PRESUPUESTO MÁXIMO: SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – CUIDADORES

El sistema de salud en Colombia enfrenta retos significativos para garantizar la provisión de servicios y tecnologías de acuerdo con las necesidades de la población, dentro de un marco que preserve su sostenibilidad financiera. En este contexto, se han introducido transformaciones en los esquemas de financiación, especialmente en lo relacionado con los servicios y tecnologías que no están cubiertos con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La Ley 1955 de 2019[1] en el artículo 240, modificó el esquema de reconocimiento de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC y no excluidos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Para este fin, se adoptó la figura de los techos o presupuestos máximos: un monto anual que la Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES) gira de manera anticipada a cada Entidad Promotora de Salud (EPS), tanto del régimen contributivo como del subsidiado, destinado a la gestión y financiación de estos servicios y tecnologías no cubiertos por la prima de aseguramiento.

El presupuesto máximo financia los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC, que corresponden a algunos medicamentos para enfermedades huérfanas, los servicios complementarios, la mayoría de los medicamentos nuevos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) y medicamentos utilizados para una indicación diferente a las aprobadas por la agencia reguladora.

[1] Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, titulado “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad.

Antes del presupuesto máximo

Previo a la implementación del mecanismo de presupuesto máximo a partir de marzo de 2020, los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC eran reconocidos y pagados por los recursos públicos del sistema de salud mediante la figura de recobro/cobro. En este esquema, las EPS recibían un reembolso retrospectivo, por parte de la ADRES (y antes por el FOSYGA), del valor pagado por un servicio o tecnología en salud no cubierto por la UPC. Asimismo, este proceso consta de un trámite de tipo administrativo adelantado por la EPS ante la ADRES bajo una serie de reglas de auditoría. Este proceso aún se encuentra contemplado como fuente de financiación para algunas excepciones.

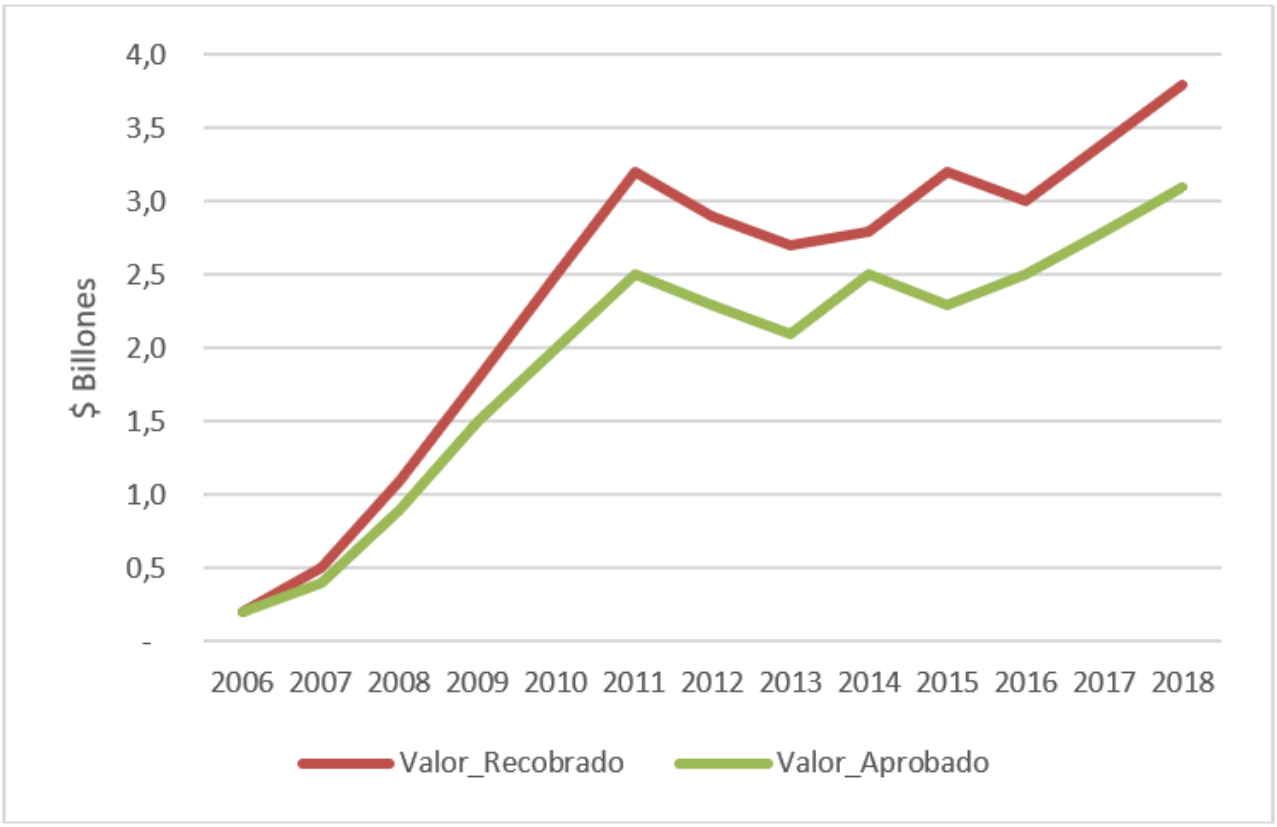
El comportamiento del gasto asociado al proceso de recobros al sistema de salud fue un aspecto determinante que motivó la búsqueda de nuevas estrategias para gestionar los recursos públicos destinados a los servicios de salud por fuera de la prima de aseguramientos. De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la demanda de servicios y tecnologías por fuera de la UPC aumentó de forma significativa entre los años 2006 a 2018, caracterizada por una presión financiera sobre el sistema y puso en riesgo su sostenibilidad, especialmente en el régimen contributivo.

La gráfica muestra la evolución de los recobros en el régimen contributivo desde el año 2006 hasta 2018. En los primeros años, los recursos aprobados para el pago presentaron una pendiente más pronunciada hasta el año 2011; en este periodo, el valor aprobado para pago aumentó 12 veces respecto al monto de 2006. A partir del año 2012, la tendencia se estabilizó con un crecimiento moderado y hasta con caídas en algunos años, lo que sugiere un proceso de contención o depuración del proceso de recobros, así como la implementación de reglas de auditoría, considerando que aumentó la brecha entre el valor recobrado y el aprobado para pago.

En esta segunda etapa, el valor aprobado para pago creció en promedio un 15% anual con una tendencia creciente a partir de 2015, año en el cual se promulgó la Ley Estatutaria de Salud[2], y sobre lo cual se esperaba una disminución en el número de recobros en el sistema; sin embargo, esto no ocurrió y se agudizó la presión de recursos necesarios para su financiación.

[2] Ley 1751 de 2015, es una de las normas más importantes, ya que eleva el derecho a la salud a la categoría de derecho fundamental autónomo.

