



¡Hola!

Gracias por llegar hasta aquí y
querer saber más sobre lo que
estamos haciendo.

**Aquí podrás conocer las propuestas
de salud que presentaremos en el
Congreso de la República en el
periodo 2026-2030.**

Porque el personal de la salud tiene
derecho a un trabajo digno, y los
pacientes, a una atención integral y
oportuna.


**JENNIFER
PEDRAZA**



1. ¿Cuál es nuestro objetivo?

Impulsar una agenda legislativa orientada a **garantizar el derecho efectivo a la salud, donde se priorice la atención del paciente, se den condiciones laborales dignas** al trabajador de la salud y se mejore el acceso a medicamentos:

- Asegurar la suficiencia de recursos económicos para el sistema de salud, con eficiencia y cero corrupción.
- Impulsar la atención primaria en salud (APS) como pilar del sistema.
- Eliminar las barreras administrativas que se le impone al paciente para el acceso a servicios de salud.
- Mejorar las condiciones laborales del personal del sistema de salud.
- Garantizar la transparencia y el control social en la contratación y prestación del servicio.



**JENNIFER
PEDRAZA**

2. Contexto

En el sistema de salud colombiano están afiliados **52.440.000** personas, de las cuales:

- 1. Régimen contributivo (44,8%):
23.529.766 personas
- 2. Régimen subsidiado (50,8%):
26.645.854 personas
- 3. Régimen de excepción (4,3%):
2.264.849 personas

EPS intervenidas por el Gobierno con corte a enero de 2026

| Nombre | Número de afiliados Régimen Contributivo | Número de afiliados Régimen Subsidiado | Total de afiliados |
|-------------|--|--|--------------------|
| NuevaEPS | 4.864.464 | 6.806.065 | 11.674.529 |
| Famisanar | 1.802.875 | 835.558 | 2.638.433 |
| Asmet Salud | 75.860 | 1.511.975 | 1.578.835 |
| CooSalud | 333.325 | 3.025.703 | 3.358.928 |
| Savia Salud | 152.907 | 1.514.599 | 1.667.506 |
| Emssanar | 110.032 | 1.565.439 | 1.675.471 |
| SOS | 551.326 | 195.736 | 747.062 |
| Capresoca | 20.270 | 147.807 | 168.077 |
| TOTAL | 7.911.059 | 15.602.879 | 23.508.841 |



2. Contexto



Aproximadamente **la mitad de los colombianos (23 millones de personas aproximadamente)** está afiliado en **una EPS intervenida por el Gobierno**. Uno de cada dos afiliados al régimen subsidiado (alrededor de 15 millones de personas) está bajo una EPS intervenida por el Gobierno.

Debido a los errores de cálculo de la UPC para los años 2022 y 2023, con corte a Junio de 2024, se estimaba que **había un faltante de \$7.1 billones para el sistema de salud:**

Para el cálculo de la UPC del año 2022 se estimó que la inflación sería del 3,7% cuando en realidad el año 2022 cerró con una inflación del 13,1%

- La equiparación de la prima pura del régimen subsidiado con el contributivo al 95% solo sucedió en el último cálculo a cargo del Gobierno de Gustavo Petro. Esto quiere decir que, aproximadamente, en cada uno de los años anteriores hubo un faltante de \$3 billones de pesos para los más vulnerables y pobres.

Durante 2025 **cada minuto algún colombiano presentó una queja porque no le entregan sus medicamentos**, adicionalmente, hay personas que se gastan el 90% de su sueldo para poder pagarlos.

En el último año **el país retorno a frecuencias de tutelas del año 2012 por falta de acceso al derecho a la salud**, principalmente por acceso a medicamentos: Cada dos minutos había un colombiano colocando una tutela porque no le entregan medicamentos.

El 84,5% de los medicamentos que circulan a nivel nacional son importados (con un valor de \$16,73 billones), mientras que los medicamentos de producción nacional alcanzan apenas el 13,8% (\$2,34 billones).





3. ¿Qué hemos logrado en el Congreso?

