódico del estado nutricional para orientar refuerzos donde sean necesarios.

En tercer lugar, ciudades y territorios saludables. La inversión en infraestructura cotidiana para la actividad física (andenes seguros, ciclorrutas con conectividad real, parques de barrio y entornos escolares seguro) avanza en paralelo con programas comunitarios que integran actividad física, salud mental y convivencia con financiamiento del Fondo de determinantes sociales de la salud (FDSS).

---

<sup>16</sup> OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>. <sup>17</sup> MSPS, INS e ICBF (2015), *Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN 2015*, Repositorio Institucional Digital del MSPS, Bogotá, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ensin-2015.pdf>

La estrategia de promoción y prevención incorpora el tamizaje, la consejería breve y el seguimiento del exceso de peso con rutas interdisciplinarias para comorbilidades (diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias y salud mental) y facilita el acceso ordenado a intervenciones en salud siempre con seguimiento longitudinal y soporte psicosocial. La articulación con agricultura, educación y desarrollo social permite cadenas cortas de abastecimiento, compras públicas a productores locales y medidas específicas para hogares en inseguridad alimentaria, de manera que el entorno facilite elecciones saludables y no las obstaculice.

### 3. Política integral de envejecimiento y vejez

Una política integral del envejecimiento y vejez debe garantizar que todas las personas mayores puedan envejecer con dignidad, autonomía, seguridad económica, bienestar integral y participación plena en la sociedad, mediante un sistema articulado de protección social, salud y cuidados.

La política debe atender varias dimensiones. La primera es la de promover su autonomía personal y social. La segunda tiene que ver con su seguridad económica, a través de un sistema pensional universal que incluya mecanismos no contributivos de protección a la población mayor pobre. La seguridad financiera también implica el desarrollo de entornos y ecosistemas que permitan la inclusión de la población mayor de edad al mundo laboral y de los negocios, así como de políticas que promuevan el ahorro como mecanismo de protección en la vejez.

La tercera dimensión es la de atención en salud y cuidado. En el tema de atención en salud es clave desarrollar un modelo centrado en la persona mayor, el manejo de multimorbilidad y enfermedades crónicas, la formación de geriatría y gerontólogos y la implementación de rutas integrales. Así mismo se requiere el desarrollo de programas que promuevan el envejecimiento saludable, la prevención de soledad y aislamiento, programas culturales y recreativos y redes comunitarias de apoyo. En el componente de cuidado, se debe desarrollar una institucionalidad mixta que complemente los esfuerzos familiares y comunitarios, la puesta en marcha de modelos diferenciales para la población atendida, programas de formación profesional y tecnología de cuidadores y esquemas de reconocimiento y pago a los cuidadores.

En los temas de entorno y vivienda se requiere de programas de adecuación del hogar, transporte accesible y ciudades amigables con las personas mayores. Empleo se requieren políticas contra discriminación por edad, políticas de flexibilización laboral y retiro gradual, capacitación digital y promoción.

Dicho lo anterior, se requiere de un esquema gobernanza y articulación intersectorial, que para el caso colombiano podría estar en cabeza del Departamento Administrativo de Prosperidad Social. Como cabeza de la política integral de atención a la vejez, esa entidad sería la encargada de desarrollar la política pública, coordinar los esfuerzos a nivel gubernativo y demás grupos de interés, en especial con las asociaciones de personas mayores de edad. Se deben establecer instancias de coordinación entre el DPS y ministerios como los de salud, trabajo, vivienda cultura, deporte, entre otros.

Se requeriría así mismo sistema de información sobre el envejecimiento, así como un esquema de seguimiento monitoreo y evaluación que puedan dar cuenta del cumplimiento de las metas propuestas.

Entre los temas prioritarios para el sector salud se encuentra la redefinición de la de ciertos servicios y tecnologías que actualmente son financiados con presupuesto del sector y que deberían pasar a ser responsabilidad de otras/entidades, como lo es el caso de los cuidadores, transportes y albergues para pacientes y acompañante, pañales y alimentos de propósito medico especial.

### 4. Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud ha advertido que los trastornos mentales representan una carga creciente para los sistemas de salud y para el desarrollo social. En Colombia, la atención por diagnósticos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento ha venido en aumento, lo que confirma que se trata de una prioridad sanitaria y social que exige una respuesta sostenida del Estado.

La salud mental no depende únicamente de la oferta de servicios clínicos. Está determinada por las condiciones en que las personas nacen, crecen, estudian, trabajan, cuidan y envejecen. Factores como la pobreza, la violencia, la desigualdad, el conflicto, la incertidumbre económica y las emergencias sanitarias o ambientales incrementan el riesgo de afectación en salud mental y profundizan las brechas territoriales y poblacionales.

Colombia cuenta con un marco normativo reforzado a partir de la Ley 1616 de 2013, modificada por la Ley 2460 de 2025, así como con la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033. El reto ya no es únicamente normativo: el desafío principal es convertir ese marco en capacidades reales de implementación, articulación intersectorial, resolutivez territorial y seguimiento de resultados. Para lo cual, se proponen cuatro líneas de acción que permiten ordenar el accionar para los próximos cuatro años.

En primera instancia, es necesario realizar una evaluación nacional de implementación de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033, con el fin de identificar avances, brechas, cuellos de botella y diferencias territoriales. Esta evaluación debe alinearse con los cambios introducidos por la Ley 2460 de 2025, de manera que el país cuente con una hoja de ruta actualizada, operativa y financieramente viable. A partir de ese ejercicio, será posible definir metas de corto, mediano y largo plazo, acompañadas de indicadores de proceso y resultado, con énfasis en las poblaciones y territorios con mayores riesgos y menores capacidades institucionales. Las políticas no pueden ser estáticas, sino deben adaptarse al contexto y ante los procesos de evaluación, permitiendo cumplir con los objetivos planteados sin retrasos por falta de acción.

En segunda instancia, hay que reconocer que el fortalecimiento de la respuesta en salud mental requiere una estrategia continua de formación y asistencia técnica liderada por las entidades territoriales, con participación de las EAPB, las IPS, las redes comunitarias y otros actores locales es fundamental. Esta estrategia debe fortalecer tanto las competencias del talento humano especializado como las del personal no especializado, que cumple

un papel clave en la promoción, la detección temprana, la orientación inicial y el seguimiento comunitario. Al mismo tiempo, es necesario diseñar incentivos económicos y no económicos que mejoren la estabilidad, la permanencia y la distribución del talento humano en salud mental, especialmente en zonas rurales, dispersas y territorios con mayor rezago. De manera complementaria, debe definirse una ruta de trabajo entre el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y las instituciones de educación superior para cerrar brechas de formación en psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y otros perfiles requeridos para lograr una atención integral más allá de la atención clínica.

En tercera instancia, se hace imperativo trascender de la atención en el contexto clínico a una atención integral en salud mental que incorpore acciones complementarias con un enfoque biopsicosocial y comunitario e incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral, educativa y en actividades culturales, físicas, deportivas y/o recreativas. Para cumplir con este planteamiento que se encuentra desde la Ley, es importante recordar la tercera iniciativa de fortalecimiento de la Gestión del Riesgo en Salud, que corresponde a la prescripción social. Acompañamiento del desarrollo de los programas de apoyo sociales y comunitarios por parte de las diferentes carteras sectoriales que confluyen para tal fin.

En tercera instancia, es necesario superar una respuesta centrada exclusivamente en el tratamiento clínico para avanzar hacia una atención integral en salud mental, con enfoque biopsicosocial y comunitario. Esto supone reconocer que el bienestar y la recuperación de las personas dependen no solo de la atención en salud, sino también de sus vínculos familiares, su trayectoria educativa, sus oportunidades laborales y sus posibilidades de participación social y comunitaria. Por ello, la política pública deberá incorporar acciones complementarias al tratamiento, orientadas a favorecer la integración familiar, social, educativa y laboral, así como el acceso a actividades culturales, físicas, deportivas y recreativas, como parte del cuidado integral.

En este marco, se propone impulsar la prescripción social como herramienta de gestión del riesgo en salud, de manera que los servicios puedan articular a las personas con redes de apoyo y programas comunitarios e intersectoriales, de acuerdo con sus necesidades. Esto requerirá el fortalecimiento de la acción coordinada entre los sectores de salud, educación, trabajo, cultura, deporte, inclusión social y los gobiernos territoriales, para consolidar rutas de atención más completas, sostenidas y cercanas a la realidad de las personas.

Por último, es necesario fortalecer el Observatorio Nacional de Convivencia Social y Salud Mental para que deje de operar únicamente como un repositorio de cifras y se consolide como un articulador de conocimiento capaz de integrar información dispersa, producir análisis estratégicos y orientar la toma de decisiones de los distintos actores responsables de la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones en salud mental. Un observatorio fortalecido debe permitir no solo describir la situación del país, sino también anticipar riesgos, identificar brechas, hacer seguimiento a resultados y apoyar la priorización de intervenciones con base en evidencia. Para ello, el observatorio fortalecido deberá:

1. Consolidar información proveniente de múltiples fuentes y sectores.
2. Monitorear indicadores relevantes para el seguimiento y evaluación de la política nacional.
3. Analizar desigualdades, riesgos y determinantes sociales.
4. Generar productos de conocimiento útiles y oportunos, como informes periódicos, tableros de control, análisis territoriales y sistemas de alerta.
5. Articular la evidencia y la política pública, facilitando que la información producida se traduzca en decisiones, ajustes y respuestas más efectivas.

De esta manera, el fortalecimiento del observatorio no será solo una mejora técnica en la gestión de datos, sino una apuesta por una política de salud mental más informada, evaluable y capaz de responder de manera oportuna a las necesidades de la población.

### 5. Reducción de la mortalidad en las vías

Durante 2025 fallecieron 8 mil 737 personas en accidentes viales en Colombia. Esta cifra representa un aumento de 30.6% respecto del año 2019 cuando se registraron 6.690 siniestros viales. La muerte en accidentes de tránsito constituye la segunda causa de muerte violenta en el país, solo por detrás de los homicidios e implican la pérdida de 402.025 millones de años de vida por muerte prematura y discapacidad.

A nivel económico, la accidentalidad vial también supone un lastre para el país. Fasecolda elaboró el estudio “Costos de la accidentalidad vial en Colombia” en 2016. Allí se estimó que los accidentes de tránsito costaron \$2.3 billones de pesos en costos directos al sistema de aseguramiento (SOAT, salud, responsabilidad civil, etc.). Si se incluyen pensiones por invalidez y sobrevivencia, el costo asciende \$6.0 billones en la actualidad. Los costos del estudio incluyen la atención médica y hospitalaria, indemnizaciones por incapacidad, pensiones por invalidez, indemnizaciones por muerte, gastos funerarios, incapacidades laborales, gastos privados y daños materiales.

A la medición actuarial de Fasecolda se suma una estimación macroeconómica elaborada por el PND en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 estimaron que la accidentalidad vial le cuesta a Colombia cerca de 23,9 billones de pesos al año, lo que equivale aproximadamente al 3,6 % del PIB. Esta cifra es mucho mayor porque incluye: pérdida de productividad por muertes y discapacidad, costos sociales y familiares, costos hospitalarios, daños materiales, costos institucionales del Estado. Es decir, intenta medir el impacto económico total para la sociedad.

Dicho lo anterior, es claro que la accidentalidad vial representa un problema creciente para la salud pública y la economía del país por lo que se requiere de un conjunto de acciones que permitan reducir su severidad. En primera medida se debe gestionar de manera efectiva de la velocidad, ya que esta variable está involucrada en una gran proporción de muertes y pequeñas reducciones generan grandes impactos. En este sentido se deben implemen-

tar zonas 30-50 km/h en áreas urbanas y escolares, el uso de foto detección y radares automáticos y el diseño vial que obligue a reducir velocidad (resaltos, estrechamientos).

También se debe disponer de infraestructuras seguras para usuarios vulnerables como peatones y ciclistas que concentran la mayoría de las víctimas fatales. En este sentido se debe promover la construcción de ciclorrutas protegidas de uso exclusivo, andenes amplios y continuos para peatones, así como intersecciones seguras.

El otro conjunto de medidas tiene que ver con el control estricto de conductas de alto riesgo como controles aleatorios y permanentes de consumo de alcohol y drogas, el uso de celulares y dispositivos móviles al ahora de conducir, el exceso de velocidad y uso de casco y cinturón de seguridad.