Gráfico 1. Evolución del recobro/cobro régimen contributivo



Fuente: elaboración propia tomado del documento Metodología para la definición del presupuesto máximo 2020 - Ministerio de Salud y Protección Social.

La tendencia de los recobros en el sistema se fundamenta, en primer lugar, por las acciones judiciales o tutelas interpuestas por los pacientes para acceder a un servicio negado y, en segundo lugar, a través de los Comités Técnico Científicos de las EPS[3]. Por otro lado, las actualizaciones integrales del contenido de servicios y tecnologías de salud a financiar con la UPC no revirtieron en ningún caso la tendencia, así como la presión de recursos para financiar los recobros.

Presupuesto máximo

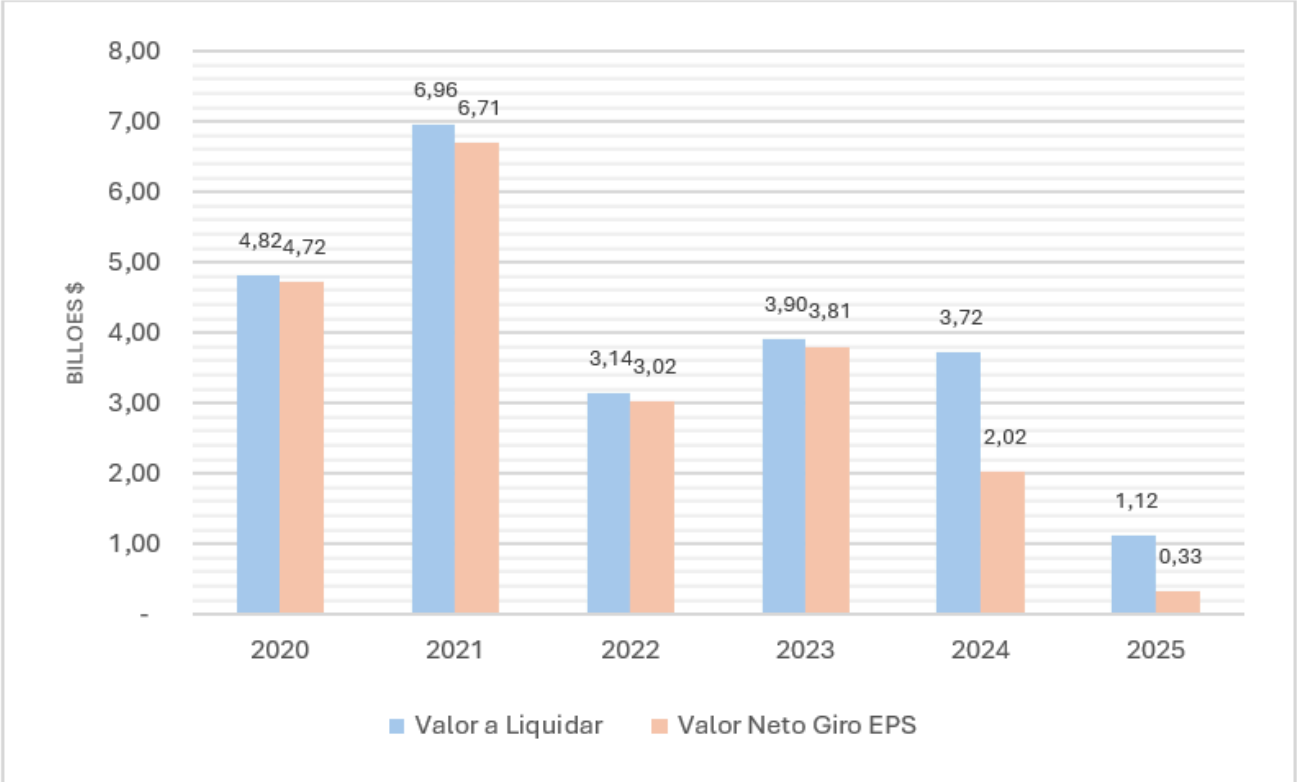
En un contexto de presión de recursos necesarios para cubrir la demanda de los servicios y tecnologías, a partir de marzo de la vigencia 2020 y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, inició el mecanismo de presupuesto máximo.

[3] Los Comités Técnico-Científicos (CTC) fueron órganos transitorios de carácter consultivo y resolutivo dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, encargados de autorizar tecnologías o servicios en salud no incluidos en el Plan de Beneficios (PBS) cuando un profesional tratante los consideraba necesarios.

Su metodología se caracteriza por tener en cuenta las cantidades y un valor para los servicios y tecnologías en salud, contempla factores de ajuste o deltas de frecuencia por tipo de servicio prestado, así como valores de referencia y los precios regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Es importante señalar que la expresión del presupuesto máximo no corresponde a la definición de una prima, dado que el valor y la liquidación corresponden a un monto global de recursos definido para una vigencia completa.

A continuación, se relacionan los valores de presupuesto máximo ordenado para giro y los efectivamente girados por la ADRES a las EPS dentro del proceso de liquidación de estos presupuestos para ambos regímenes[4].

Gráfico 2. Valor ordenado para giro de presupuesto máximo



Fuente: Elaboración propia - Lupa al Giro ADRES Julio 2025 - Presupuesto Máximo

La anterior gráfica evidencia el giro de presupuesto máximo desde la vigencia 2020 hasta 2025. En este periodo se han dado dos actualizaciones integrales de los servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC.

[4]Los valores de giro y liquidaciones de presupuesto máximo de la ADRES se imputaron al año correspondiente con base a la columna “periodo” de los archivos de lupa al giro.

La primera actualización se dio para la definición de la UPC de la vigencia 2022, por lo que explica el descenso del valor de presupuesto máximo de la vigencia 2021 a 2022, donde disminuyó en cerca de dos terceras partes del presupuesto asignado.

Cómo se concibió este mecanismo marcó una diferencia sustancial con lo que ocurría en el esquema de recobros, porque les permitió a las entidades contar con recursos de forma ex ante girados de forma mensual y proporcional; esto se mantuvo hasta los reconocimientos de presupuesto máximo de la vigencia 2021 ya que a partir de la vigencia 2022 el reconocimiento y giro del presupuesto máximo empezó a presentar rezagos, lo que implicó una falta de liquidez por parte de la EPS para asumir los costos de los servicios y tecnologías en salud.

Son varias las causas de este rezago, pero la principal obedece a la disponibilidad presupuestal de la ADRES para efectuar los giros o liquidar el presupuesto máximo al sistema. Entre otras de las causales, también se puede identificar el momento en el cual el MSPS define el presupuesto máximo y lo reconoce, y también los trámites de tipo administrativo entre la ADRES y las EPS para efectuar los giros.