- **Aprobación de proyecto de Ley para el fortalecer de la industria farmacéutica:** Pretende que nuestro país garantice que la mayoría de los medicamentos que se usan en el sistema de salud se produzcan en Colombia. Incluso, convertirnos en proveedores para los países vecinos.
- **Pago a internos:** Incluimos en la Reforma Laboral el artículo 22, que otorga un salario mínimo mensual a los estudiantes de último año de medicina. Adicionalmente, cotización a salud y pensión, corrigiendo una deuda histórica con los internos de medicina y su demora para ingresar al sistema pensional.
- **Dignificación del rural:** Radicamos un proyecto de Ley que dignifica el año rural. La normativa que actualmente lo rige permite: pagos a 3 meses; desprotección en casos de violencia psicológica, género o física; ausencia de medidas para preservación de salud mental; incorrecta resolución de peticiones y quejas de los profesionales del año rural.
- **Acompañamiento a los trabajadores de la salud de subredes en Bogotá:** Realizamos una audiencia pública debido a la crisis que enfrentan los hospitales públicos en Bogotá, adicionalmente, se abordó las condiciones precarias en que trabaja el personal de salud en la red pública.



5. Propuestas

1. **Establecer por ley criterios que modifiquen el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación:**

En la medición de los costos del sector salud aparecen variables que no se capturan por el Índice de Precios al Consumidor, por ejemplo: insumos hospitalarios, frecuencias de uso, intensidad de atención y perfiles epidemiológicos. Estos precios generalmente se definen no sólo por el mercado sino por contratos y regulaciones específicas, y dado que gran parte del costo se define por susos crecientes de los servicios y la incorporación de nuevas tecnologías; factores que no se cubren si se parte de ajustar los recursos del sector salud sin criterios certeros que permitan cubrir las necesidades crecientes.

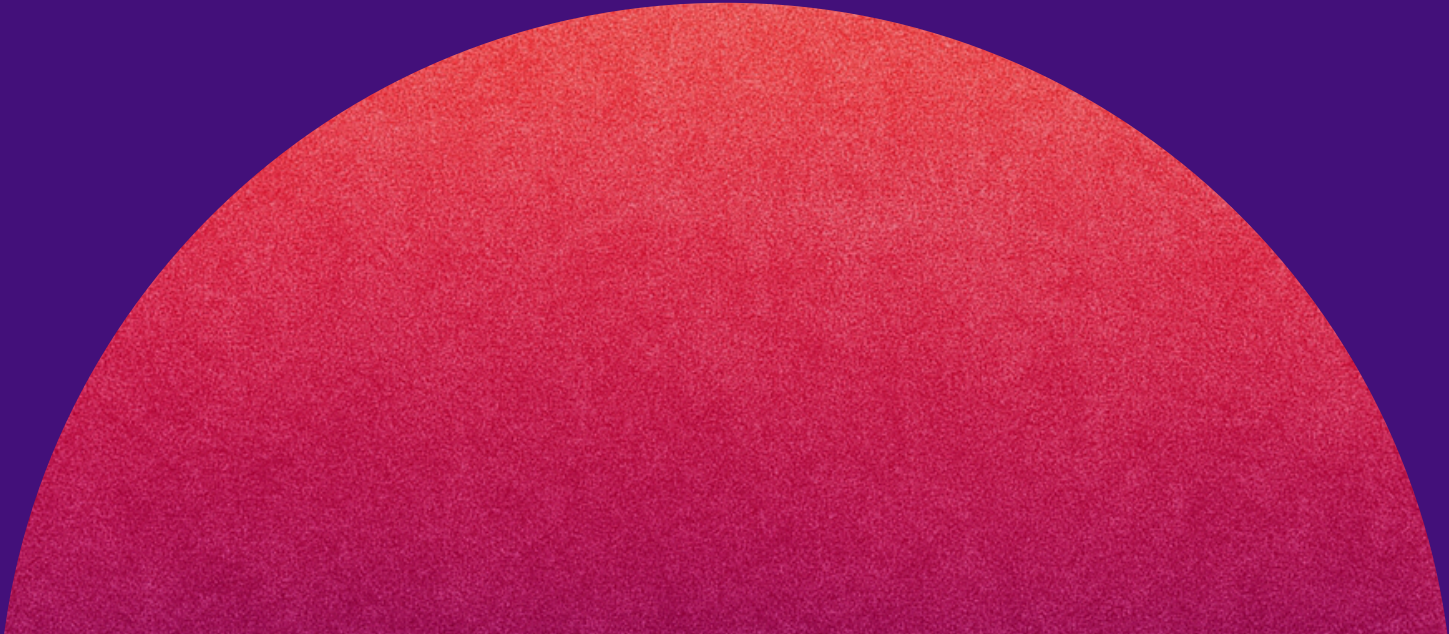



**JENNIFER
PEDRAZA**

Por eso **se necesita un Índice de Costos para el Sector Salud** que sea la base de cálculo para el ajuste de los gobiernos a la Unidad de Pago por Capitación y el cual refleje adecuadamente la realidad financiera del sistema. Los costos del sector salud cambian por nuevas tecnologías, envejecimiento poblacional y mayor demanda; lo cual dista de ser capturado adecuadamente por ejemplo si se toman otros criterios como el IPC y / o se deja enteramente a la voluntad de los gobiernos de turno, como es el caso de este gobierno donde la UPC creció muy por debajo de lo recomendado por los principales gremios médicos y asociaciones científicas del sector salud.

