



Superintendencia de
Industria y Comercio

Bogotá D.C.
1007

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

RAD: 25-423656- -1-0 FECHA: 2025-09-12 20:23:55
DEP: 1007 G.TR.ABOGA DECOMPE.A EVE: 0 SINEVENTO
TRA: 396 ABOGACIA COMPETENCIA FOLIOS:29
ACT: 440 RESPUESTA

Doctor

DANIEL FELIPE SOTO MEJÍA

Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos
Laborales y Pensiones

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

dsoto@Minsalud.gov.co

Asunto: Radicación: 25-423656- -1-0
Trámite: 396
Evento: 0
Actuación: 440
Folios: 29

Referencia: Concepto de abogacía de la competencia sobre el proyecto de resolución: *"Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo"* (en adelante, el **proyecto**).

Respetado Doctor:

En respuesta a la comunicación enviada desde el Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante, **MINSALUD**) el 29 de agosto de 2025, la Superintendencia de Industria y Comercio (en adelante, **Superintendencia**) rendirá concepto de abogacía de la competencia sobre el **proyecto** en los siguientes términos. Primero, expondrá los antecedentes normativos de la iniciativa. Segundo, enunciará las razones presentadas por el regulador para su expedición. Tercero, describirá las reglas relevantes del **proyecto** para el análisis. Cuarto, presentará el respectivo análisis desde la perspectiva de la libre competencia. Por último, formulará algunas recomendaciones.

1. ANTECEDENTES NORMATIVOS Y DE ABOGACÍA DE LA COMPETENCIA

1.1. Constitución Política de 1991¹

¹ Expedida por la Asamblea Nacional Constituyente el 4 de julio de 1991.

El artículo 48 de la Constitución Política establece que la seguridad social es un derecho irrenunciable y un servicio público de carácter obligatorio, el cual se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Por su parte, el artículo 49 dispone que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, quien tiene la obligación de organizar, dirigir y reglamentar su prestación, garantizando el acceso de todas las personas a acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud.

De acuerdo con este mandato constitucional, corresponde al Estado establecer las reglas mediante las cuales las entidades públicas y privadas pueden concurrir a la prestación de los servicios de salud, siempre bajo un marco de regulación, inspección, vigilancia y control. Así mismo, en virtud del artículo 365, se establece que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que podrán ser prestados por entidades públicas, privadas o mixtas, pero, en todo caso, sometidos al régimen jurídico que fije la ley en condiciones de continuidad, calidad y eficiencia.

La organización del sistema de salud, en desarrollo de estos mandatos constitucionales, se concibe bajo un esquema descentralizado y articulado por niveles de atención, en el cual los diferentes actores, la Nación, los entes territoriales, los particulares y la comunidad concurren a la realización de este derecho fundamental. Finalmente, el artículo 49 establece que corresponde a la Ley señalar los alcances de la atención básica gratuita y obligatoria, asegurando que toda la población cuente, como mínimo, con un conjunto esencial de prestaciones en salud.

1.2. Ley Estatutaria 1751 de 16 de febrero de 2015²

Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer los mecanismos para protegerlo. Su finalidad central es asegurar a toda la población el acceso oportuno, eficiente y de calidad a los servicios de salud. Para ello, incorpora principios rectores como la universalidad, la equidad, la continuidad, la progresividad, la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad, y adopta un enfoque integral que abarca desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Además, la Ley reconoce que la salud trasciende la mera prestación de servicios médicos, al estar determinada por factores sociales, económicos, culturales y ambientales. Por ello, en el artículo 9 ordena al Estado implementar políticas públicas intersectoriales que incidan en los determinantes sociales de la salud, con el fin de reducir desigualdades y propiciar entornos que favorezcan el bienestar colectivo. Así mismo, en el artículo 15 establece la obligación del Estado de regular y garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías en salud esenciales, en condiciones de calidad, disponibilidad y sostenibilidad.

² "Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".