En materia de medidas técnicas aplicables a motocicletas y vehículos se deben implementar el siguiente conjunto de medidas. Sistemas de frenado obligatorios (ABS o CBS) para evitar el bloqueo de ruedas o distribuir la frenada, control electrónico de estabilidad (ESC) en vehículos livianos para evitar la pérdida de control en curvas o maniobras bruscas, airbags frontales y laterales con estándares Unión Europea para mitigar el daño ante colisiones e iluminación y visibilidad mejorada con luces diurnas (DRL), luces automáticas y material reflectivo en motocicletas para mejorar la visibilidad. En relación con los cascos, deben exigirse certificaciones obligatorias (ECE, DOT), prohibir cascos no certificados y realizar un mayor control a su importación y venta.

De otro lado, el entrenamiento de conductores es uno de los frentes más subestimados en Colombia, por lo que se requiere de un conjunto de medidas que mejore la formación, habilidades y actitudes de los conductores. En primera medida se requiere de formación práctica obligatoria y estandarizada (no solo teórica). En la actualidad muchos conductores obtienen licencia con mínima práctica real por lo que se deben establecer horas mínimas obligatorias de conducción supervisada, en condiciones reales (tráfico, lluvia, noche).

Además, debe implementarse un entrenamiento específico para motociclistas que incluya formación teórica y práctica en técnicas de frenado, maniobras evasivas, conducción defensiva y uso adecuado del casco y protección. Debe ser un curso práctico obligatorio específico para motos, no genérico, debe apuntar a la reducción de la accidentalidad vial en motos, que hoy representan 88% de los siniestros viales.

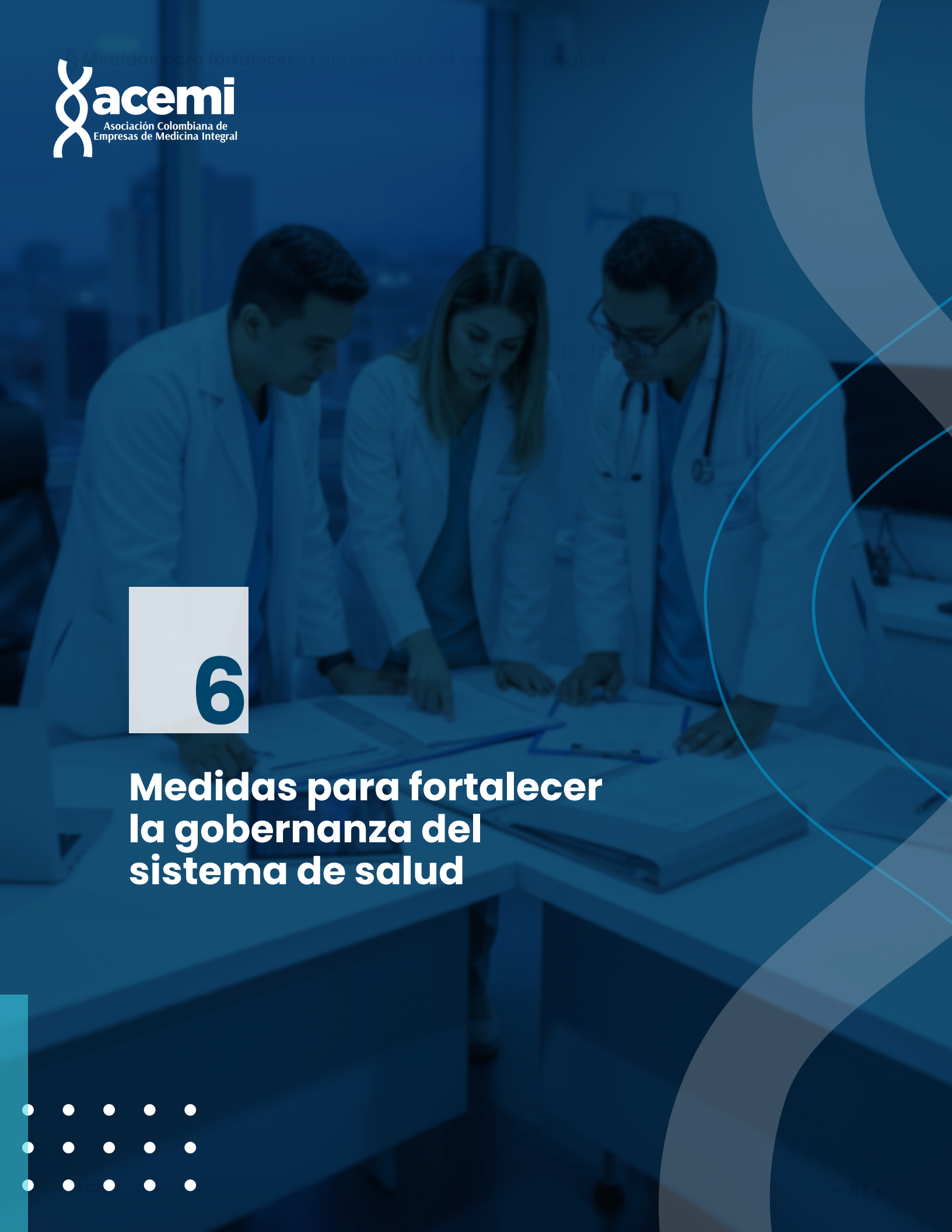
Deben implementarse programas de reentrenamiento obligatorio para conductores reincidentes y conductores profesionales como condición para mantener licencia. Además, deben elevarse los estándares y controles para las escuelas de conducción. En la actualidad existe una alta heterogeneidad en calidad de enseñanza por lo que se requiere de auditorías periódicas y evaluación de resultados (siniestralidad de egresados).



Estas intervenciones tienen objetivos concretos que buscan modificar comportamientos específicos y añadir elementos de seguridad de calidad. En Colombia, las exigencias en materia de seguridad vehicular han aumentado, pero solo de manera reciente. Por ello, el parque automotor sigue estando compuesto mayoritariamente por automóviles, motocicletas, buses y camiones que no cuentan con los estándares de seguridad exigidos internacionalmente. Mientras esa transición ocurre, se requieren intervenciones concretas, focalizadas e individualizadas que permitan reducir de manera inmediata la mortalidad y la lesión grave en las vías.



**6**



**Medidas para fortalecer  
la gobernancia del  
sistema de salud**



### 1. Creación de una unidad de planeación

Los sistemas de salud públicos y privados deben hacer frente a múltiples desafíos. Su capacidad adaptativa, innovadora y basada en la evidencia son herramientas necesarias para resolver constantes tensiones entre atención y financiamiento. Una de sus mayores amenazas es la injerencia de la politización y los cambios, por razón de ideología, en su gestión. Se propone la creación de una unidad de planeación en salud que trascienda el rol consejero del conocido Consejo Nacional de Salud y que, conformado por expertos independientes, formule la hoja de ruta del sistema de salud en el largo plazo. Se propone evaluar casos exitosos como la UPME que, adscrita al Ministerio de Minas y energía, planifica el futuro energético y minero del país y es el cerebro técnico en el que se basa el Ministerio para la fijación de las políticas públicas.

### 2. Gobernanza, datos e inteligencia para la toma de decisiones

La gobernanza, los datos y la inteligencia para la toma de decisiones constituyen un pilar del mediano plazo para recuperar la confianza, transparentar la gestión y orientar mejoras reales en la calidad de vida de la población. La opacidad en el seguimiento y la evaluación de los actores, estrategias y políticas ha erosionado la credibilidad y ha dificultado aprender de los resultados; superar ese déficit exige reglas claras de transparencia y un andamiaje técnico que haga trazable cada decisión.

El rezago en la articulación de los sistemas de información, la baja oportunidad en la disponibilidad de datos relevantes y la subutilización de la evidencia para decidir han sido obstáculos persistentes. El país ha discutido un sistema único interoperable de información en salud, pero su implementación ha avanzado lentamente. El objetivo es pasar de la fragmentación a la interoperabilidad efectiva, integrando en un mismo ecosistema digital los datos clave de gestión del riesgo en salud, los procesos financieros y la operación del sistema, con estándares, gobernanza y responsabilidades definidas.

Para materializar ese sistema se deben abordar tres frentes complementarios. Primero, un diseño modular con implementación progresiva, contemplando el desarrollo por componentes priorizados, con rutas críticas claras y nivelación de capacidades técnicas y tecnológicas en los territorios, de modo que nadie quede rezagado. Segundo, el fortalecimiento de la analítica institucional, ya que los datos, por sí solos, no generan decisiones. Se requiere capacidad de almacenamiento y procesamiento masivo, herramientas de analítica avanzada y equipos interdisciplinarios que combinen salud, finanzas, TIC y ciencia de datos. Con ello será posible construir modelos de supervisión que anticipen eventos críticos, establezcan indicadores de alerta temprana e identifiquen desviaciones antes de que se materialicen; estos modelos deben ser adaptativos, actualizados con nueva evidencia y sensibles al contexto territorial. Tercero, la gestión del riesgo informático, debido a que el volumen

## § Medidas para fortalecer la gobernanza del sistema de salud

y la criticidad de la información obligan a una arquitectura de ciberseguridad robusta, diseñada con MinTIC y basada en el ciclo de vida del dato. No basta con proteger el perímetro; se requiere una estrategia integral de gobernanza y seguridad que contemple clasificación de la información, control de accesos, trazabilidad, auditoría continua, continuidad operativa y planes de respuesta a incidentes.

Finalmente, la disponibilidad oportuna y confiable de datos debe convertirse en inteligencia accionable para orientar decisiones y corregir rumbos con oportunidad. Para ello, se propone un esquema nacional de seguimiento y evaluación con reglas claras, liderazgo técnico del Observatorio Nacional de Salud y articulación red con observatorios temáticos, entidades técnicas como el INS, ADRES, Supersalud, INVIMA, IETS, DANE y DNP, la academia y centros de investigación, sustentado en un marco común de métricas y en tableros públicos que aseguren transparencia y comparabilidad entre territorios y redes. Este esquema establecerá ciclos regulares de revisión de desempeño y rendición de cuentas, con capacidad de ajustar estrategias y priorizaciones según la evidencia, y con evaluaciones independientes que valoren resultados en salud, equidad y sostenibilidad. Con una arquitectura que combine transparencia, interoperabilidad, analítica fortalecida, evaluación independiente y resguardo del dato, de esta manera el Sistema de Salud contará con decisiones más oportunas, trazables y orientadas a resultados.





**7**

**Participación,  
corresponsabilidad y resolución  
de conflictos en salud**



### 1. Fortalecimiento de asociaciones de usuarios y pacientes

Las asociaciones de pacientes cumplen una función clave como voceras y defensoras de los derechos de los usuarios. Actúan como representantes de los pacientes ante los demás actores de sistema de salud con el objetivo de garantizar el acceso, calidad, oportunidad y continuidad en la atención. Sumado a esto, promueven la equidad y visibilizan las necesidades específicas de ciertos grupos (por ejemplo, personas con enfermedades raras, crónicas o discapacidades).

Son una herramienta esencial de la participación ciudadana, reconocida en muchos países, incluido Colombia. A través de estas asociaciones, los usuarios pueden incidir en la formulación de políticas públicas, planes y programas de salud. Así mismo, facilitan la veeduría y control social, promoviendo la transparencia, la rendición de cuentas de los servicios sanitarios y la legitimidad de este.

Las asociaciones también cumplen una función educativa y de apoyo. Brindan información sobre derechos, trámites y procesos de atención en salud, promueven el autocuidado y la adherencia a tratamientos, lo que mejora la calidad de vida y reduce costos al sistema y generan espacios de apoyo emocional y comunitario entre pacientes y familias que comparten diagnósticos similares.

En suma, se trata de actores estratégicos para el mejoramiento del sistema. Colaboran con EPS, IPS y autoridades sanitarias en el diseño de servicios más centrados en el paciente, participan en espacios conjuntos con otros actores y promueven proyectos de mejora de la atención. Su retroalimentación permite identificar barreras de acceso y oportunidades de innovación en los servicios.

Por las razones anotadas, se requiere la formulación de medidas que promuevan y fortalezcan este tipo de agremiaciones. Se debe fortalecer la capacidad organizativa de las asociaciones en temas de gestión, liderazgo y gobierno corporativo. Además, se debe garantizar su sostenibilidad, asegurando fuentes de recursos públicas para su financiamiento. En los aspectos técnicos se requieren temas de formación, apoyo técnico y asesoría legal.