Un índice específico permite anticipar las presiones financieras y evitar crisis de liquidez que se vuelven sistémicas y se extienden a todo el sistema de salud.

Esta propuesta tiene antecedentes específicos como la ***Propuesta de construcción de un Índice de precios y cantidades del POS como herramienta para ajustar anualmente la UPC***, del entonces Ministerio de Protección Social (2006).



2. Régimen Especial de Trabajadores de la Salud - HOSPITAL PÚBLICO

Objetivo: Vincular de manera progresiva a los trabajadores de la salud que laboran en hospitales y centros de salud públicos a la planta laboral de las instituciones con el fin de brindar garantías laborales dignas.

¿A quién va dirigido? Trabajadores de la salud de todos los niveles (profesionales, técnicos y auxiliares). Personal que labora en los hospitales y clínicas públicas.

Problema a atender: Precarización laboral.




**JENNIFER
PEDRAZA**

¿Por qué lo proponemos?

- La contratación en 928 hospitales o centros de salud públicos se encuentra así: **27% de los trabajadores se encuentran formalizados** (47.243 trabajadores) y **73% vinculados por órdenes de prestación de servicios** (128.643).
- Para el año 2023, el costo de formalización de los trabajadores de la salud se estimaba de la siguiente forma:
 - **Primer nivel de atención:** \$4.2 billones de pesos,
 - **Segundo y tercer nivel de atención:** \$4.8 billones de pesos.
- Distribución de personal de salud por niveles de atención de red pública contratados por OPS:
 - **Primer nivel:** 61.493 trabajadores (47%);
 - **Segundo nivel:** 34.031 trabajadores (26%);
 - **Tercer nivel:** 33.025 trabajadores (25%).
- Se estima que el costo de la vinculación por Prestación de Servicios de los 128.643 trabajadores por OPS asciende a \$5,6 billones de pesos.

3. No más contratos por prestación de servicios en salud (público y privado)

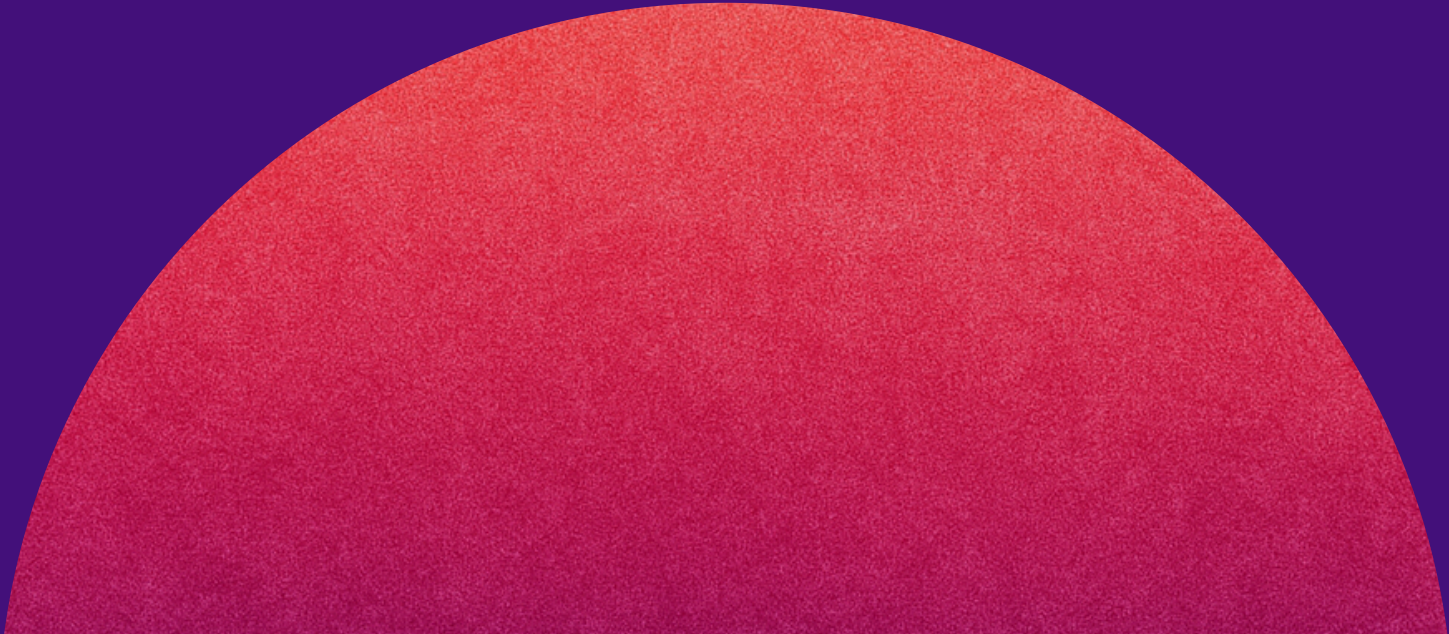
Objetivo: Eliminar progresivamente la contratación por órdenes de prestación de servicios para actividades misionales y permanentes en el sector salud, garantizando la vinculación laboral formal del talento humano en salud, con estabilidad, salarios dignos, pago oportuno y pleno reconocimiento de derechos laborales y de seguridad social.