A continuación, podemos observar la apropiación definitiva del rubro de presupuesto máximo y de los ajustes al inicio y final de cada vigencia, en los cuales se puede identificar que, a partir de la vigencia 2022 los recursos del presupuesto máximo iniciaban desfinanciados y que, a lo largo de la vigencia corriente se dieron adiciones presupuestales, en varios casos mientras se daba el reconocimiento por parte del MSPS.

Sin embargo, para algunos años, la apropiación definitiva de recursos al cierre de la vigencia no fue suficiente para asumir las obligaciones de presupuesto según las estimaciones de lo que debería ser reconocido, por lo que se apropiaron recursos a la cuenta de ajustes de vigencia pasadas.

Apropiación definitiva para financiar el presupuesto máximo

Billones de pesos

	2020		2021		2022	
	mar-20	dic-20	ene-21	dic-21	ene-22	dic-22
Presupuesto Máximo Régimen Contributivo	3,39	3,49	4,13	4,31	1,46	1,64
Presupuesto Máximo Régimen Subsidiado	0,61	0,72	0,92	1,15	0,64	0,68
Total	**4,00**	**4,21**	**5,05**	**5,47**	**2,10**	**2,31**
Ajuste Presupuestos Máximos Régimen Contributivo, Vigencias Anteriores	-	-	-	0,27	0,13	0,37
Ajustes Presupuestos Máximos Régimen Subsidiado, Vigencias Anteriores	-	-	-	0,36	0,08	0,33
Total				**0,63**	**0,22**	**0,70**

	2023		2024		2025	
	ene-23	dic-23	ene-24	dic-24	ene-25	jul-25
Presupuesto Máximo Régimen Contributivo	1,21	2,00	0,22	2,17	0,35	1,55
Presupuesto Máximo Régimen Subsidiado	0,48	0,77	0,10	0,92	0,15	0,59
Total	**1,69**	**2,76**	**0,32**	**3,10**	**0,50**	**2,14**
Ajuste Presupuestos Máximos Régimen Contributivo, Vigencias Anteriores	0,56	0,68	-	1,25	1,01	1,01
Ajustes Presupuestos Máximos Régimen Subsidiado, Vigencias Anteriores	0,24	0,28	-	0,76	0,53	0,56
Total	**0,79**	**0,97**	**-**	**2,01**	**1,54**	**1,57**

Fuente: ejecución del gasto – jul 2025 - ADRES

Durante la vigencia 2022 el presupuesto apropiado para el reconocimiento y pago del presupuesto máximo no fue suficiente, según el reconocimiento para este año que fue de $3 billones. Hasta el primer semestre de la presente vigencia la ADRES realizó los pagos correspondientes para cerrar una deuda de 820 mil millones, mediante el presupuesto apropiado en 2025 correspondiente al rubro de ajustes presupuestos máximos de vigencia pasadas para ambos regímenes, esto en cumplimiento del Auto 2049 de 2024 proferido por la Corte Constitucional[5], cerrado así el reconocimiento y pago de la vigencia 2022.

Para la vigencia 2023, la apropiación definitiva para asumir los compromisos corrientes de dicha vigencia fue de 2,7 billones.

[5] Declara un incumplimiento general del componente de suficiencia del Presupuesto Máximo.

En este orden, al igual que en 2022, los recursos apropiados para el adecuado financiamiento del presupuesto máximo no se dispusieron de forma completa, considerando que para 2023 el presupuesto reconocido fue de 3,9 billones. Esta situación generó falta de liquidez en el presupuesto máximo en dicha vigencia; sin embargo, a la fecha, ya fue reconocido y pagado el presupuesto máximo de 2023.

Respecto a la vigencia 2024, el panorama es el mismo; se estima que para esta vigencia el presupuesto reconocido supera los 4 billones; sin embargo, la apropiación presupuestal definitiva al cierre de esta vigencia fue de 3,1 billones de pesos, por lo que también se caracterizó por ser un año de retraso en las asignaciones y liquidación de los recursos de presupuesto máximo. Se debe indicar que para este año se dio una actualización integral de los servicios y tecnologías con cargo a la UPC, por lo que la definición del valor de presupuesto máximo para esta vigencia parte de una disminución en los medicamentos, procedimientos y APME, como se explicará más adelante. Para esta vigencia se observa un valor liquidado de presupuesto de $3,7 billones, por lo que aún no se ha cerrado la brecha para reconocer y pagar la totalidad de la vigencia.

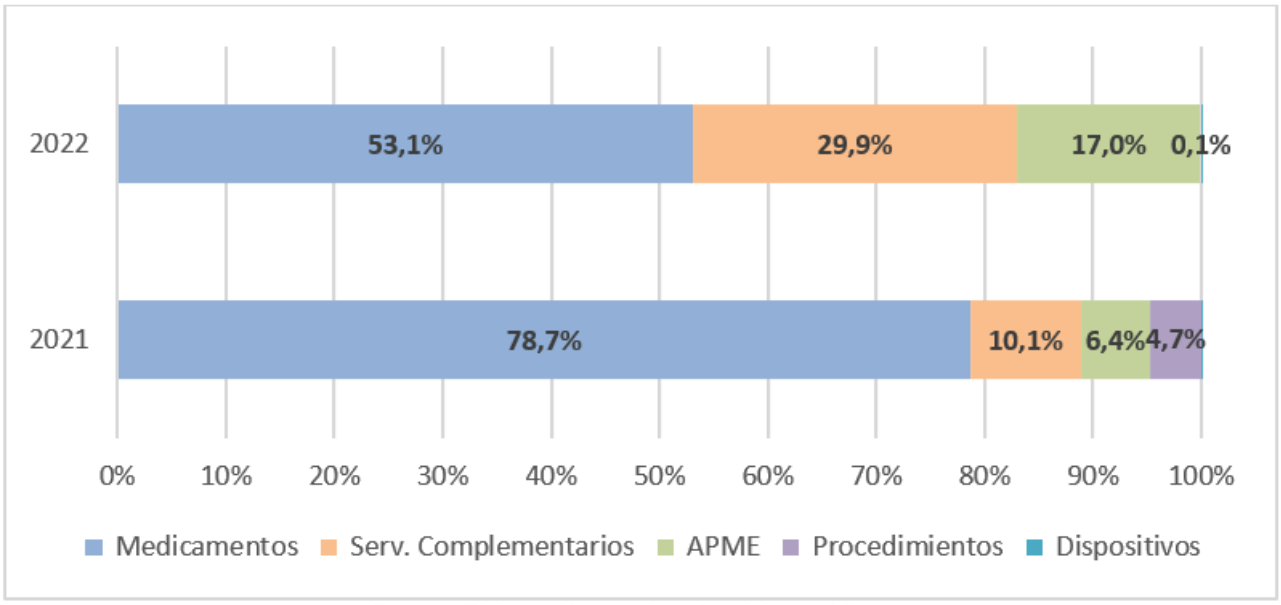
Frente a la vigencia 2025, considerando la distribución de componente del presupuesto máximo y el crecimiento del valor de los suministros en MIPRES entre las vigencias 2020, 2021 y 2022[6], así como la asignación de presupuesto máximo de la vigencia 2023 y considerando la inflación causada de la vigencia 2025, la estimación de presupuesto máximo de esta vigencia estaría entre los $4,4 y $4,6 billones. A julio de 2025 la apropiación es de $2,1 billones para giro, quiere decir, podrían faltar entre el 50% y 55% de los recursos en el presupuesto de la ADRES para cubrir la vigencia 2025. Como se observa en el gráfico 2 se han ejecutado $1,2 billones, por lo que en términos proporcionales no se ha reconocido y girado los recursos que corresponden ser girados a julio, que estarían en el orden de los $2,2 billones.