En este sentido se propone la conformación de asociaciones de pacientes como personas jurídicas de carácter especial, la elección periódica de su representante legal, la representatividad territorial de sus afiliados, la realización de asamblea y el registro público de sus actas. Así mismo la presentación anual de su informe de gestión y ejecución presupuestal, la publicación de sus contratos y acuerdos de voluntad, la declaratoria de conflictos de interés por parte de sus representantes y socios y la realización de auditorías internas y externas periódicas. El buen suceso de este propósito requiere además el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud y de sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre estos actores.

Los recursos para el financiamiento provendrían del presupuesto de la ADRES y su cuantía estaría determinada por la proporción de afiliados y usuarios representados. Los representantes de estas agremiaciones serían

escogidos mediante mecanismos democráticos por parte de sus afiliados y deben establecerse reglas de gobierno corporativo que promuevan la transparencia y rendición de cuentas.

### 2. Medidas frente a la inasistencia y mal uso de medicamentos por parte de pacientes

Ya hemos visto el alto impacto que tienen las Tecnologías en salud en el gasto del sistema. Si a esto se agrega factores como desperdicios, baja adherencia, mala utilización o reventa de medicamentos, la presión sobre el sector aumenta.

Las políticas de autocuidado impulsadas por la OMS hablan del uso racional de bienes y servicios y alientan a los ciudadanos a asumir su rol en la sostenibilidad del sistema. Se propone una estrategia que combine educación, información al paciente, sistemas tecnológicos de seguimiento, incentivos (puntos o beneficios en copagos para pacientes adherentes a la conciliación en enfermedades crónicas).

En igual sentido es imperativo educar a la población en el uso de los servicios: la inasistencia o cancelación de citas médicas no debe normalizarse y por el contrario debe implicar algún mecanismo disuasivo para pacientes y sus cuidadores.

Reducir la inasistencia a citas médicas requiere combinar mecanismos conductuales con medidas económicas. En primer lugar, se propone implementar sistemas automáticos de recordatorios (mensajes de texto, WhatsApp, correo electrónico y llamadas automatizadas) enviados 24 y 48 horas antes de la cita. Estos mensajes deben incluir un enlace directo para confirmar o reprogramar la atención, así como información clara sobre el impacto que genera no asistir, resaltando el costo social y la oportunidad perdida para otros pacientes. La evidencia internacional muestra que este tipo de intervenciones, inspiradas en la economía del comportamiento, puede reducir las tasas de inasistencia hasta en un 50 %.

Complementariamente, se sugiere establecer un mecanismo económico mediante el cobro de una cuota moderadora adicional cuando el paciente no asista o cancele con menos de 24 horas de anticipación sin causa justificada. Podría incluso condonarse si el paciente reprograma y asiste dentro de los 30 días siguientes o completa un módulo educativo sobre uso adecuado de los servicios.

Adicionalmente, se propone avanzar hacia Programas de corresponsabilidad y adherencia terapéutica, en los que el acceso a determinadas tecnologías o procedimientos de alto costo se vincule a compromisos verificables de cambio de comportamiento por parte de los pacientes. Esto implica, por ejemplo, que una persona candidata a una cirugía bariátrica deba demostrar, antes de la cirugía, modificaciones sostenidas en sus hábitos alimentarios y de actividad física, o que pacientes con EPOC u otras patologías sensibles al manejo ambulatorio asuman una mayor proporción de los costos de hospitalización cuando persisten en el consumo de cigarrillo. Más que medidas punitivas, se trata de esquemas explícitos de corresponsabilidad que alineen los incentivos clínicos, financieros y de comportamiento, de modo que la inversión en tecnologías en salud se traduzca efectivamente en mejores resultados y en un uso más responsable de los recursos del sistema.

### 3. Medidas para lograr la desjudicialización en salud

Procedimiento de resolución anticipada de conflictos. El mecanismo judicial previsto en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 para que la Supersalud resolviera controversias sobre derechos de los usuarios nunca funcionó, tal como lo reconoce la Corte Constitucional. Sin embargo, es posible analizar varias otras estrategias implementadas por otros países que, como el nuestro, afrontan una judicialización estructural para el acceso a los servicios.

Un ejemplo de estos mecanismos lo ofrece Argentina, con el procedimiento de resolución anticipada de conflictos (PROMESA), que consiste en una vía alternativa no obligatoria, para resolver el conflicto antes de acudir a la vía judicial.

Con esta herramienta administrativa que se articula con el sistema de justicia, un mediador, que debe ser abogado con formación especializada y conocimientos técnicos, convoca a las partes a una audiencia y busca consensos conforme el marco normativo vigente, los cuales tienen un mecanismo de monitoreo que incluye evaluación periódica de los usuarios y entidades del sistema, y auditorías técnicas a los expedientes.

En el caso de conflictos judiciales en curso, esta herramienta también puede actuar como instancia complementaria, caso en el cual es juez supervisa la legalidad del procedimiento. Se trata, en suma, de un mecanismo de descongestión judicial que se anticipa al conflicto judicial, y ordena una respuesta institucional que satisfaga al usuario. Para implementarlo, si bien en principio podría adaptarse a través de uno de los Medios Alternativos de Solución de Conflictos MASC, como podría ser la autocomposición o la conciliación.

Centros de apoyo judicial en salud. En el caso de Brasil, para hacer frente al elevado número de procesos judiciales relacionados con salud, se creó una herramienta técnica para asistir a los jueces que tramitan acciones para proteger el derecho a la salud. Se trata de un soporte técnico remoto para la evaluación médica para atender las medidas cautelares en las que se alega urgencia médica (NAT-JUS Nacional). A través de esta herramienta, los jueces pueden acceder a los servicios de diversos profesionales de la salud, quienes evaluarán las solicitudes urgentes mediante un concepto que sigue los protocolos médicos, y, con base en la mejor evidencia científica disponible, se brinda apoyo técnico necesario para determinar si la solicitud es realmente urgente, y en su caso, el fundamento científico que lo respalda<sup>18</sup>. Este mecanismo podría incorporarse a través de la reglamentación del medio probatorio del informe técnico.

Definición de tiempos de espera. Las posibilidades reales del sistema de salud para atender la demanda de servicios no son fácilmente perceptibles por los usuarios, de manera que la expectativa en la respuesta muchas veces depende de la apreciación subjetiva, tanto de estos, como de las autoridades judiciales.

---

<sup>18</sup> [www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/nat-jus-nacional/](http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/nat-jus-nacional/)

Por esta razón se requiere reglamentar el artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012, que dispone que la asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las EPS en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, lo cual se adoptará en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud. Este mecanismo podría ampliarse a procedimientos médicos. Esta exigencia a cargo del Minsalud también ha sido planteada por la Corte Constitucional en la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008.

El reto en este punto está en la incorporación adecuada de estos parámetros definidos en la norma citada para definir los tiempos que determinan una acción oportuna por parte las EPS y de los prestadores. Este aspecto permite precisar de manera objetiva cuándo se presenta falta de oportunidad, de cara a la exigibilidad del derecho por vía judicial. Esta herramienta podría implementarse por vía reglamentaria, a través de informes técnicos provistos por entidades del Estado, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Jurisdicción especial. En varias oportunidades se ha discutido la pertinencia de establecer una jurisdicción especial para salud, o, de manera más precisa, una especialidad en salud dentro de la jurisdicción ordinaria, la cual se ocuparía de resolver las controversias en salud planteadas por los usuarios del sistema, efecto para el cual se requiere trámite de ley estatutaria, por regular los mecanismos de protección de un derecho fundamental.





## Medidas para la adopción costo eficiente de las tecnologías, mecanismos de compra y adopción tecnológica.



## 1. Política farmacéutica para el acceso, calidad, seguridad y uso racional de TES

Los sistemas de salud buscan resolver entre muchas tensiones, aquella que se deriva de la capacidad y disponibilidad a pagar por las tecnologías en salud. El envejecimiento, el aumento de la carga de enfermedad, así como la mayor oferta de medicamentos y tecnologías innovadoras, exigen de los gobiernos políticas eficaces para adoptarlas, negociarlas y pagarlas.

En primera medida se propone avanzar en un esquema de compra centralizada para la adquisición de medicamentos de enfermedades huérfanas y biotecnológicos por patologías, entre otros. Es decir, para medicamentos de muy alto costo y de elevada variabilidad entre grupos asegurables. Mecanismo que puede ser liderado por el Ministerio de Salud y operativizado por aseguradores y prestadores.

Se debe hacer uso preferente de medicamentos genéricos y biosimilares, promover la prescripción por denominación común internacional (DCI) y limitar la prescripción de medicamentos con marca comercial con cargo a la UPC. Al tiempo se debe establecer reglamentariamente un mínimo para las compras basadas en valor y otro en acuerdos de riesgo compartido. Por ejemplo, se podría pensar, que de cada \$100 en compras para cierto tipo de medicamentos, se debe negociar un porcentaje bajo estos modelos de contratación.

Así mismo se debe avanzar en una política integral de evaluación de tecnologías sanitarias por parte del IETS. Las primeras en el marco de los umbrales de costo efectividad propuestos con anterioridad. La otra, en el sentido de priorizar las tecnologías a incluir en el plan de beneficios.

Se propone modernizar al INVIMA como autoridad sanitaria, con un sistema de gestión basada en el riesgo, que permita trámites más ágiles sin afectar la seguridad. Esta modernización debe acompañarse de una vigilancia postcomercialización más robusta y de la convergencia hacia estándares internacionales para dispositivos médicos, fortaleciendo las capacidades de inspección, vigilancia y control a nivel territorial.

Se requiere de la articulación del INVIMA y el IETS. Ambas entidades desarrollarán agendas conjuntas de horizonte tecnológico para identificar tempranamente innovaciones relevantes, establecer rutas de evaluación proporcionales al riesgo e integrar evidencia del mundo real en decisiones de uso y actualización de guías. Este trabajo coordinado permitirá incorporar de manera oportuna tecnologías costo-efectivas y, a la vez, retirar o reconducir aquellas que no aporten valor clínico.

Adicionalmente, se debe contar con más y mejor información de la cadena de producción, almacenamiento, distribución, comercialización y dispensación de medicamentos. En la actualidad existen vacíos de información que impiden la adecuada y oportuna comprensión de estos mercados e impide la toma informada de decisiones para los distintos actores participantes, incluido el Gobierno Nacional.

Para ello se propone la creación de una plataforma tecnológica denominada Sistema de Seguimiento al Suministro de Medicamento (SSSM) capaz de identificar excesos de oferta o demanda de medicamentos o principios activos, alertar sobre su desabastecimiento y activar planes de prevención. La plataforma permitirá el seguimiento en tiempo real de toda la cadena de valor, facilitando la transparencia, el análisis y la coordinación entre actores. Este sistema permitirá priorizar grupos terapéuticos, mejorar el proceso de compras y reposiciones y articular respuestas ante contingencias, incluyendo la conformación de reservas estratégicas cuando corresponda.

De otro lado debe avanzarse en políticas que promuevan el uso racional de medicamentos. Esto se logra a través del desarrollo de programas de optimización terapéutica en áreas sensibles como antibióticos, oncología y salud mental. Adicionalmente, se debe reforzar la farmacovigilancia a través de canales digitales, la retroalimentación a los prescriptores y la integración de esta información a la historia clínica.

Por otra parte, la política deberá impulsar el desarrollo de producción local estratégica, que puede significar alianzas público-privadas que aseguren transferencia de conocimiento, cumplimiento de buenas prácticas de manufactura y encadenamientos productivos que reduzcan vulnerabilidades ante factores externos. Se puede así mismo avanzar en acuerdos de compras garantizadas a la industria farmacéutica nacional, bajo condiciones de eficiencia y calidades comparables con otros productores o países.

## 2. Umbrales de costo-efectividad ajustados por sobrevida

Un umbral de costo-efectividad es el valor de referencia que se utiliza para decidir si una tecnología en salud (por ejemplo, un medicamento, dispositivo, programa de prevención o intervención clínica) ofrece un beneficio en salud suficiente en relación con su costo, como para justificar su adopción dentro de un sistema o cobertura de salud. En términos técnicos, compara el costo incremental por unidad de resultado en salud (por ejemplo, el costo por año de vida ajustado por calidad - AVAC/QALY, o el costo por año de vida ganado) frente a un umbral de costo predefinido.

La OMS define una tecnología costo-efectiva como aquella que ofrece un año de sobrevida con calidad al paciente y al tiempo su costo es inferior a 3 veces el PIB per cápita. Es decir que para el caso colombiano las tecnologías costo efectivas serían aquellas con un costo inferior a los \$85 millones de pesos de 2025. También existen países como Reino Unido, donde el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha definido un umbral de 20.000-30.000 libras esterlinas por año de vida ajustado por calidad.