¿A quién va dirigido? Trabajadoras y trabajadores de la salud de todos los niveles —médicos generales y especialistas, profesionales no médicos, personal técnico y auxiliar— que laboran en hospitales, clínicas y centros de salud públicos y privados, incluyendo quienes realizan el Servicio Social Obligatorio.

Problema a atender: La precarización laboral estructural del talento humano en salud, expresada en el uso generalizado de contratos por OPS para funciones misionales, sobrecarga laboral, multiempleo forzado, jornadas excesivas, pagos tardíos, congelamiento salarial, ausencia de garantías de seguridad social y exposición a violencias y riesgos, pese a la existencia de un marco normativo que prohíbe estas prácticas.

¿De dónde surge esta necesidad?

Nos basamos en los datos de la Encuesta de Situación Laboral del Colegio Médico Colombiano de 2019:

- 36% de los médicos generales trabaja en dos o tres sitios.
 - 30% de los especialistas trabaja en tres o más sitios.
 - Médicos rurales trabajan 264 horas o más al mes → 66 horas por semana. Un colombiano promedio trabaja 44 horas a la semana.
 - El 54% de médicos generales está contratado por orden de prestación de servicios.
 - 56% de los médicos especialistas por orden de prestación de servicios.
 - 40% de los médicos rurales ha recibido el pago de su salario con retraso.
 - 2 de cada 3 especialistas recibe pago con retraso.
 - El congelamiento de salarios es la segunda mayor problemática, después del retraso del salario.
 - 7 de cada 10 profesionales de la salud está inconforme con su salario.
- 

Ya hay normatividad que permitiría formalizar al talento humano en salud:

- Constitución política de Colombia: 25, 26 y 333.
- Ley estatutaria en salud: artículo 18.
- Sentencia C-313 de 2014.
- Código sustantivo del trabajo: artículo 23 y 24.
- Decreto 2400 de 1968: Actividades misionales no pueden ser contratadas por prestación de servicios.
- Sentencia C-614 de 2009.
- Ley 1429 de 2010: Artículo 63.
- Ley 1438 de 2011: Artículo 51.
- Sentencia C-598 de 2011.
- Sentencia C-171 de 2012.
- Ley 1122 de 2007.
- Resolución 630 de 2019 → A partir del primer día de retraso de pago genera intereses moratorios.

¿Cómo se hará para que no sea “otra ley más”?

- i. Comisión Intersectorial MinTrabajo–MinSalud:** Creación de una Comisión Intersectorial permanente encargada de:
- Identificar el uso de OPS en instituciones públicas y privadas.
 - Determinar funciones misionales contratadas de manera irregular.
 - Diseñar y ejecutar un **Plan Nacional de Formalización Laboral en Salud**, con metas, cronograma y seguimiento público.

ii. Formalización progresiva y obligatoria

- **Primera fase:** primer nivel de atención (ESE, hospitales públicos y centros de salud).
- **Segunda fase:** segundo nivel de atención.
- **Tercera fase:** tercer nivel de atención, con regulación estricta de la contratación de especialistas.