[6] Tomado el valor suministrado de la vigencia 2020 ($2 billones), 2021 ($2,7 billones), 2022 ($3,4 billones) de la base de suministros de MIPRES sobre el universo de servicios y tecnologías financiados a partir de la vigencia 2022, se calculó un crecimiento promedio anual del 27% al 34%, ponderado por la participación de cada componente sobre el total de recursos y descontando el valor de la actualización de UPC sobre la asignación inicial de presupuesto máximo de la vigencia 2023.

El panorama de la vigencia 2025 y de acuerdo con la dinámica de años recientes se prevé que continúe la dificultad por parte de las entidades para asumir las obligaciones de los servicios y tecnologías financiadas cargo al presupuesto máximo. Quiere decir que, para la presente vigencia, el MSPS no ha garantizado la suficiencia del presupuesto máximo, considerando que la apropiación de los recursos es parcial. Los pagos realizados por la ADRES en el transcurso del segundo semestre podrían presentar retraso dado que no se apropian los recursos necesarios y completos para garantizar el pago de los PM durante toda la vigencia. Situación que pone en riesgo el goce efectivo del derecho a la salud de los afiliados al SGSSS.

A partir de la vigencia 2022 la composición de lo que financiaba el presupuesto máximo antes y después de dicha actualización se puede observar a continuación:

Gráfico 3. Componentes del presupuesto máximo



Fuente: Elaboración propia – Suministros Mipres.

En la gráfica del componente de presupuesto máximo se puede apreciar la distribución de cada uno de los componentes que financia el presupuesto máximo antes y después de la actualización integral de la vigencia 2022. La actualización integral de los servicios y tecnologías financiados con la UPC se estableció mediante la Resolución 2292 de 2021[7]. Esta actualización produjo que el componente de medicamentos en presupuesto máximo disminuyera en su porcentaje de participación, pasando del 78,7% al 53,1% de 2021 a 2022.

[7] La resolución que actualizó el listado de servicios y tecnologías en salud financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la vigencia 2022.

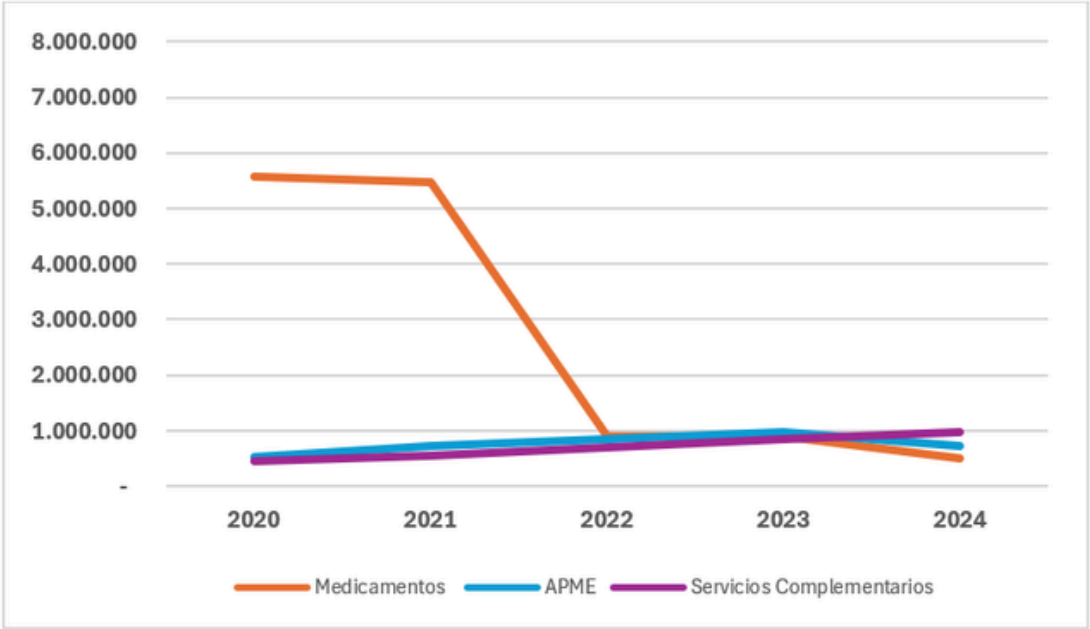
En tanto, el componente de servicios complementarios aumentó su participación, sin cambios en su composición interna, lo que produjo un incremento en el componente de los servicios complementarios entre la vigencia 2021 a 2022 del 10% al 30%.

La segunda actualización integral del listado de servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC se dio de la vigencia 2023 a 2024, que afectó el contenido de presupuesto máximo. En esta oportunidad se incluyeron medicamentos por un valor de 388 mil millones y se incluyeron los APME que se utilizan en el ámbito hospitalario, para aquellos pacientes que presenten requerimientos nutricionales especiales o por condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos. Lo anterior quiere decir que migraron algunos APME de la financiación de presupuesto máximo a la UPC. Según el estudio de suficiencia del cálculo de la UPC[8], el valor derivado del análisis de APME dentro del cálculo de la UPC 2024 asciende a 64 mil millones de pesos.

Frente a los procedimientos, 46 procedimientos se contemplaron en la actualización de servicios y tecnologías financiados con la UPC para 2024. Según el estudio de suficiencia del cálculo de la UPC el valor derivado del análisis de procedimientos dentro del cálculo de la UPC 2024 asciende a 2.387 millones de pesos. Esto significó una migración de procedimientos antes financiados con presupuesto máximo a ser financiados con la UPC. Actualmente, están financiados con recursos de presupuesto máximo el 96.5% del total de oferta farmacéutica autorizada por la autoridad competente para ser comercializada en el país.