La adopción de techos o umbrales de costo efectividad por parte de los países constituye un asunto de enorme sensibilidad social y humana por sus implicaciones éticas y jurídicas. Sin embargo, en países como Colombia, donde los recursos son limitados, se hace necesario avanzar en una discu-

sión honesta y difícil sobre los límites del derecho a la salud. El sistema de salud de Colombia tiene un presupuesto \$450 dólares por persona al año, cifra que apenas es 1/8 o 1/9 parte de los recursos con los que cuentan los países ricos para la atención en salud de su población. Al tiempo, se financian servicios y tecnologías para ciertas patologías que pueden superar los \$70 mil dólares al año, sin que, en muchos casos exista evidencia sobre sus bondades terapéuticas.

Esta realidad económica y la creciente presión financiera sobre el sistema de salud derivada de la innovación tecnológica, las decisiones judiciales y un plan de beneficios implícito ilimitado han llevado el sistema a un punto de insostenibilidad financiera. Por esta razón, se requieren medidas que mejoren la justicia distributiva de los recursos y que estos fluyan hacia los usos que reporten un mayor valor terapéutico y mayores ganancias en salud de la población.

En Colombia podría revisarse una propuesta de umbral menos ácida que la recomendada por la OMS que pudiese relajar las condiciones exigidas por los países desarrollados. Para este fin se propone que sea el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) quien adelante los estudios necesarios, con la coordinación del Minsalud. En todo caso, existiría la posibilidad de la financiación mediante recursos privados de las tecnologías que no cumplan con las reglas establecidas en el umbral.

La Nación o las EPS deberían suscribir Acuerdos de Acceso Administrado (AAA) que establezcan condiciones especiales de acceso, precio o pago para permitir el uso de un medicamento de alto costo o incertidumbre sobre su efectividad real en la práctica. Esto con el fin de generar economías de escala y eficiencia por volúmenes o para distribuir el riesgo ligado a los resultados del uso de las tecnologías.

### 3. **Mercados electrónicos transaccionales regulados para la compra y venta de servicios y tecnologías seleccionados en salud**

Colombia carece hoy de una plataforma que permita seguir y auditar en línea y tiempo real, la compra y venta de servicios y tecnologías en salud. La herramienta más cercana, SISMED, cumple una función informativa sobre el gasto global en medicamentos pero resulta insuficiente para la gestión: su reporte rezagado no captura la dinámica del mercado y no permite identificar proveedores más eficientes. Sin esa visibilidad comparativa, los compradores no cuentan con insumos, ni información oportuna para negociar mejores condiciones ni para orientar decisiones hacia desempeño y calidad.

La creación de un mercado electrónico transaccional regulado y público podría llenar este vacío. Un catálogo estandarizado y reglas claras de cotización y puja permitirían que la competencia ocurra cuando se necesita comprar y a la vista de todos. Los compradores podrían contrastar precios y condiciones en un único entorno, seleccionar sustitutos terapéuticos cuando existan y dejar trazado cada paso del proceso.

## § Medidas para la adopción costo eficiente de las tecnologías, mecanismos de compra y adopción tecnológica

La plataforma, además, aumentaría la transparencia del sistema mediante la publicación de precios y adjudicaciones por proceso, indicadores de participación de oferentes, métricas de cumplimiento de entrega y alertas tempranas de desabastecimiento. La adopción de mercados electrónicos para la compra de insumos, medicamentos y servicios de salud reduce la opacidad, ordena el mercado y facilita decisiones de compra más rápidas y mejores, sin alterar los procedimientos de facturación.

En el mercado participarían de un lado los compradores (EAPB, ERP y ADRES) quienes publicarían necesidades de servicios y tecnologías, comprarían directamente bienes y servicios (insumos, medicamentos, consultas, paquetes hospitalarios, telemedicina, etc.) y validarían las transacciones. Del otro lado estaría los vendedores (IPS, hospitales, clínicas, laboratorios, médicos independientes habilitados) que ofertarían tecnologías y servicios estandarizados, recibirían solicitudes y cerrarían contratos. También participarían proveedores de tecnologías y dispositivos médicos con la venta de equipos, dispositivos y servicios asociados (mantenimiento, software clínico, interoperabilidad).

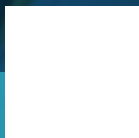
Por su parte el Gobierno Nacional sería el encargado de la reglamentación y puesta en marcha de la herramienta, que podría ser gestionada directamente o a través de un tercero. La Supersalud sería la encargada de la inspección, vigilancia y control. La información recaudada por la plataforma podría servir de insumo para el diseño de políticas públicas o para auditorías en el uso de los recursos.

La plataforma mejoraría el control del gasto permitiendo comparar precios y condiciones de servicios de forma inmediata, evitando sobrecostos y favoreciendo negociaciones más justas con base en tarifas de mercado. Además, mejoraría la agilidad en la contratación y pagos al permitir transacciones en línea y validaciones en tiempo real, lo que se traduce en pagos más rápidos para los prestadores y mejor flujo de caja en el sistema. Con la información en un sistema electrónico, se podrían generar indicadores de desempeño de proveedores, proyecciones de gasto, análisis de pertinencia clínica y mapas de riesgo financiero.

La experiencia de Bionexo en Brasil y otros países de la región demuestra que este modelo es viable y efectivo. A través de cotizaciones y subastas en línea, con trazabilidad integral e indicadores de cumplimiento por proveedor, se ha logrado ampliar la competencia, disminuir la dispersión de precios y acortar los tiempos de adquisición. Este enfoque también es aplicable a servicios de salud como consultas, estudios diagnósticos y procedimientos ambulatorios lo que permite comparar ofertas equivalentes y decidir con evidencia. Además, sería un entorno útil no solo para EPS sino también para prestadores y proveedores que encontrarían eficiencia a la hora de comprar suministros, instrumentos quirúrgicos e incluso materiales de osteosíntesis.

**9**

**Talento Humano en salud y  
Gestión del conocimiento: de  
variable operativa a política  
estructural del sistema**



El fortalecimiento del sistema de salud colombiano exige reconocer que el talento humano no es solo un insumo operativo, sino el principal determinante de la capacidad resolutoria del sistema, la oportunidad de la atención, la calidad clínica y la sostenibilidad financiera. La discusión pública suele concentrarse en la infraestructura, los recursos financieros y el modelo de aseguramiento, pero sin una política explícita de talento humano en salud será imposible corregir las brechas territoriales, fortalecer la atención, ampliar la oferta efectiva de servicios y responder al cambio demográfico y epidemiológico del país. En Colombia ya existe una base institucional útil para construir esta política: el Ministerio consolidó indicadores históricos 2011-2023 del Observatorio de Talento Humano en Salud, con información por perfil, región, densidad e ingreso base de cotización, lo que permite pasar de decisiones intuitivas a decisiones basadas en evidencia.

## 1. Métricas obligatorias y públicas sobre talento humano en salud

La primera propuesta debe ser la creación de un tablero nacional obligatorio de talento humano en salud, con actualización anual y desagregación territorial, que mida al menos cinco dimensiones: i) disponibilidad, ii) densidad por 10.000 habitantes, iii) distribución territorial, iv) composición por especialidad y nivel de formación, y v) remuneración/protección laboral.

En 2022 Colombia contaba con 960.389 personas reconocidas como talento humano en salud; 53% correspondían a profesionales y especialistas y 47% a auxiliares, técnicos y tecnólogos. Para ese mismo año, la densidad de medicina fue de 24,6 por cada 10.000 habitantes, la de enfermería profesional de 15,04 y la de auxiliares de enfermería de 65,6. Entre las especialidades médicas, las densidades más altas eran medicina interna (1,09 por 10.000), pediatría (1,02), ginecología (0,74) y anestesiología (0,74), mientras que otras áreas críticas se mantenían más rezagadas: cirugía general (0,51), ortopedia (0,41), radiología (0,40), oftalmología (0,30) y psiquiatría (0,28). Además, varios departamentos seguían con densidades médicas entre 6 y 13 por 10.000 habitantes, muy por debajo del promedio nacional.

La comparación internacional muestra que el problema colombiano no es solo de volumen agregado, sino de mezcla, especialidad y territorio. Según la OCDE, Colombia tiene 2,5 médicos en ejercicio por 1.000 habitantes frente a 3,7 en promedio OCDE, y apenas 1,6 enfermeras en ejercicio por 1.000 habitantes frente a 9,2 en la OCDE. En otras palabras, Colombia está más rezagada en enfermería que en medicina, y esto tiene implicaciones directas sobre continuidad del cuidado, hospitalizaciones evitables, gestión de crónicos y atención primaria. Por eso el país no debería seguir hablando solo de "faltan médicos", sino de faltan equipos: más enfermería profesional, más enfermería de práctica avanzada, más técnicos especializados y mejor distribución de especialistas básicos.

Con la información generada, se debe elaborar un informe Nacional Anual de Brechas de Talento Humano en Salud, con metas nacionales y departamentales a 2030, usando tres comparadores simultáneos: suficiencia nacional, comparación internacional y brecha territorial interna. Ese informe debería definir faltantes por perfil, especialidad y territorio, y servir de base para cupos universitarios, becas, servicio social obligatorio, incentivos salariales y contratación pública.

## 2. **Formación orientada a necesidades y rutas eficientes**

La segunda propuesta debe ser alinear la formación con las necesidades del sistema. Hoy el crecimiento del talento humano no siempre coincide con la carga de enfermedad, la transición demográfica ni las brechas territoriales. El propio marco orientador de la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035 muestra que el crecimiento de las especialidades médicas se desaceleró entre 2018 y 2022, y que varias especialidades críticas han tenido crecimiento lento o prácticamente estancado.

Aquí la recomendación debe ser clara: las universidades no pueden seguir ampliando cupos sin una señal fuerte de planeación sectorial. La OCDE ha insistido en que la política de talento humano debe anticipar necesidades futuras de habilidades y utilizar esa inteligencia para alinear la formación con el mercado laboral y con las necesidades sanitarias. No hacerlo produce sobre oferta relativa en algunas trayectorias, suboferta en otras y mala asignación regional.

Acortar las carreras parece ser una opción para mejorar la oferta y disponibilidad de personal médico, sin embargo es una propuesta muy sensible desde el punto de vista académico y de calidad. La mejor formulación es esta: crear rutas formativas más eficientes, modulares y basadas en competencias, sin deteriorar estándares. Hay evidencia internacional de que existen trayectorias más cortas para perfiles específicos y bien seleccionados. En Reino Unido existen programas acreditados de medicina de ingreso para graduados de 4 años, como el de Norwich Medical School; en Estados Unidos varias escuelas ofrecen pathways acelerados de 3 años para ciertos perfiles y necesidades de workforce; y la educación médica basada en competencias en Canadá parte justamente de la idea de estándares fijos y trayectorias más flexibles hacia la competencia.

La propuesta, entonces, no debería ser “recortar la medicina”, sino:

- Priorizar cupos y becas-crédito en especialidades deficitarias.
- Crear rutas aceleradas y altamente reguladas para perfiles de alto desempeño o con formación previa pertinente.
- Aumentar el uso de simulación clínica, rotaciones tempranas y formación dual docencia-servicio.
- Articular pregrado, posgrado y educación continua bajo un esquema por competencias.
- Condicionar parte de la financiación pública de cupos a compromisos de servicio en territorios deficitarios.

### 3. Examen único para especialidades

La cantidad, perfil y distribución de especialistas en las distintas disciplinas de la salud incide directamente en los resultados de salud de la población, así como de los componentes de acceso, tiempos de espera, disponibilidad de servicios y brechas entre territorios. Por ello, la formación en especialidades constituye un componente central de la política de talento humano en salud, y no solo un ámbito privado de elección profesional.

Hoy, sin embargo, el acceso a las residencias médicas se organiza mediante procesos de selección altamente heterogéneos entre instituciones: convocatorias con calendarios, criterios, ponderaciones y niveles de transparencia diferentes. Esta fragmentación genera varios problemas: dificulta comparar a los aspirantes provenientes de distintas facultades, obliga a los mejores candidatos a escoger a qué concursos presentarse sin una visión integral de la oferta y no garantiza que quienes obtienen mejores desempeños terminen en los programas de mayor exigencia o en las áreas de mayor necesidad. Al mismo tiempo, limita la capacidad del Estado para conocer oferta y demanda de cupos para así orientar incentivos hacia especialidades prioritarias.