En ningún caso se permitirán retrocesos ni la sustitución de derechos adquiridos.

iii. Sector privado incluido:

Se prohibirá la OPS para actividades misionales también en el sector privado. Cuando exista subordinación, continuidad y función permanente, se presumirá la existencia de relación laboral, sin importar la denominación del contrato.

iv. Inspección y sanciones efectivas

- Inspección laboral especializada en salud.
- Cruce de información entre MinTrabajo, MinSalud y SuperSalud.
- Sanciones reales a entidades que incumplan y responsabilidad disciplinaria para directivos públicos.

v. Impacto esperado

- Reducción del multiempleo forzado y de jornadas excesivas.
- Pago oportuno y salarios con aumentos reales.
- Dignificación del trabajo en salud y mejora en la calidad de la atención.




**JENNIFER
PEDRAZA**

4. **Dignificación del Servicio Social Obligatorio en Salud - SSO (Rurales)**

Objetivo: Garantizar condiciones laborales dignas, seguras y justas para los y las profesionales de la salud que realizan el Servicio Social Obligatorio, mediante su vinculación laboral formal, el reconocimiento pleno de sus derechos laborales y la eliminación de prácticas de precarización que hoy afectan el ejercicio del año rural.

¿A quién va dirigido? Profesionales de la salud que deben realizar el Servicio Social Obligatorio para ejercer su profesión, incluyendo medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica e instrumentación quirúrgica, en instituciones públicas y privadas que oferten plazas de SSO.

Problema a atender: Precarización laboral, contratación irregular, jornadas excesivas, retrasos en el pago de salarios, exposición a violencias y riesgos para la vida e integridad, ausencia de garantías de seguridad social y falta de mecanismos efectivos de protección y debido proceso para quienes realizan el Servicio Social Obligatorio.

¿Por qué proponemos esto?

- El Servicio Social Obligatorio es un requisito para obtener la autorización del ejercicio profesional en salud, **lo que coloca a los recién egresados en una relación de especial vulnerabilidad laboral**, al tener que soportar precarización laboral y verse obligados a culminar su rural bajo esta realidad.
- Persisten denuncias de contratación por órdenes de prestación de servicios, a pesar de que se trata de **funciones misionales y subordinadas**.
- **Se han documentado renunciadas forzadas por amenazas**, violencia, conflicto armado y falta de pago, con sanciones que afectan gravemente el proyecto de vida de los profesionales.
- **Existen casos registrados de agresiones**, asesinatos, desapariciones y atentados contra profesionales de la salud durante la prestación del SSO, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso.

5. Navegadores de Pacientes: Elegir cómo quieres que te tiendan

Objetivo: Garantizar una atención en salud accesible, humana y oportuna mediante la implementación de navegadores de pacientes que acompañen a las personas en el acceso, uso y seguimiento de los servicios de salud, permitiendo que cada paciente elija cómo quiere ser atendido (presencial, telefónicamente o mediante chatbots) según su edad, condición, capacidades y contexto.

¿A quién va dirigido? Personas afiliadas al sistema de salud, con prioridad para niñas, niños y adolescentes; personas mayores; personas con discapacidad; personas con enfermedades crónicas; personas cuidadoras; y pacientes que enfrentan barreras administrativas, tecnológicas o territoriales para acceder a la atención en salud.

Problema a atender: Barreras de acceso impuestas por la intermediación administrativa, la digitalización excluyente y la atención despersonalizada, que dificultan la asignación de citas, la continuidad de tratamientos y el acceso oportuno a medicamentos y servicios, afectando de manera desproporcionada a poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad.

Lineamientos:

- Las EPS deberán ofrecer navegadores de pacientes como mecanismo obligatorio de acompañamiento, orientación y seguimiento, sin reemplazar la atención humana por sistemas automatizados. Para esto, deberán identificar factores de riesgo como: soledad, edad, acceso a internet, redes de apoyo débiles, etc.
- Cada persona podrá elegir la forma de atención que mejor se ajuste a sus necesidades: presencial, telefónica o asistida, priorizando siempre la atención humana.
- Las EPS estarán obligadas a revisar y clasificar activamente su población afiliada por edad, condición de salud y nivel de vulnerabilidad, garantizando acompañamiento prioritario a niñas, niños, personas mayores y personas con discapacidad.
- Los navegadores de pacientes acompañarán todo el proceso de atención: asignación de citas, remisiones, autorizaciones, entrega de medicamentos y seguimiento a tratamientos, evitando la fragmentación del servicio.
- La estrategia fortalecerá la continuidad del cuidado y la corresponsabilidad del sistema, reduciendo la carga administrativa que hoy recae injustamente sobre pacientes y cuidadores.