[8] https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx

Gráfico 4. Número de prescripciones

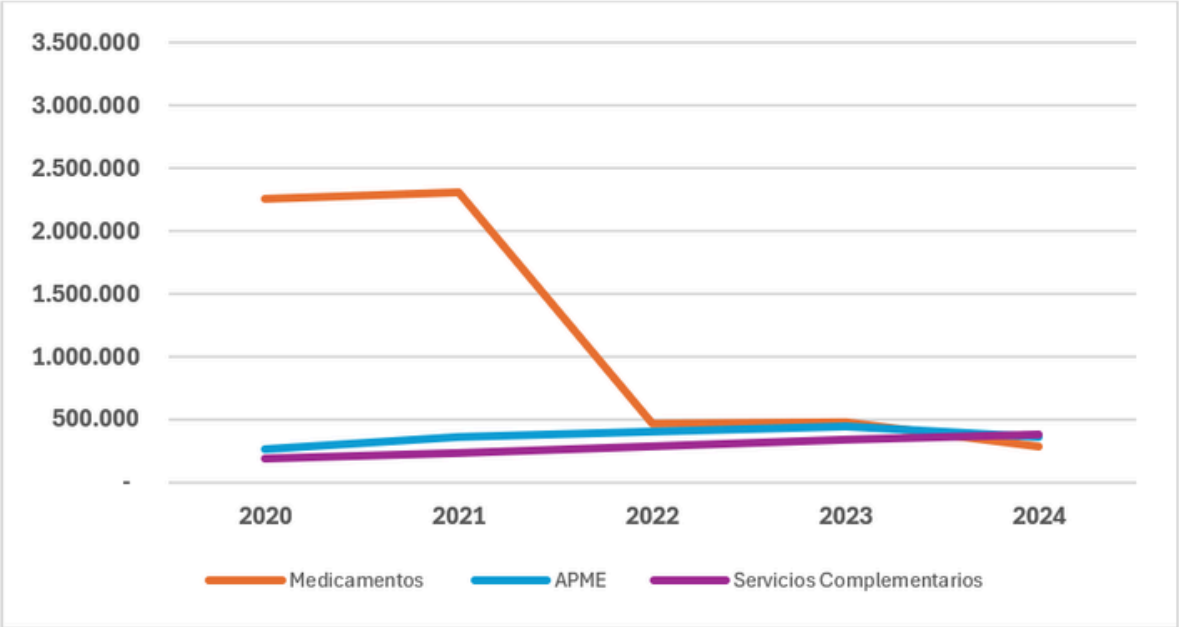


Fuente: Elaboración propia – prescripciones Mipres – Cubo SISPRO

La gráfica muestra la evolución anual de los tres componentes más representativos prescritos a través de MIPRES entre los años 2020 y 2024. Las prescripciones de medicamentos entre 2020 y 2021 se mantienen por encima de los 5 millones y en 2022 se presenta un descenso abrupto, sobre un millón de prescripciones, esto producto de la amplia actualización de los medicamentos que ingresaron a ser financiados con cargo a la UPC. De igual forma se presenta un leve descenso en la vigencia 2024 por la misma causa.

Los APME muestran una tendencia ligeramente ascendente desde 2020 hasta 2024 cuando se migraron algunos de estos productos a la financiación con la UPC. Para los servicios complementarios tendencia similar a los APME, pero no presenta descensos en ningún año y viene aumentado en promedio un 21% anual. A nivel de régimen, el 54% de las prescripciones se encuentran en servicios prestados a los afinados del régimen contributivo y el restante 46% al régimen subsidiado.

Gráfico 5. Número de personas que recibieron prescripción



Fuente: Elaboración propia – prescripciones Mipres – Cubo SISPRO

La gráfica muestra la evolución anual del número de personas que recibieron prescripciones para los tres componentes de presupuesto máximo más representativos. Como se observa la tendencia de cada uno de los componentes es similar, así como en los descensos en el año 2022 y 2024 para medicamentos y APME. Antes de la actualización integral de la UPC en 2022, en presupuesto máximo alrededor de 2,7 millones de personas recibieron prescripción de servicios y tecnologías mediante este mecanismo, después de dicha actualización el número de personas disminuyó a alrededor de un (1) millón.

Número de personas que recibieron prescripción por régimen

Componente	Contributivo		Subsidiado		Número de personas	
Dispositivos médicos	253	0,0%	214	0,0%	467	0,0%
Medicamentos	208.320	36,0%	78.553	15,8%	284.479	26,7%
Procedimientos	20.284	3,5%	21.347	4,3%	41.381	3,9%
APME	164.404	28,4%	198.413	39,9%	360.214	33,8%
Servicios complementarios	184.794	32,0%	198.635	40,0%	380.713	35,7%
Total	**578.055**	**100,0%**	**497.162**	**100,0%**	**1.067.254**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia – prescripciones Mipres 2024 – Cubo SISPRO

En el régimen contributivo, el número de personas que reciben prescripción se concentra en medicamentos (36,0%), seguido de APME (28,4%). En tanto para el régimen subsidiado se observa una mayor proporción de servicios complementarios (39%) y APME (40%), lo que puede reflejar barreras estructurales en el acceso a medicamentos o diferencias en el perfil epidemiológico.

El componente de servicios complementarios mantuvo su contenido en el presupuesto máximo, pues la prima de aseguramiento no financia este tipo de servicios, por lo que su financiación está con cargo al presupuesto máximo, sobre el cual profundizaremos a continuación en cuanto a su representatividad y gestión.

La resolución 740 de 2024[1] define el servicio complementario como:

"servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad. Comprende:

Servicio: organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada.

Tecnología: conjunto de técnicas, instrumentos y procedimientos industriales que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico de un determinado sector o producto".

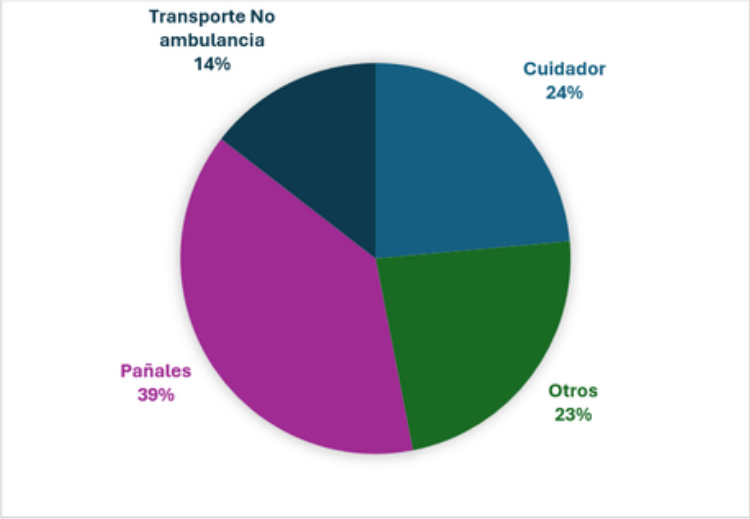
[9] Establece el procedimiento actualizado para el acceso, prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC, utilizando la plataforma MIPRES

En presupuesto máximo, según la Resolución 067 de 2024[10], el reconocimiento y pago de este tipo de servicio está contemplado para los servicios complementarios prescritos por el profesional de la salud, autorizados u ordenados por autoridad competente. Estos servicios deben surtir el proceso de Junta de profesionales de la salud, según lo establecido en la Resolución 740 de 2024. Si se trata de un fallo de tutela deberá cumplir con lo dispuesto en el artículo 26 de la Resolución 740 de 2024.