Dado que los especialistas generan externalidades positivas significativas para el sistema —mejores desenlaces clínicos, soporte a la red de servicios, formación de otros profesionales e impulso a la investigación— resulta justificado que el país promueva y financie su formación, especialmente en áreas deficitarias. Pero los cupos de residencia son finitos y su financiamiento es costoso. Esto exige mecanismos de acceso basados en criterios objetivos, transparentes y comparables, que permitan ordenar a los aspirantes según mérito, reducir la dispersión de reglas de juego y, a la vez, proveer información útil para la planeación del talento humano.

La aplicación concreta del examen único de acceso a especialidades médicas se traduce en la construcción de un orden de mérito nacional que organiza el acceso a los cupos de residencia. Cada aspirante obtiene un puntaje que se convierte en una posición en una lista única. Sobre esa lista se estructura un procedimiento de elección de plazas: los aspirantes con mejor ubicación eligen primero entre la oferta de cupos disponibles, y, conforme avanza el proceso, los cupos se van agotando de manera pública y trazable. Este esquema, utilizado en otros países, permite que el acceso a programas e instituciones de alta demanda dependa de resultados verificables, y no de procesos locales difícilmente comparables.

Este orden de mérito no solo organiza la elección individual, sino que proporciona una herramienta de gestión para el sistema. Por un lado, hace transparente cómo se asignan cupos escasos: qué plazas se ofertan, en qué instituciones, en qué especialidades y en qué momento son escogidas. Por otro, facilita que el Estado y los financiadores introduzcan criterios de política pública en la propia arquitectura de la oferta, por ejemplo: financiando cupos en especialidades prioritarias, condicionando becas o apoyos económicos a la elección de ciertas áreas o territorios, o reservando plazas para

regiones con déficit. La combinación de un examen único, un orden de mérito nacional y un procedimiento de elección estructurado permite alinear mejor las preferencias de los profesionales con las necesidades del sistema, bajo reglas claras, previsibles y auditables.

#### 4. Escalamiento de experiencias exitosas

Colombia no parte de cero. Existen experiencias que conviene reconocer, medir y escalar. La primera es el Sistema Nacional de Residencias Médicas, que desde junio de 2020 y hasta agosto de 2023 había beneficiado a 11.229 residentes, con más de 209.000 giros y recursos acumulados por \$617.317 millones. Esa experiencia es relevante porque corrigió un desincentivo histórico: la formación especializada sin apoyo económico suficiente.

La segunda es el Servicio Social Obligatorio. En 2024 se reportaron 4.892 plazas, de las cuales 4.438 fueron asignadas; el salario promedio mensual fue de \$4,4 millones para medicina, \$3,5 millones para enfermería, \$3,47 millones para bacteriología y \$4 millones para odontología. No resuelve por sí solo la distribución territorial, pero sí constituye una plataforma real para llevar talento humano a municipios de difícil acceso y para diseñar incentivos más potentes de permanencia.

La tercera es la infraestructura de información. En 2024 el Observatorio de Talento Humano publicó indicadores históricos 2011-2023 y consolidó datos del Sistema Nacional de Residencias Médicas y del seguimiento al Servicio Social Obligatorio. Esto es importante porque la principal falla del país no ha sido solo de política, sino de medición. Sin datos comparables por perfil, territorio y remuneración, la planeación es ciega.

La cuarta son los desarrollos recientes de política: conformación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, actualización de perfiles y competencias de auxiliares, desarrollo curricular del programa de promotor de salud en La Guajira con participación de autoridades indígenas, y pilotaje del Modelo Integral para la Planificación y Gestión del Talento Humano en Salud en una secretaría departamental. No todas estas iniciativas tienen todavía evaluación de impacto robusta, pero sí constituyen una base institucional sobre la que ACEMI puede proponer escalamiento, evaluación independiente y financiamiento por resultados.

#### 5. Carreras técnicas y tecnológicas focalizadas

Parte de los cuellos de botella del sistema está en los perfiles técnicos y tecnológicos. El propio diagnóstico del Ministerio muestra que perfiles como auxiliares de salud pública, tecnólogos en atención prehospitalaria, y técnicos/tecnólogos de citohistología, imágenes diagnósticas y radioterapia presentaban densidades menores a 1 por cada 10.000 habitantes en 2022. Eso es una alarma operativa del sistema, porque sin esos perfiles la red no escala, la oportunidad cae y el costo sube.

## § Talento Humano en salud y Gestión del conocimiento: de variable operativa a política estructural del sistema

La OCDE plantea rutas flexibles y modulares para ocupaciones de entrada en salud y cuidado, incluyendo reconocimiento de aprendizajes previos, formación en el trabajo y programas dirigidos a “desiertos médicos”. Además, la OCDE muestra que la enfermería de práctica avanzada puede mejorar acceso oportuno, continuidad y satisfacción del paciente sin deterioro de la calidad ni la seguridad cuando existe formación adecuada. En paralelo, la OMS subraya que la retención en zonas rurales funciona mejor con paquetes de educación, regulación e incentivos, no con una única medida aislada.

Se debe promover una nueva generación de carreras técnicas y tecnológicas focalizadas en necesidades del sistema técnico en navegación de pacientes y gestión de crónicos, tecnólogos en telesalud y monitoreo remoto, técnicos en codificación clínica, facturación y calidad del dato, tecnólogo en imágenes, radioterapia y citohistología, auxiliares especializados en salud pública territorial y APS, técnicos en cuidado geriátrico y soporte domiciliario, promotores rurales e interculturales de salud con ruta de certificación y formalización.

En síntesis, Colombia necesita pasar de una visión pasiva del talento humano —centrada en registrar profesionales— a una política activa de planeación, formación, distribución, remuneración y productividad. La meta no debe ser solo “tener más personas” en el sector, sino contar con el perfil correcto, en el lugar correcto, con incentivos correctos y con trayectorias formativas coherentes con las necesidades del sistema. El fortalecimiento del talento humano en salud debe incorporarse como uno de los pilares de la sostenibilidad sectorial para 2026-2030, con metas verificables, financiamiento explícito y seguimiento público anual.



**10**

## **Promoción de los mercados privados de salud**



### 1. Promoción de planes voluntarios de salud

Los Planes Voluntarios de Salud (PVS) son productos de salud adicionales al Plan de Beneficios en Salud (PBS) que los afiliados al régimen contributivo de salud adquieren voluntariamente pagando una prima o tarifa comercial. Son ofrecidos por entidades privadas autorizadas, y su objetivo es complementar, ampliar o mejorar la cobertura y condiciones del PBS.

El sistema colombiano reconoce cuatro grandes tipos de PVS. El primer tipo son los planes complementarios de salud ofrecidos por EPS que permiten acceder a mejores condiciones dentro de la misma red del PBS. No amplían la cobertura médica, sino mejoran la comodidad, oportunidad o nivel de servicio. El segundo tipo son las pólizas de Salud, es decir, pólizas de seguros que ofrecen aseguradoras vigiladas por la Superintendencia Financiera y permiten el acceso a servicios adicionales o redes diferentes al PBS. Cubren tratamientos, hospitalizaciones o procedimientos no incluidos en el Plan de Beneficios y brindan acceso sin remisión, ni autorización previa. También existen los Planes de Medicina Prepagada que ofrecen empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia de Salud. Por último, los Planes de ambulancia prepagada y medicina domiciliaria ofrecidos por compañías creadas para este fin particular.

Los PVS son voluntarios y de pago directo: el usuario asume el costo total del plan, sin subsidios del Estado. Su financiación no proviene de los aportes obligatorios a la seguridad social, sino de recursos propios del usuario. No reemplazan el PBS, sino que lo complementan o suplementan. El pago se hace mediante cuotas periódicas (mensuales o anuales) y su cobertura puede ser individual, familiar o corporativa.

Los PVS tienen múltiples ventajas: complementan el plan de beneficios, ampliando la cobertura médica o la calidad del servicio. Al tiempo ofrecen alternativas de atención preferencial (rapidez, elección de médico, habitación individual) y permiten acceso a servicios no incluidos en el PBS (como ortodoncia estética, cirugías plásticas, medicina alternativa, etc.).

Un estudio elaborado por ACEMI-PROESA y Fasecolda en 2021 evidenció que los PVS reducen la presión financiera sobre el sistema público de salud al generar ahorros equivalentes a 1/3 parte de la unidad de pago por capitación. En el mismo sentido, descongestionan la red del sistema general, al ampliar la oferta de servicios privados, en razón a que los tomadores de PVS apenas usan la mitad de los servicios que aquellas personas que cuenta con el plan de beneficios. Además, cerca de un 16% los afiliados a estos planes tienen condiciones crónicas y son personas mayores de 70 años, concentrado una mayor carga de enfermedad que el sistema obligatorio.

Otras de las ventajas de los PVS son los gananciales que portan en materia de productividad y capital humano. La Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2014 evidenció que los tomadores de PVS reportan una mejor condición de salud que aquellos que no tienen los planes, asisten a consultas de prevención con mayor frecuencia, se incapacitan menos veces y por un menor tiempo y además se enferman menos.

Según la ENCV 2024 cerca 2,2 millones de colombianos contaban con algún tipo de plan voluntario, lo que representa un 4.25% de la población total. Dentro del gasto total en salud, los planes privados de salud representaron un 9.88% para el año según cifras OCDE 2024<sup>19</sup>. Los tomadores son en su mayoría mujeres cabeza de familia y el 56% son familias vulnerables o de ingreso medio, es decir, que ganan entre 1 y 5 salarios mínimos.

En los últimos 3 años, la venta de planes voluntarios ha crecido cerca de un 40% como efecto del deterioro del sistema de salud, lo que ha llevado las coberturas a un máximo histórico. Para 2026 ACEMI estima que las ventas ascenderán a los \$16.5 billones, por lo que la participación del gasto en planes privados superará el 10% del gasto total en salud, después de varias décadas.

Sin embargo, persisten brechas en el aseguramiento privado en salud frente a otros países. De hecho, el mencionado estudio de ACEMI estima que el mercado potencial podría ser 2.5 veces el actual, acercándose al 10% de la población. En países de la región como Brasil y Argentina el gasto en estos planes es 3 y 5 veces superior en relación con el PIB. Aún en países desarrollados con sistemas públicos como Canadá, la participación es del doble que en Colombia.

Dadas las ventajas en materia de resultados en salud, equidad, eficiencia en el uso de recursos, descongestión de servicios, ampliación de la oferta, además de los beneficios económicos y de empleo de esta actividad, se requieren adoptar medidas que favorezcan la penetración de estos planes, en un ecosistema de competencia, del cual participan en la actualidad cerca de 40 compañías. En este sentido se propone implementar una serie de incentivos que permitan estimular la actividad y promover sus beneficios.

En la actualidad, la legislación tributaria permite deducir del impuesto de renta los pagos realizados por compra de PVS a las personas naturales y familias hasta un monto de 16 UVT mensuales; es decir, hasta \$797 mil pesos de 2025. El aumento en los costos de los PVS, ligados al envejecimiento de su población afiliada y a la inflación del sector salud, han llevado el costo de estos planes muy por encima de este límite, en especial para personas de 60 años o más. Por esta razón se propone la deducción de hasta el 100% del valor de la factura, o facturas de venta, debidamente legalizadas, del impuesto de renta. Para las empresas que afilien a sus trabajadores a PVS de salud, también se plantea como un gasto deducible, equivalente al 100% de los pagos realizado por este concepto.

En este mismo sentido, se propone que aquellas personas, cuyo ingreso base de cotización al sistema general de seguridad social salud supere los 10 salarios mínimos y no tengan un PVS, realicen una cotización adicional del 2.0% al sistema general. Es decir, que aporten el 6.0% de su ingreso como componente adicional de solidaridad. Esta medida estimularía la adquisición de planes voluntarios, al tiempo que favorece la sostenibilidad del sistema público.

<sup>19</sup> [data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD\\_SHA%40DF\\_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD)

ACEMI propone la creación de cuentas de ahorro médico, con exención de impuestos para financiar gastos médicos privados, incluidos los PVS. Las cuentas de ahorro médico (*en inglés Medical Savings Accounts o Health Savings Accounts, HSA*) son instrumentos financieros diseñados para ahorrar dinero exclusivamente para gastos médicos. Su objetivo es incentivar la responsabilidad individual en el gasto en salud y reducir la carga sobre los sistemas públicos.