6. Ruta especial de atención en salud mental para trabajadores de la salud

Objetivo: Crear una ruta especial, prioritaria y diferenciada de atención en salud mental para las y los trabajadores de la salud, que garantice acceso oportuno, confidencial y continuo a servicios de prevención, atención, acompañamiento psicosocial y tratamiento, reconociendo los impactos específicos que enfrentan por la sobrecarga laboral, la precarización, la violencia y la exposición permanente al sufrimiento y al riesgo.

A quién va dirigido: Trabajadoras y trabajadores de la salud de todos los niveles y modalidades de vinculación — profesionales, técnicos y auxiliares— que laboran en instituciones públicas y privadas del sistema de salud, incluidos quienes realizan el Servicio Social Obligatorio, así como estudiantes de programas del área de la salud que realizan prácticas formativas, internados o rotaciones clínicas.

Problema a atender: La ausencia de una respuesta institucional específica frente a los problemas de salud mental del talento humano en salud, quienes enfrentan altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, agotamiento emocional, violencias y riesgo psicosocial, sin rutas diferenciadas, sin atención prioritaria y con barreras de acceso que terminan agravando su situación y afectando la calidad del servicio que prestan.

Lineamientos:

- Creación de una ruta obligatoria, prioritaria y gratuita de atención en salud mental para trabajadores de la salud, sin autorizaciones excesivas ni barreras administrativas.
- Garantía de confidencialidad, no estigmatización y protección laboral, evitando que la atención en salud mental sea utilizada como causal de discriminación, sanción o desvinculación.
- Acceso a atención psicológica y psiquiátrica oportuna, seguimiento continuo y acompañamiento psicosocial, con énfasis en prevención del burnout, atención de violencias y manejo del trauma.
- Obligación de las EPS y de las instituciones prestadoras de servicios de salud de activar la ruta de manera inmediata cuando se identifiquen factores de riesgo psicosocial.
- Articulación con las condiciones laborales, la jornada de trabajo y los entornos seguros, reconociendo que la salud mental también es una responsabilidad del sistema y no solo del individuo.

7. **Eliminar el tope de 25 SMMLV en la base de cotización en salud**

Objetivo: Fortalecer el financiamiento del sistema de salud y su carácter solidario mediante la eliminación del tope de 25 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) en la base de cotización, que para el año 2026 son \$43.772.625, para que las personas con mayores ingresos aporten de acuerdo con su ingreso real, a través de una reforma legal que garantice equidad y progresividad.

¿A quién va dirigido? Personas con ingresos superiores a 25 SMMLV, tanto trabajadoras dependientes como independientes, así como empleadores y actores del sistema responsables del recaudo y pago de aportes al sistema de seguridad social en salud.

Problema a atender: El actual tope legal de 25 SMMLV en la base de cotización hace que personas con ingresos muy altos aporten lo mismo que quienes ganan ese monto, generando una inequidad en el financiamiento del sistema y debilitando el principio de solidaridad. Este límite reduce el recaudo potencial del sistema de salud y traslada la carga financiera a la mayoría de la población, a pesar de que la Constitución exige aportes proporcionales a la capacidad económica.

¿Por qué lo hacemos?

- El tope de 25 SMMLV para la base de cotización al sistema de salud tiene respaldo legal y solo puede ser modificado mediante una reforma a la Ley.
- La eliminación del tope implica un aumento en el monto de la cotización para quienes perciben ingresos superiores a \$43 millones de pesos mensuales, no porque se eleve la tarifa, sino porque la base de cotización se ajusta para reflejar el ingreso real de quienes más ganan.
- La mayoría de la población no se vería afectada por esta medida, que impacta únicamente a los ingresos más altos.
- La Constitución Política y la jurisprudencia constitucional respaldan los principios de solidaridad, equidad y progresividad en el financiamiento del sistema de seguridad social.




**JENNIFER
PEDRAZA**

**¡Necesitamos tu apoyo
para hacer realidad todo
esto y mucho más!**

**Porque el futuro es
contigo.**

El 8 de marzo vota así:


**JENNIFER
PEDRAZA**