En la vigencia 2022, sobre la información posterior a la actualización integral, los servicios complementarios representaban el 30%, que correspondió a un gasto de un (1) billón de pesos, según el módulo de suministros de MIPRES; ahora, mantenida esta participación sobre el valor reconocido de presupuesto máximo para la vigencia 2023, el gasto para este componente estaría en el orden de los $1,2 billones. Considerando la estimación de presupuesto máximo para la vigencia 2025, los recursos destinados para la financiación de servicios complementarios se estima que estarían como mínimo en el orden de $1,5 billones[11].

Los servicios complementarios están conformados por diferentes tipos de servicios o tecnologías, como lo son pañales, cuidadores, transporte, alojamiento, calzado, jabones, elementos de aseo personal en general, hospedaje, lentes, masajes, lociones, medicamentos fitoterapéuticos y homeopáticos, suplementos, pañitos, terapias asincrónicas, entre otros tipos de servicios o tecnologías. A continuación, se puede observar la distribución del gasto de los servicios complementarios más representativos.

Gráfico 7. Distribución de los componentes de presupuesto máximo



Fuente: MIPRES suministros 2022

[10] Establece un marco metodológico unificado que rige el Presupuesto Máximo para financiar servicios y tecnologías en salud no financiados con UPC ni cubiertos por otras fuentes del SGSSS.
[11] Estimación: Parte de la variación de recursos y de la distribución del gasto de los componentes de presupuesto máximo desde la vigencia 2022 y no producto de la aplicación de la metodología de cálculo de presupuesto máximo.

En la anterior gráfica se puede apreciar la distribución del gasto de los servicios complementarios; los pañales se constituyen en los que más gasto representa, estos para 2022 asciende a las $401 mil millones que equivale al 39%, en tanto los cuidadores representaron el 24% del gasto total dentro del componente, por lo que son el segundo servicio con mayor gasto y que por su impacto en término económico y social merecen una atención diferente desde su gestión, por lo cual profundizaremos a continuación.

Cuidadores

Los cuidadores se constituyen en un aspecto indispensable para el bienestar de las personas, las familias y la sociedad. En el caso local son las mujeres el género que ejerce en mayor medida esta labor, en muchos casos sin la debida remuneración económica por su trabajo. La responsabilidad y funciones realizadas en la labor del cuidado se pueden se traducir en tiempo dedicado, así como en dejar de realizar otro tipo de actividades que genera un ingreso o le permitan al cuidador devengar una remuneración o hacer parte del mercado laboral y en el ámbito educativo, aspecto relevante en lo concerniente a la productividad, bienestar y la economía del cuidado.[12]

Entre los diferentes tipos de cuidadores, podemos identificar aquellos que realizan una labor directa, como ayudar a bañarse, comer, trasladar; los cuidados indirectos se pueden referir a actividades como cocinar, aseo o limpieza, compras; y los cuidados pasivos se llevan a cabo al vigilar o estar pendiente de personas que requieren atención (niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores, enfermas).[13]

Desde una perspectiva de cuidado para el mejoramiento de la salud, los cuidadores directos y pasivos conforman los tipos de cuidado que mayor impacto tiene para el bienestar de una persona que recibe cuidado con el propósito de mejorar su salud y bienestar.

Los cuidadores son fundamentales para el funcionamiento de la sociedad y la economía; son un eje estructural que, remunerado o no remunerado, actúa de forma determinante en la niñez, vejez, la enfermedad y las personas discapacitadas, permitiendo que otras personas se desarrollen y vivan dignamente.

[12] Es el conjunto de relaciones sociales de producción, distribución, intercambio y consumo de servicios de cuidado, que pueden ser de tipo mercantil, o no mercantil y están mediadas por elementos históricos, culturales, ideológicos e institucionales. Fuente: conceptos estandarizados DANE.
[13] https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/tiempo-de-cuidados-cifras-desigualdad-informe.pdf?utm_source=

También el cuidado hace posible que todas las demás actividades humanas, como el estudio, el ocio, el trabajo y la participación ciudadana se realicen.

Desde el ámbito económico, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) estima que el valor económico deltrabajo doméstico y de cuidado no remunerado (TDCNR)[14] representa cerca del 20% del PIB, más que otros sectores, permitiendo que millones de personas participen del mercado laboral, siendo productivas y liberando tiempo, por lo que el costo del cuidado sería significativo si este se tuviera que asumir por el Estado.

Algunas cifras del cuidado

Según cifras del (DANE) en las cuentas satélites de economía del cuidado, para 2021 la población desocupada y fuera de la fuerza de trabajo dedicó un total de 26.716 millones de horas anuales al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (TDCNR), de las cuales el 85,2% corresponde a las mujeres y el 14,8% a los hombres.

En el análisis del (TDCNR) durante 2021, se evidencia una marcada desigualdad de género. De los 3.699 millones de horas que la población desocupada destinó a estas labores, el 70,3 % fue aportado por mujeres (equivalente a 2.601 millones de horas), mientras que los hombres contribuyeron con el 29,7 % restante (1.098 millones de horas).

Respecto a la población fuera de la fuerza de trabajo, esta dedicó 23.017 millones de horas anuales al TDCNR en 2021. Las mujeres representaron el 87,6 % de ese total, con 20.174 millones de horas, frente a los hombres, que aportaron 2.844 millones de horas, es decir, el 12,4 %.

En cuanto al total de horas aportadas por mujeres desocupadas y por fuera de la fuerza de trabajo en 2021, se acumularon 22.775 millones de horas, de las cuales el 88,6 % correspondió a mujeres fuera de la fuerza de trabajo.

Para el promedio 2022p–2023p, el TDCNR acumuló 32.458 millones de horas anuales por parte de la población desocupada y fuera de la fuerza laboral. De este total, el 85,1% fue asumido por mujeres, y solo el 14,9 % por hombres.

Al desagregar estas cifras:

- Las personas desocupadas dedicaron 4.985 millones de horas, de las cuales las mujeres realizaron 3.390 millones (68,0 %) y los hombres 1.595 millones (32,0 %).

[14] https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/cuentas-economicas-cuenta-satelite-economia-del-cuidado/cuenta-satelite-economia-del-cuidado-csec-historicos

- Entre quienes estaban fuera de la fuerza de trabajo, se destinaron 27.473 millones de horas, con una participación femenina del 88,2% (24.219 millones de horas) frente al 11,8% de los hombres (3.255 millones de horas).