Se trata de cuentas individuales donde una persona o su empleador depositan dinero para cubrir gastos médicos predefinidos como planes voluntarios de salud, consultas, medicamentos, hospitalizaciones o procedimientos quirúrgicos. El dinero pertenece al titular (no a la entidad del crédito, ni al Estado). Los ahorros y sus rendimientos serían deducibles del impuesto de renta si son dedicados a gastos en salud.

## 2. Plan de exportaciones de servicios de salud

El turismo médico es el desplazamiento internacional de personas cuyo propósito principal es recibir servicios de salud en el país de destino. Incluye atenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas o quirúrgicas y los gastos directamente asociados al tratamiento. No se considera turismo médico la atención recibida de manera incidental durante un viaje con otro fin. Este concepto se enmarca en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) de la OMC, que define cuatro modos de suministro. El turismo médico corresponde al Modo 2 (consumo en el extranjero), dado que el paciente viaja al país del proveedor para recibir la atención.

A escala global, las exportaciones de servicios de salud alcanzaron USD 31,1 mil millones en 2024 y se proyectan en USD 87,3 mil millones para 2030 (*Grand View Research*). Los servicios más demandados son los procedimientos cosméticos, dentales y bariátricos; por región, la participación estimada es Norteamérica 26%, Europa 24%, Asia 22%, Latinoamérica 15% y Medio Oriente y África 13% (*Precedence Research*). En síntesis, es un mercado en expansión y una oportunidad para aumentar el valor agregado de la canasta exportadora.

En Colombia, la exportación de servicios de salud generó USD 235 millones en 2024 (aprox. 5% del total latinoamericano). Según el clúster Medellín Health City, la ciudad atendió 23.000 pacientes internacionales en 2024, un 11,93% más que en 2023. Los servicios más solicitados fueron ayudas diagnósticas (59%), oftalmología (14%), cirugía plástica (10%), laboratorio clínico (7%) y chequeos ejecutivos (5%); también crecieron cardiología, gastroenterología y ortopedia.

Existen márgenes claros de mejora. Brasil, líder regional, registró USD 3,10 mil millones en 2024 (67% de la región). Un factor diferenciador es la acreditación internacional de sus clínicas: 80 hospitales con *Joint Commission International (JCI)* frente a 9 en Colombia. Además, Accreditation Canada reporta 486 clínicas acreditadas en Brasil y ninguna en Colombia. Estos estándares fortalecen la confianza de pacientes internacionales y, a la vez, elevan la calidad de atención para la población local.

Una política pública para impulsar la exportación de servicios de salud puede generar beneficios múltiples:

- Diversificación exportadora con mayor valor agregado.
- Inversión y capacidades técnicas en el sistema de salud
- Mejores condiciones laborales en clínicas y hospitales de alto nivel, reduciendo la fuga de talento.
- Mayor acceso de pacientes a prestadores de calidad.

Un plan estructurado de apoyo a las instituciones en la obtención de acreditaciones internacionales puede constituir el eje de una estrategia nacional para la exportación de servicios de salud. Estas certificaciones no solo posicionan a los prestadores como centros de alta calidad, sino que también consolidan la confianza de los pacientes internacionales y facilitan la integración con redes globales de aseguramiento y referencia médica. Una ventaja adicional es que Colombia ya cuenta con la figura de Zona Franca Permanente Especial (ZFPE) uniempresarial para salud. En 2022 operaban 15 IPS bajo dicha figura, concebidas precisamente para promover la prestación de servicios a pacientes extranjeros e importación de equipos médicos.

En estos espacios podría desarrollarse de manera prioritaria la política de exportación de servicios de salud. Los incentivos actuales de la ZFPE de salud son: tarifa del impuesto de renta de 15%, deducción del IVA a los servicios prestados a extranjeros, eliminación de los aranceles a los bienes de capital e insumos introducidos a la ZPFPE. Estos beneficios están condicionados a la creación de determinado número de empleos o inversiones de hasta 10.000 SMLMV, según el acuerdo alcanzado.

Alrededor del mundo existe diferentes tipos de políticas por ejemplo: Turquía exime de IVA los servicios prestados a no residentes en instituciones autorizadas, reduciendo el costo final del tratamiento; Malasia concede créditos fiscales del 100% por cinco años a hospitales orientados a pacientes internacionales, condicionados a metas y estándares de calidad; Dubai Healthcare City opera como zona franca sectorial con 0% de impuesto corporativo por largos periodos, atrayendo inversión y talento; y Tailandia combina incentivos tributarios y no tributarios por ejemplo, facilidades arancelarias para equipos y deducciones por inversión para consolidar un inventario médico moderno.

Además de los beneficios tributarios, varios países han desarrollado políticas de promoción lideradas por agencias de turismo o esquemas público-privados. Iniciativas como la marca país Heal in India, el Malaysia *Healthcare Travel Council (MHTC)* o el *PROMED* (Consejo para la Promoción de la Medicina en Costa Rica) tienen como propósito posicionar el turismo médico, articular a los diferentes actores del sistema de salud y ofrecer acompañamiento a los pacientes internacionales. En Colombia existen esfuerzos similares, pero con un alcance principalmente regional, como el Clúster Medellín Health City o el Clúster de Excelencia Clínica - Cali. No obstante, si se busca escalar la exportación de servicios de salud a nivel nacional, sería deseable que ProColombia asumiera el liderazgo en la promoción del turismo médico, articulando estos clústeres y demás iniciativas territoriales dentro de una estrategia única de país.



En conclusión, Colombia dispone de instrumentos regulatorios y tributarios avanzados para la exportación de servicios de salud, pero su uso sigue siendo limitado y poco extendido. El reto es masificar y alinear los incentivos y regulación existentes con una política de turismo médico que eleve amplíe la oferta de servicios de salud en instituciones acreditadas e incorpore estrategias de promoción.



# Anexos



## 1. Tabla de nuevos ingresos

Tabla de nuevos ingresos		
Propuesta	Objetivo	Monto al año
Depuración del régimen subsidiado y traslado de población al contributivo	Trasladar afiliados con capacidad de pago al contributivo para aumentar aportes parafiscales a salud.	\$7,72 billones
Reducir el umbral de exoneración de aportes parafiscales en salud a personas jurídicas	Aumentar el recaudo de aportes parafiscales (8,5%) ampliando los trabajadores sobre los que aplica el aporte.	\$5,79 billones
Tributación a juegos de suerte y azar en línea (ajuste de base del IVA y/o derechos de explotación)	Incrementar recursos del sector por impuestos/ derechos sobre ingresos de operadores de apuestas en línea.	\$690 mil millones
Aumentar impuesto al tabaco y extenderlo a vapeadores	Elevar recaudo tributario y desincentivar consumo de nicotina mediante rediseño de impuestos.	\$1,07 billones
Destinación específica a salud de los impuestos saludables	Asignar al presupuesto de la ADRES el recaudo de impuestos a bebidas azucaradas y ultraprocesados.	\$3,32 billones
Eliminar descuento del 50% del SOAT para el “rango diferencial”	Evitar desfinanciamiento por reducción del SOAT y recuperar recursos para el sistema.	\$897 mil millones
Traslado de maestros (FOMAG) al SGSSS	Incorporar al SGSSS la población del FOMAG para liberar recursos netos y mejorar sostenibilidad.	\$2,77 billones

## 2. Tabla ejecutiva

Tabla ejecutiva			
Capítulo I. Medidas de estabilización del sistema de Salud			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1	<b>Estrategia punta-pirámide para pacientes con riesgo vital</b>	Enfrentar el deterioro en el acceso y la continuidad de los servicios. Resolver en primera medida los casos de mayor riesgo clínico, mientras se reduce progresivamente el rezago asistencial.  operaría con metas a 30 y 90 días, reglas claras de priorización, tableros de seguimiento y capacidad de toma de decisiones ágil, replicándose a nivel territorial	Decreto con fundamento en el art. 43, Ley 489/98 para organizar sistemas administrativos nacionales con el fin de coordinar las actividades estatales y de los particulares.  Creación de un Puesto de Mando Unificado (PMU) Nacional por la Salud, liderado por el Ministerio de, con participación de la Superintendencia Nacional de Salud, la Defensoría del Pueblo, EPS, entidades territoriales y representantes de usuarios.
2	<b>Financiamiento integral vigencia 2026</b>	Para 2026 se requieren recursos adicionales por \$9.57 billones para incrementar UPC y ajustes de presupuestos máximos desde 2023, y un conjunto de medidas que permita un uso más eficiente de los recursos disponibles.	Podrían financiarse con recursos de capital provenientes de operaciones de crédito, de ahorros que se puedan generar a través de la optimización del gasto público o de reasignaciones desde otros sectores.

Tabla ejecutiva			
Capítulo I. Medidas de estabilización del sistema de Salud			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
3	<b>Devolución de EPS intervenidas y concurrencia en cumplimiento de indicadores de habilitación financiera</b>	<p>Conformación de equipo “elite” que entregue diagnóstico claro sobre la situación operativa y financiera de las entidades que permita a la Supersalud adoptar cualquiera de estas decisiones: liquidación y traslado de afiliados o restitución a sus accionistas.</p> <p>En caso de restitución de las EPS a los dueños, condicionar su permanencia al cumplimiento progresivo de los indicadores de habilitación financiera y de gestión del riesgo, bajo estricta vigilancia estatal.</p> <p>Realizar estudios que permitan medir la afectación financiera de las EPS intervenidas a partir de insuficiencia de la UPC 2021 a 2025, y el perjuicio financiero ocasionado durante la intervención.</p>	<p>Reglamentario.</p> <p>Resoluciones de la SNS reversando las medidas de intervención.</p> <p>Modificar condiciones de habilitación del decreto 780/16.</p> <p>EPS deben adelantar un proceso de saneamiento financiero con su red, hasta el monto del defecto calculado por concepto del inadecuado cálculo de la UPC.</p>
4	<b>Saneamiento financiero del sistema de salud</b>	<p>Renovar los estudios de suficiencia de UPC 2021 a 2025.</p> <p>Obtener recursos adicionales y extraordinarios por \$38.5 billones para saldar deuda actuarial de la Nación con el sistema de salud por mal cálculo de UPC 2021 a 2025, con una gradualidad decreciente por cada año de gobierno así: el primer año un 40%, el segundo un 30% el tercero un 20% y el cuarto un 10%.</p>	<p>Ley. El saneamiento financiero puede incluirse como una disposición en el Plan Nacional de Desarrollo 2026-2030 e instrumentarse vía leyes anuales de presupuesto, planes financieros y CONPES.</p> <p>Estos recursos provendrán de recursos corrientes de la Nación o de rentas de capital como el endeudamiento.</p>
5.	<b>Conciliación nacional de cuentas de la salud</b>	<p>Realizar una conciliación integral y única de las cuentas entre los distintos agentes del sistema, aclarando saldos a favor y en contra, reduciendo la litigiosidad y generando certeza financiera.</p> <p>Restablecer la liquidez y sostenibilidad del sistema de salud mediante el reconocimiento, y depuración entre los distintos actores, reduciendo el riesgo de quiebra y de interrupción de servicios.</p> <p>Este proceso de conciliación deberá culminar en un acta de cierre suscrita entre las EPS y los prestadores que, a manera de paz y salvo, deje constancia del estado final y del saldo de las cuentas a la fecha de su firma.</p>	<p>Exigencias de plazos máximos para conciliar cartera (no para pago), con fundamento en el artículo 1 del decreto ley 1281 (eficiencia y oportunidad y en manejo de los recursos).</p>

Tabla ejecutiva			
Capítulo II. Medidas para el fortalecimiento financiero y la sostenibilidad del Sistema de Salud			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.	<b>Depuración afiliación del régimen subsidiado</b>	Depurar la base de afiliados del régimen subsidiado eliminando duplicidades, inconsistencias y beneficiarios que no cumplen criterios, para focalizar adecuadamente los subsidios y optimizar el uso de los recursos públicos.	Reglamentar el artículo 8 de la ley 828/03 sobre requerimientos de información para control de evasión y elusión, por ejemplo, con cruces de bases de datos con oficina de registro de instrumentos públicos o con entidades financieras, y cruces automatizados de las bases de datos del Sisbén IV-FEV, RUAF-PILA y MUISCA, entre otros.
2.1.	<b>Reducción del límite de aportes parafiscales en salud para persona jurídicas</b>	Ajustar el techo de aportes parafiscales de las empresas al sistema de salud para incrementar el recaudo de manera progresiva sobre mayores niveles de ingreso empresarial, fortaleciendo el principio de solidaridad.	Modificar el art. 25 de la Ley 1607/12 y el art. 85 de la Ley 1819/16 y el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el art. 85 de la Ley 1819/16, y el parágrafo 4, artículo 204 de la Ley 100/93.
2.2.	<b>Tributos a los juegos electrónicos</b>	Gravar los juegos y plataformas electrónicas con contribuciones específicas destinadas a salud, generando una fuente adicional de recursos estables y alineada con políticas de juego responsable.	Adición al Estatuto Tributario (ley).
2.3.	<b>Tabaco y cigarrillos electrónicos</b>	Incrementar la tributación sobre productos de tabaco y cigarrillos electrónicos tanto para desincentivar su consumo como para financiar intervenciones de salud pública, prevención y control de enfermedades crónicas.	Adición al Estatuto Tributario (ley).
2.4.	<b>Eliminación tope cotización 25 salarios mínimos</b>	Eliminar el límite máximo de 25 salarios mínimos para la cotización en salud, aumentando el recaudo entre los ingresos más altos y fortaleciendo la progresividad y solidaridad del sistema.	Modificar los artículos 18 y 204, ley 100 de 1993.
2.5.	<b>Impuestos Saludables</b>	Establecer impuestos a productos no saludables, como bebidas azucaradas y alimentos ultra procesados, para desincentivar su consumo y financiar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.	Adición al Estatuto Tributario (ley). Artículos 513-6 y siguientes, que fueron incluidos por la ley 1177/22.
2.6.	<b>Eliminar el descuento del 50% del SOAT para vehículos de rango diferencial</b>	Suprimir el beneficio de descuento en el SOAT para vehículos de riesgo diferencial, alineando la prima con la siniestralidad real, reduciendo subsidios implícitos y fortaleciendo la financiación de la atención de víctimas de accidentes de tránsito.	Reglamento. Modificar el decreto 2497/22.