Finalmente, las mujeres desocupadas y por fuera de la fuerza laboral contribuyeron con un total de 27.609 millones de horas al TDCNR en el promedio 2022p-2023p, de las cuales el 87,7% correspondió nuevamente a aquellas fuera de la fuerza de trabajo.

Ahora bien, las personas cuidadoras no remuneradas de tiempo completo en Colombia se contaron en 6,8 millones entre septiembre de 2020 y agosto de 2021, de las cuales, 5,8 millones eran mujeres (85,7 %) y 972 mil eran hombres (14,3 %) (DANE, 2021).[15]

Frente al tiempo dedicado al cuidado, la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT 2020-2021) muestra que, en la participación en actividades de cuidado para el propio hogar en categorías como las actividades con menores de 5 años, cuidado físico a personas del hogar, apoyo a personas del hogar y cuidado pasivo, la participación de tiempo dedicado por las mujeres es superior a la de los hombres y en algunos casos de forma amplia. Por ejemplo, en el cuidado físico, la participación femenina es de 16,3% frente a 2,8% masculina y en cuidado pasivo es la actividad con mayor participación femenina (28,3%) frente a apenas el 10,8% de los hombres[16].

En el tiempo diario promedio dedicado a las mismas actividades, también se observa una marcada diferencia entre el tiempo dedicado de las mujeres vs. el de los hombres. En todas las categorías, las mujeres dedican más tiempo; la mayor brecha está en el cuidado pasivo, en donde las mujeres dedican 4 horas más, entre el tiempo diario promedio dedicado por mujeres a esta funcionalidad respecto a los hombres.

El cuidado pasivo, aunque menos visible, implica una atención constante a otras personas y limita el tiempo disponible para el descanso, el trabajo remunerado o la participación social.

Este panorama revela una distribución desigual del trabajo de cuidado, donde las mujeres especialmente las que no participan del mercado laboral asumen la mayor carga. Por tanto, resulta fundamental identificar y medir los factores que perpetúan estas brechas de género, así como su impacto frente a la población económicamente activa.

[15] https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4143.pdf
[16] https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-nacional-del-uso-del-tiempo-enut

Conocer las cifras anteriormente descritas es posible por los avances que el país ha desarrollado en cuanto a las fuentes estadísticas y de información mediante la expedición de leyes y lineamientos de política en los planes de desarrollo de gobiernos enfocados a crear y fortalecer las cuentas satélites de la salud y de políticas dirigidas a la economía del cuidado, como se expone a continuación.

Antecedentes normativos y de política pública

La Ley 1413 de 2010 tuvo como objeto principal incorporar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales de Colombia, para medir su aporte a la economía nacional. Adicionalmente, esta ley introdujo aspectos relacionados con el reconocimiento del trabajo de cuidado no remunerado, el cual debe ser medio, reconocido y valorado económicamente. Este trabajo incluye actividades como el cuidado de niños, personas mayores o con discapacidad y labores domésticas.

Esta Ley permitió visibilizar el trabajo de cuidado no remunerado entre los entes gubernamentales y la sociedad y se convirtió en una de las primeras iniciativas que buscaban caracterizar el impacto del trabajo del cuidado y de esta forma fomentar y diseñar políticas públicas de equidad de género y de cuidado, así como en el ámbito laboral, social y fiscal.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022[17] reafirma la necesidad de fortalecer las cuentas satélites de economía del cuidado e incluye la equidad de género como un enfoque transversal, en el cual se reconocen las cargas desproporcionadas del trabajo doméstico y del cuidado que asumen las mujeres.

Este plan establece dos estrategias: la primera, dirigida a desarrollar una política pública de cuidado que contemple la articulación y coordinación de sistemas e instancias interinstitucionales que atiendan poblaciones sujetas de cuidado y a las personas cuidadoras; y la segunda es generar lineamientos de articulación de la oferta de programas disponibles a nivel territorial con enfoque de género para las mujeres, para reducir las cargas de cuidado de las mujeres. A continuación, se plasman algunas de las acciones que contempla el plan para materializar estas estrategias:

- Creación de la Comisión Intersectorial del Sistema de Cuidado, con el fin de articular y coordinar la oferta entre distintos actores responsables del cuidado en Colombia, con la inclusión del enfoque de género para las mujeres.

[17] El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022, titulado “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”

- Las instancias existentes en el marco del sistema de protección social para el cuidado deberán consolidar y fortalecer los sistemas de información de las personas sujetas de cuidado y de las personas cuidadoras.
- Formar y cualificar el talento humano para ejercer labores de cuidado. Contemplará la necesidad de los trabajadores de labores de cuidado, buscando que las condiciones de estos sean flexibles y adaptables y garanticen su inclusión social y productiva.
- La Comisión Intersectorial del Sistema de Cuidado buscará generar lineamientos de articulación de la oferta disponible a nivel territorial con las iniciativas comunitarias o de la sociedad civil que generen mecanismos de apoyo comunitario, con el fin de generar espacios de respiro para las personas cuidadoras.

El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026[18] establece formalmente el Sistema Nacional de Cuidado como una apuesta estructural para reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado, especialmente el no remunerado que asumen mayoritariamente las mujeres. Este sistema también se diseñó para promover el acceso equitativo al tiempo, trabajo y al bienestar, impulsar la autonomía económica de las mujeres y fortalecer y proteger laboralmente a quienes ejercen el cuidado como actividad remunerada. Reconoce el cuidado como un derecho de las personas a cuidar, a ser cuidadas y a ejercer el autocuidado.

El Sistema Nacional de Cuidado es liderado por la Vicepresidencia de la República y el Ministerio de la Igualdad y Equidad en coordinación con el DANE, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), SENA y entidades territoriales y comunidad organizada.

Por otro lado, en febrero de 2025 se expidió el CONPES de política nacional del cuidado, que tiene como objetivo avanzar en la transformación de la organización social del cuidado en Colombia para garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas cuidadoras y el derecho a recibir cuidado de las personas que lo requieran. Un aspecto relevante es el fortalecimiento de las formas colectivas y comunitarias del cuidado, así como del enfoque en los pueblos étnicos y comunidades campesinas.

Uno de los objetivos a destacar es el fortalecimiento de la capacidad estatal para atender las demandas del cuidado o asistencia sobre la población cuidadora y cuidada y de esta forma asegurar el funcionamiento adecuado del sistema nacional del cuidado. La estrategia para cumplir dicho objetivo plantea diferentes iniciativas mediante la respuesta institucional de diferentes actores en ámbitos como el de la salud y la educación, así como ofrecer apoyos económicos a los hogares en pobreza extrema y personas cuidadoras.

[18] El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026, titulado “Colombia Potencia Mundial de la Vida”

También la promoción del tejido social con redes de apoyo y el impulso de formas de organización comunitaria. Todo esto se realiza mediante la coordinación entre entidades, con el fin de atender adecuadamente a poblaciones con necesidades especiales de cuidado, como los migrantes y la primera infancia, y asegurarles el acceso a estos servicios.