Tabla ejecutiva			
Capítulo II. Medidas para el fortalecimiento financiero y la sostenibilidad del Sistema de Salud			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
3.	<b>Traslado de maestros al SGSSS</b>	Integrar el magisterio al Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo reglas comunes de aseguramiento y financiación, reduciendo la fragmentación de regímenes especiales y mejorando la equidad en el acceso.	Ley.  Modificar el artículo 279 de la ley 100/93.
4.	<b>Cuotas moderadoras y copagos</b>	Rediseñar la estructura de cuotas moderadoras y copagos para que sean progresivos, incentiven el uso responsable de los servicios y no se conviertan en barreras de acceso, protegiendo a los hogares de menores ingresos.	Reglamentario.  Decreto 780 de 2016, modificado por el decreto 1652 de 2022.
5.	<b>Definición de un plan básico explícito y actualización del mecanismo de exclusiones</b>	Adoptar un modelo de lista positiva de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos públicos, sustentado en evaluaciones de costo-efectividad y guías clínicas, con el fin de garantizar transparencia, previsibilidad y sostenibilidad financiera del sistema.	Reglamentario o legal.  Reglamentario: Definir un mecanismo más dinámico de exclusiones.  Legal: Cambiar el modelo de exclusiones explícitas establecido en el artículo 15 de la LES.
Capítulo III. Fortalecimiento del Aseguramiento en salud. Propuestas para su modernización			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.1.	<b>Esquema de riesgo compartido entre la Nación y las EPS</b>	Disponer de un mecanismo condicionado para compartir el riesgo financiero sistémico, evitar la concentración del riesgo técnico y moral, ahorrar los excedentes que genere el sistema, garantizar la protección financiera de las familias y la atención de usuarios y pacientes.  Creación de una Comisión Técnica Independiente conformada por tres expertos, provenientes de las asociaciones de actuarios, facultades de finanzas y de epidemiología, quienes se encargarán del diseño e implementación del mecanismo de aseguramiento solidario.	Reglamentar el artículo 182 de la ley 100 de 1993 que define cómo se calcula la UPC.
1.2.	<b>Esquema de riesgo compartido entre EPS y prestadores y proveedores</b>	Promover modalidades de contratación que cedan el riesgo desde el asegurador hacia el prestador.	Reglamentar artículo 179 ley 100/93, modificar decreto 441/21.

Tabla ejecutiva			
Capítulo III. Fortalecimiento del Aseguramiento en salud. Propuestas para su modernización			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
2.	<b>Reingeniería de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)</b>	Ajustar la metodología y estructura de la UPC para que refleje mejor el riesgo en salud, la carga de enfermedad y los costos reales de prestación, garantizando suficiencia tarifaria y sostenibilidad para EPS y redes de servicios.	Reglamentar artículo 182, ley 100/93.
3.	<b>Giro directo</b>	Ajustar el esquema de giro directo de recursos para proteger la continuidad de los servicios, garantizar el pago oportuno a prestadores y proveedores y preservar los incentivos propios de la gestión del aseguramiento.	Reglamentar el artículo 150, Ley 2294/23 (PND).
4.	<b>Integración vertical condicionada a resultados</b>	Permitir la integración vertical entre aseguradores y prestadores cuando se demuestre mejora en resultados en salud, calidad del servicio y eficiencia, evitando abusos de posición dominante.	Modificar el artículo 15 de la ley 1122 de 2007.
Capítulo IV. Medidas para mejorar las condiciones de salud de la población			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.	<b>Gestión integral del riesgo, más allá de la atención propia en salud</b>	Organizar la acción en tres frentes complementarios. El primero tiene una vocación de mediano y largo plazo orientada a transformar la visión, la organización y la capacidad estatal para gestionar los determinantes sociales de la salud de forma vinculante. Los dos frentes restantes corresponden a acciones de corto y mediano plazo que permiten avanzar simultáneamente en el fortalecimiento de la gestión desde la atención propia en salud y en la articulación social e intersectorial para una gestión integral del riesgo centrada en la persona y su contexto.	Reglamentar la ley 1438 de 2011 en APS.
2.	<b>Modernización y actualización del PAI</b>	Modernizar el Programa Ampliado de Inmunizaciones fortaleciendo coberturas, inclusión de nuevas vacunas y capacidades de respuesta frente a emergencias epidemiológicas, con énfasis en poblaciones vulnerables y territorios rezagados.	Reglamentar ley 2406/24 que ordena la financiación para modernización y actualización permanente del PAI.  La nueva política farmacéutica que expida el gobierno nacional puede incluir estrategias para producción local de vacunas.
3.	<b>Actualización del PIC y gasto territorial con criterios de eficiencia</b>	Actualizar el Plan de Intervenciones Colectivas y orientar el gasto territorial según resultados en salud, carga de enfermedad y eficacia demostrada de las acciones, fortaleciendo la gestión local.	Modificar Resolución 1597 de 2025

Tabla ejecutiva			
Capítulo IV. Medidas para mejorar las condiciones de salud de la población			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
4.	<b>Política Nacional para el control del cáncer</b>	Priorizar un Plan Decenal para el Control del Cáncer, que recoja las experiencias aprendidas del periodo anterior, reconozca los avances y aborde las brechas persistentes	Reglamentar la Ley 1384 de 2010, establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia
Capítulo V. Medidas para la gestión intersectorial y los determinantes de la salud			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.	<b>Fondo de determinantes sociales de la salud (FDSS)</b>	Crear un fondo específico para financiar intervenciones sobre determinantes sociales de la salud que reduzcan inequidades, mejoren condiciones de vida y prevengan enfermedad de manera intersectorial.	Ley. Artículo 9, LES. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud.
2.	<b>Abordaje integral del sobrepeso y la obesidad</b>	Implementar un abordaje intersectorial y continuo para prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad, combinando acciones de promoción, regulación y atención clínica para reducir su impacto sobre la carga de enfermedad crónica.	Reglamentar Ley 1355 de 2009
3.	<b>Política integral de envejecimiento y vejez</b>	Diseñar una política integral de cuidado y atención para personas mayores que separe los componentes asistenciales de los de cuidado de larga duración, garantizando sostenibilidad financiera, calidad y protección social en la vejez.	Reglamentar Ley 1251 de 2008 (protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores) y modificar el Decreto 681/22 (política pública nacional de envejecimiento y vejez).
4.	<b>Salud mental para el bienestar y la cohesión social</b>	Definir metas de corto, mediano y largo plazo para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033; diseñar una estrategia continua de formación y asistencia técnica liderada por las entidades territoriales, con participación de las EAPB e IPS, entre otras; e incorporar acciones complementarias con un enfoque biopsicosocial y comunitario.	Reglamentar la Ley 1616 de 2013, modificada por la Ley 2460 de 2025 (ley de salud mental), e implementar la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033.
5.	<b>Reducción de la mortalidad en las vías del país</b>	Intervenciones concretas, focalizadas e individualizadas que permitan reducir la severidad de la accidentalidad vial y reducir de manera inmediata la mortalidad y la lesión grave en las vías.	Fortalecer campañas de prevención vial a través de la agencia nacional de seguridad vial, y reglamentar la ley 1702 de 2013 que crea dicha agencia.  Modificar la resolución 3752 de 2015 que define los requisitos en materia de seguridad activa y pasiva para uso en vehículos automotores, remolques y semirremolques.  Actualizar la normatividad sobre estándares obligatorios de seguridad vial y fortalecer acciones de IVC.

Tabla ejecutiva			
Capítulo VI. Medidas para fortalecer la gobernanza del sistema de salud			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.	<b>Creación de una unidad de planeación para el sistema de salud</b>	Crear una unidad de planeación en salud que trascienda el rol consejero del conocido Consejo Nacional de Salud y que, conformado por expertos independientes, formule la hoja de ruta del sistema de salud en el largo plazo.	Norma con rango de ley.
2.	<b>Gobernanza, datos e inteligencia para la toma de decisiones</b>	Mejorar la gobernanza del sistema mediante datos oportunos, interoperables y de calidad, apoyados en analítica e inteligencia para tomar decisiones basadas en evidencia a nivel nacional y territorial.	Reglamentación. Reglamentar el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial. Art. 3, ley 1966/19.
Capítulo VII. Participación, corresponsabilidad y resolución de conflictos en salud			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.	<b>Fortalecimiento de asociaciones de usuarios y pacientes</b>	Fomentar y formalizar las asociaciones de usuarios y pacientes. También garantizar espacios de participación.	Desarrollar el decreto 780/16 (artículo 2.10.1.1.10.).
2.	<b>Medidas frente a inasistencia y mal uso de medicamentos por parte de pacientes</b>	Implementar estrategias de educación, seguimiento e incentivos que reduzcan la inasistencia a citas y el uso inadecuado de medicamentos, mejorando la adherencia terapéutica, los resultados en salud y la eficiencia del gasto.	Artículo 10, LES. Deberes de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud.
3.	<b>Medidas para lograr la desjudicialización en salud</b>	<p>Procedimiento de resolución anticipada de conflictos. Podría adaptarse a través de uno de los Medios Alternativos de Solución de Conflictos MASC, como la conciliación o la autocomposición.</p> <p>Centros de apoyo judicial en salud. Reglamentar herramienta para que los jueces pueden acceder a los servicios de diversos profesionales de la salud, quienes evaluarán las solicitudes de tutela mediante un concepto que sigue los protocolos médicos, con base en evidencia científica. Su concepto podría encuadrarse dentro del medio probatorio denominado informe técnico.</p> <p>Definición de tiempos de espera. Reglamentar los tiempos máximos para especialidades médicas y procedimientos en salud.</p> <p>Jurisdicción especial en salud. Creación de la especialidad en salud dentro de la jurisdicción ordinaria, la cual se ocuparía de resolver las controversias en salud planteadas por los usuarios del sistema.</p>	<p>Reglamentación de la ley 2220 de 2022 (Estatuto de Conciliación) a cargo de Minsalud y Minjusticia.</p> <p>Reglamentación del artículo 165 del Código General del Proceso a cargo de Minsalud y Minjusticia.</p> <p>Reglamentar el artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012</p> <p>Ley Estatutaria.</p>

Tabla ejecutiva			
Capítulo VIII. Medidas para la adopción costo eficiente de las tecnologías, mecanismos de compra y adopción tecnológica.			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.	<b>Política farmacéutica para acceso, calidad, seguridad y uso racional</b>	Adoptar una política farmacéutica integral que garantice el acceso oportuno y equitativo a medicamentos de calidad, seguros y costo-efectivos, promoviendo además el uso racional y la sostenibilidad del gasto farmacéutico.	Reglamentar artículo 23 de la LES.
2.	<b>Umbrales de costo-efectividad ajustados por sobrevida</b>	Definir umbrales de costo-efectividad que consideren la ganancia en sobrevida y calidad de vida, para priorizar la financiación de tecnologías en salud que aporten mayor valor sanitario por peso invertido.	Ley. Modificar el artículo 15, Ley Estatutaria 1751 de 2015.
3.	<b>Mercados electrónicos transaccionales regulados para la compra y venta de servicios y tecnologías seleccionados en salud</b>	Desarrollar mercados electrónicos regulados que permitan la compra y venta de servicios y tecnologías en salud con mayor transparencia, competencia y eficiencia en precios, facilitando la negociación entre actores.	Legal. Por riesgos en materia de libre competencia, esta regulación debería provenir del legislador.
Capítulo IX. Talento Humano en salud y Gestión del conocimiento			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.	<b>Examen único para especialidades</b>	Establecer un examen único para especialidades	Ley para establecer el requisito.
Capítulo X. Promoción de los mercados privados de salud			
N°	Título	Objetivo	Mecanismo
1.	<b>Promoción de planes voluntarios de salud</b>	Implementar incentivos que permitan estimular la actividad y promover sus beneficios.	Reglamentar artículo 39, ley 1438/11, que dispone que el Gobierno Nacional estimulará la creación, diseño, autorización y operación de PVS.
2.	<b>Plan de exportaciones de servicios de salud</b>	Impulsar la exportación de servicios de salud de alta calidad como fuente de divisas, innovación y empleo, posicionando a Colombia como destino competitivo de turismo en salud y servicios médicos especializados.	Reglamentar la Ley 1004 de 2005 para masificar y alinear los incentivos y regulación existentes con una política de turismo médico para promover la creación de Zonas Francas Permanente Especial (ZFPE).  Reglamentar los otros planes voluntarios de que trata el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, y desarrollar el artículo 39 que establece la obligación del Gobierno Nacional de estimular la creación de Planes Voluntarios.



**12**

## **Lo que Colombia necesita saber: diez principios para salvar el sistema de salud**

Resumen en lenguaje ciudadano de las propuestas de ACEMI para la estabilización, recuperación y fortalecimiento del Sistema de Salud en Colombia · 2026-2030



## Una hoja de ruta para los colombianos

### De qué se trata la propuesta de Acemi, por qué importa y qué cambios concretos significaría en la vida de cada colombiano?

El sistema de salud colombiano fue, durante décadas, un motivo de orgullo. Dio cobertura universal a más de 50 millones de personas y fue reconocido en el mundo como un modelo exitoso de alianza entre el Estado y el sector privado. Hoy ese sistema está en crisis. No por ser un mal sistema, sino porque en los últimos años se acumularon deudas no pagadas, decisiones mal tomadas y reformas que generaron más incertidumbre que soluciones. El sistema de salud colombiano fue convertido en un escenario de disputa política y sus actores en parte de este juego de poder.

ACEMI, la asociación que agrupa a las principales EPS del régimen contributivo, presenta un conjunto de propuestas concretas, urgentes y de mediano plazo para estabilizar el sistema, devolverle la confianza a los colombianos y garantizar que quien necesite atención médica la pueda recibir. A continuación, esas propuestas se resumen en diez principios fundamentales.

## Los diez principios de la propuesta

### 01 Principio 1 El sistema está enfermo, pero tiene cura

- El sistema de salud no colapsó de un día para otro. Su crisis fue el resultado de años de deudas sin pagar, leyes no reglamentadas, falta de transparencia y una reforma de salud que fracasó en el Congreso y dejó a su paso 18 millones de colombianos en EPS intervenidas que hoy no funcionan bien. El problema es grave, pero tiene solución si se actúa con decisión, técnica y sin demoras desde el primer día del nuevo gobierno.
- **✓ Para los colombianos:** que el sistema se recupere significa que los colombianos vuelvan a confiar en que, cuando se enfermen, van a ser atendidos a tiempo.

### 02 Principio 2 Primero, los pacientes: salvar vidas no puede esperar

- La primera medida que debe tomar el nuevo gobierno, desde el día uno, es crear un **Puesto de Mando Unificado por la Salud:** una sala de crisis nacional que identifique, cada día, a los pacientes más graves, garantice que reciban atención y resuelva los bloqueos administrativos que hoy les impiden acceder a sus medicamentos o cirugías. Los pacientes con cáncer, los que dependen de diálisis, los que tienen VIH, las mujeres embarazadas y los enfermos críticos en riesgo son la prioridad número uno.
- **✓ Para los colombianos:** que ningún colombiano siga muriendo o empeore porque el sistema no pudo organizarse a tiempo para atenderlo.

### 03 Principio 3 El Estado le debe al sistema: esa deuda hay que pagarla

- Entre 2021 y 2025, el gobierno calculó mal cuánto cuesta atender a cada colombiano. Pagó menos de lo que el sistema necesitaba. Esa diferencia, que ACEMI estima en 34,2 billones de pesos, es la causa principal de la crisis financiera del sector. Las EPS tuvieron que seguir atendiendo sin recibir suficientes recursos. Las clínicas y hospitales quedaron con carteras impagadas, y los pacientes quedaron atrapados en el medio. Para 2026 se necesitan al menos 9,5 billones adicionales sólo para estabilizar el año en curso. La deuda acumulada debe pagarse de forma gradual durante los cuatro años de gobierno.
- **✓ Para los colombianos:** que clínicas, hospitales y médicos vuelvan a recibir sus pagos a tiempo, para que puedan seguir prestando sus servicios sin interrupciones.

---

### 04 Principio 4 Las EPS intervenidas necesitan un veredicto justo y rápido

- **Siete EPS están hoy bajo intervención del Estado.** Esto significa que 18 millones de colombianos son atendidos por entidades en una especie de limbo jurídico y financiero. La propuesta es clara: en los primeros tres meses, el gobierno debe hacer una radiografía técnica de cada una de estas EPS. Las que no tienen posibilidades de sobrevivir deben liquidarse ordenadamente y sus afiliados trasladarse a otras EPS. Las que sí pueden recuperarse deben devolverse a sus dueños, con condiciones estrictas de mejora y vigilancia del Estado.
- **✓ Para los colombianos:** que 18 millones de colombianos dejen de estar en la incertidumbre y sepan con qué EPS cuentan para su atención.

---

### 05 Principio 5 El sistema necesita más plata y los recursos están al alcance

- **No hay que inventar nuevas fuentes de dinero desde cero.** Existen oportunidades concretas: cobrarles aportes a salud a quienes tienen ingresos y hoy están subsidiados sin necesitarlo; que las empresas grandes vuelvan a aportar a salud por todos sus trabajadores; gravar los cigarrillos electrónicos y el vapeo; destinar al sistema de salud los impuestos que ya se recaudan sobre bebidas azucaradas y comida ultra procesada; ajustar el descuento del SOAT que hoy beneficia a las motos pero deja sin recursos al sistema cuando estos motociclistas tienen accidentes; y revisar el traslado a los maestros del régimen FO-MAG, que hoy cuesta mucho más de lo que rinde, al sistema general de salud. En conjunto, estas medidas pueden generar más de 22 billones de pesos adicionales al año.
- **✓ Para los colombianos:** que el sistema tenga los recursos suficientes para pagar médicos, medicamentos, cirugías y hospitales sin necesidad de recortes o crisis permanentes.

## 06 Principio 6 Quien puede pagar algo, debe contribuir

- En Colombia, más de 26 millones de personas están en el régimen subsidiado, es decir, el Estado paga totalmente su salud, pero muchas de ellas tienen capacidad económica para hacer un aporte. **Solo el 25% de los colombianos cotiza actualmente al sistema**, uno de cada cuatro colombianos. Eso no es sostenible. La propuesta no es quitarle el subsidio a los pobres; es asegurarse de que quien tiene ingresos reales haga su parte. También se propone revisar las cuotas que pagan los pacientes cuando usan el sistema (cuotas moderadoras y copagos), haciéndolas más justas y proporcionales al ingreso de cada persona.
- **✓ Para los colombianos:** que el sistema siga siendo gratuito o muy económico para quienes de verdad no pueden pagar, y que quienes sí pueden contribuyan de manera justa.

---

## 07 Principio 7 El aseguramiento debe modernizarse: compartir riesgos, no concentrarlos

- Hoy, cuando el sistema enfrenta gastos inesperados muy altos, todo el peso cae sobre las EPS. Eso genera quiebras y crisis. **La propuesta es crear un mecanismo** donde, cuando los gastos se disparan por causas fuera del control de las EPS, el Estado comparte parte de ese riesgo. Y al revés: cuando el sistema genera excedentes, parte de esos recursos van a un fondo de estabilización. Además, la fórmula con que se calcula cuánto recibe cada EPS por cada afiliado, la UPC, debe modernizarse para reconocer la diferencia entre atender a alguien sano y alguien con cáncer, diabetes o una enfermedad crónica.
- **✓ Para los colombianos:** que las EPS no quiebren por razones que no pueden controlar, y que los recursos que entran al sistema lleguen de forma más justa a quienes más los necesitan.

---

## 08 Principio 8 Prevenir cuesta menos que curar: invertir en salud pública y vida sana

- El sistema de salud colombiano gasta la mayoría de sus recursos en atender enfermedades que en muchos casos se pudieron haber prevenido. Colombia tiene una oportunidad enorme en fortalecer la vacunación, que hoy no llega al 90% de cobertura en biológicos clave, en atacar la obesidad y el sobrepeso que ya afectan a más de la mitad de los adultos, en mejorar la salud mental y en reducir las muertes en accidentes de tránsito, que mataron a cerca de 9 mil personas en 2025. **Cada peso invertido en prevención evita gastar diez en tratamiento.**
- **✓ Para los colombianos:** que los colombianos vivan más años y con mejor calidad de vida, y que el sistema de salud no tenga que apagar incendios todo el tiempo porque los evitó antes.

## 09 Principio 9 La tecnología y los medicamentos deben usarse con criterio

- **Colombia tiene hoy uno de los planes de beneficios más amplios del mundo, es ambicioso y por ello retador financieramente. No se trata de retroceder en esos beneficios pero si de evaluar con rigor lo que va a financiarse con gasto público, la forma como se va a negociar y a comprar y la manera en que los médicos prescriben con racionalidad y pertinencia.** La propuesta es definir con claridad y transparencia qué cubre el sistema público —con base en evidencia científica—, comprar medicamentos de manera centralizada para conseguir mejores precios, y crear una plataforma digital donde clínicas y EPS puedan comparar precios y contratar servicios de forma transparente.
- **✓ Para los colombianos:** que los colombianos sepan exactamente qué les cubre el sistema de salud, y que los recursos alcancen para cubrirlo de verdad.

---

## 10 Principio 10 Sin datos, sin transparencia y sin talento humano no hay sistema posible

- El sistema de salud colombiano no tiene hoy un sistema de información unificado. **Los datos son fragmentados, llegan tarde y nadie tiene una visión completa de lo que está pasando.** Además, faltan médicos especialistas en regiones apartadas, faltan enfermeras, faltan técnicos en salud. La propuesta es crear una unidad de planeación independiente que piense el sistema a largo plazo sin presiones políticas, construir un sistema de información interoperable en tiempo real y definir una política explícita de formación y distribución del talento humano en salud, con becas para quien estudie especialidades deficitarias y se comprometa a trabajar en territorios que más lo necesitan.
- **✓ Para los colombianos:** que cualquier colombiano, en cualquier rincón del país, pueda acceder a un médico o especialista de calidad cuando lo necesite.

## Una invitación a construir juntos

ACEMI y las EPS agremiadas, seguimos contribuyendo de manera técnica y responsable a una conversación que Colombia necesita urgentemente: ¿qué sistema de salud queremos tener? ¿Y cómo lo pagamos entre todos?

Son más de treinta años de construcción colectiva. Hay errores que reconocer, deudas que pagar, reformas que hacer con calma y sin improvisación. Pero también hay enormes capacidades instaladas: médicos, enfermeras, clínicas, tecnología y, sobre todo, millones de colombianos que merecen un sistema de salud a la altura de sus necesidades.

---

**“El próximo gobierno tiene una oportunidad histórica: estabilizar el sistema y construir bases sólidas para el futuro. Esta propuesta es una guía concreta para hacerlo. ACEMI está lista para trabajar, con todos los actores del sistema, en su implementación”.**

**Ana María Vesga,**  
Presidenta de ACEMI



Asociación Colombiana de  
Empresas de Medicina Integral