Dentro de las entidades involucradas en la política nacional del cuidado, podemos identificar el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Trabajo, Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes, Ministerio del Deporte, Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, Ministerio de Igualdad y Equidad, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, entre otras.

Para el cumplimiento del objetivo general de la política nacional del cuidado, se establecieron cuatro ejes estratégicos, los cuales se desarrollan a través de la implementación de 133 acciones por parte de las entidades a nivel nacional con un horizonte temporal hasta 2034. Acciones que se detallan en el Plan de acción y Seguimiento (PAS) en donde se asignan las responsabilidades a las entidades en mención, así como de plazo y metas fijadas para los efectos. El plan involucra 35 entidades de orden nacional, incluyendo 15 ministerios.

El desarrollo y la implementación de las diferentes acciones para cumplir el objetivo de la política nacional de cuidado requiere recursos para su ejecución, para lo cual cada entidad responsable deberá gestionar y priorizar, dentro del Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) de su sector, los recursos necesarios para implementar las acciones definidas en el Plan de Acción y Seguimiento (PAS). Lo anterior constituye que dicha política tendrá múltiples fuentes de financiación para su implementación, por lo que propone un plan de acción con un costo indicativo total de 25.655.382 millones de pesos y un horizonte temporal de 10 años y dirigidos a las siguientes estrategias.

(i) Reconocer y proteger las prácticas de cuidado comunitario, colectivo y propias de comunidades campesinas y pueblos étnicos; (ii) contribuir al reconocimiento y la garantía de los derechos de las personas cuidadoras para mejorar su calidad de vida y mejorar las condiciones en las que proveen cuidados; (iii) transformar factores culturales que mantienen una desigual organización social del cuidado; y (iv) aumentar la capacidad estatal para satisfacer de manera oportuna y pertinente las demandas de cuidado de la población que lo requiere y para asegurar el funcionamiento adecuado del Sistema Nacional de Cuidado.

El costo se distribuye por entidad, y es el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social aquella con la mayor asignación, la cual asciende a 19.506.000 millones de pesos, seguido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (4.226.346 millones de pesos) y el Ministerio de Igualdad y Equidad (695.276 millones de pesos).

Conclusiones y recomendaciones

El presupuesto máximo se constituyó como un mecanismo de contención del gasto de los servicios y tecnologías de la salud no financiados con la UPC, pero no incorporó elementos dirigidos a gestionar de forma más eficiente dichos servicios por parte de las entidades encargadas de administrar los recursos, aunque la norma estableció que las EPS deben gestionarlos adecuadamente.

Adicionalmente, este mecanismo se ha caracterizado por la ausencia de la suficiente disponibilidad presupuestal para su financiación; en consecuencia, no ha permitido cumplir con las obligaciones corrientes por parte de las entidades o EPS para cubrir las necesidades, como lo son los servicios complementarios, en especial el servicio de cuidador y que también se traslada a los demás servicios y tecnologías en salud financiados con dicho presupuesto para el manejo y tratamiento de la enfermedad.

La incorporación y desarrollo de lineamientos de política pública en las Leyes y los planes de desarrollo de los últimos gobiernos alrededor de la economía del cuidado se reconocen como avances importantes; sin embargo, las cuentas satélites de economía del cuidado permiten concluir que aún existe una carga sobre la labor de cuidado no remunerado en donde una alta proporción de mujeres no pueden acceder al mercado laboral, por barreras relacionadas con las tareas del cuidado.

Estas cuentas establecen que la población desocupada y fuera de la fuerza de trabajo dedicó un total de 26.716 millones de horas anuales al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (TDCNR), de las cuales el 85,2% corresponde a las mujeres y el 14,8% a los hombres, en 2021.

Para el promedio 2022p-2023p, el TDCNR acumuló 32.458 millones de horas anuales por parte de la población desocupada y fuera de la fuerza laboral. De este total, el 85,1% fue asumido por mujeres, y solo el 14,9% por hombres. Quiere decir que el tiempo de dedicación por parte de las mujeres al cuidado implica a su vez la reducción de tiempo en otro tipo de actividades, que podrían generar ingresos, acceso a la protección social, así como de otras actividades relacionadas con el autocuidado, la recreación y el ocio.

Las cuentas satélites de la economía del cuidado evidencian un panorama de desigualdad en la distribución del trabajo. Persisten las brechas entre géneros para la atención y el cuidado.

El fortalecimiento de una política pública para la economía del cuidado es necesario. Debe crear los incentivos dirigidos a promover el involucramiento más activo por parte de los hombres, la comunidad, el Estado mediante un enfoque intersectorial y el sector privado; esto permitirá una mejor distribución de las funciones del cuidado, del tiempo y de las obligaciones, disminuirá la carga del cuidado sobre las mujeres y, por ende, habrá mayor igualdad de oportunidades y dedicación a su proyecto de vida.

En el marco del presupuesto máximo, una fracción de recursos es destinada al servicio de cuidador, dentro del componente de servicios complementarios, que, si bien esta actividad no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad, por lo que debe ser integrada de una forma diferente al desarrollo de una política del cuidado que abarque aspectos que van desde su plena caracterización, la educación, condiciones sociales y económicas, subsidios y formalización. Este enfoque requiere de un trabajo intersectorial y un andamiaje institucional, aspectos que se ven enmarcados en el CONPES de política nacional del cuidado.

La disponibilidad presupuestal es fundamental para determinar el alcance e implementación de una política nacional de economía del cuidado. Para el caso de los servicios complementarios, en donde se encuentra el servicio de cuidador y en el marco de un presupuesto máximo caracterizado por problemas de liquidez, es necesario explorar otras fuentes de financiación de este tipo de servicios, que no impliquen la adopción de recursos destinados para la salud, sino que, por ser servicios para el mejoramiento de la salud, requieren una participación intersectorial no solo desde el diseño e implementación de una política, sino también en su financiación.

Lo anterior podría desarrollarse mediante la creación de disponibilidad presupuestal en el Presupuesto General de la Nación, y que los recursos sean manejados por una entidad que administre y ejecute política de corte social, por lo que es pertinente que una entidad se encargue de realizar la coordinación entre entidades para llevar a cabo en cumplimiento de una política nacional del cuidado.

Las cifras del (DANE) en las cuentas satélites de economía del cuidado muestran que las horas anuales al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (TDCNR) vienen aumentado, esto implica existen mayores necesidades de cuidado por parte de la población en todos los grupos de edad.

El cuidado es un pilar esencial para el desarrollo social y económico. Reconocerlo, redistribuirlo adecuadamente con enfoque de género, con la participación del Estado y la comunidad, así como financiarlo, es una inversión en bienestar, equidad y productividad.

Boletín N° 009, publicado el 3 de septiembre 2025

Así Vamos en Salud®