En cuanto al diseño de la política pública, el artículo 20 dispone que esta no puede reducirse a programas aislados ni a esfuerzos coyunturales de gobierno, sino que debe constituirse en una política social de Estado, estable y permanente. De esta forma, corresponde al Gobierno Nacional implementar una estrategia articulada que convoque a los distintos sectores sociales, económicos y ambientales, con el fin de garantizar la efectividad de los elementos esenciales del derecho a la salud. Por su parte, el artículo 24 reafirma la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud en todo el territorio nacional, incluso en las zonas marginadas y dispersas. En este sentido, la norma impone el deber de adoptar medidas razonables y progresivas que aseguren que los servicios lleguen a todos los habitantes, sin importar la densidad poblacional ni la rentabilidad económica de las regiones. Con ello, la ley materializa el principio de equidad territorial, al reconocer que el goce efectivo del derecho a la salud no puede depender de las condiciones económicas o geográficas de cada comunidad.

1.3. Decreto 780 de 6 de mayo 2016³

Constituye el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Esta norma reúne y actualiza las disposiciones reglamentarias existentes, con el propósito de unificarlas en un solo cuerpo normativo y facilitar su aplicación. Al establecer un marco legal integral para la salud y la seguridad social, busca racionalizar y organizar de manera coherente las reglas relacionadas con la afiliación al sistema, la prestación de servicios y los mecanismos de protección social.

En este marco, el Decreto compila disposiciones normativas aplicables a diversos componentes del sector, abarcando desde la afiliación y el aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta la prestación de los servicios, la organización de las redes de atención, los mecanismos de protección social, la regulación del talento humano en salud y las competencias de inspección, vigilancia y control. De este modo, el decreto se erige como el referente reglamentario integral del sector, al consolidar en un solo instrumento las disposiciones previamente dispersas en diferentes normas.

Debe destacarse que esta norma consolidó la normativa existente y en su Libro 2, Parte 5, Título 3, Capítulo 2, reguló los criterios para la definición, liquidación y reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (en adelante, **UPC**), figura que tiene su origen en el artículo 183 de la Ley 100 de 1993⁴ y corresponde al valor anual que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud (en adelante, **EPS**) por cada afiliado, con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA, hoy ADRES). La norma concibe la **UPC** como la base del esquema de aseguramiento en salud, garantizando la financiación del entonces Plan Obligatorio de Salud (POS), hoy Plan de Beneficios en Salud.

³ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.

⁴ Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Artículo 182. Diario Oficial No. 41.148, 23 de diciembre de 1993.

Se establece que **MINSALUD** fijará anualmente el valor de la **UPC**, ajustado por factores demográficos, regionales y epidemiológicos. Con ello se dota de flexibilidad al sistema para responder a la diversidad territorial y a las diferencias de riesgo en la población⁵.

La **UPC** es más que un mecanismo financiero, pues constituye la columna vertebral del aseguramiento en salud en Colombia. Desde su creación en la Ley 100 de 1993 hasta su reglamentación en el Decreto 780 de 2016 y su actualización mediante resoluciones anuales, la **UPC** ha permitido sostener el equilibrio entre la equidad, la eficiencia y la solidaridad en el sistema. En la actualidad, su evolución refleja la necesidad de adaptar permanentemente la financiación de la salud a los desafíos demográficos, epidemiológicos y territoriales del país.

1.4. Resolución MINSALUD 497 de 19 de abril de 2021⁶

Definió los criterios y estándares aplicables a la autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud en Colombia, incluidas las **EPS** y quienes hagan sus veces. La norma precisó las condiciones que estas organizaciones deben cumplir en materia de gobierno corporativo, gestión del riesgo, atención al usuario, garantía en la prestación de los servicios y administración del talento humano, configurándose en un referente de exigibilidad para fortalecer la operación del aseguramiento en el país.

Este acto administrativo representó un avance regulatorio al establecer estándares integrales de habilitación. Entre ellos se destacan la obligación de demostrar capacidad institucional no solo en términos financieros, sino también en aspectos de gobernanza organizacional, gestión de riesgos en salud y financieros, atención efectiva al usuario, gestión idónea del talento humano y sistemas de información interoperables. De esta forma, la **EPS** dejó de concebirse únicamente como una administradora de recursos para convertirse en un actor con responsabilidad directa en la calidad, la eficiencia y la rendición de cuentas en el sistema de salud. A su vez, esta Resolución también otorgó un rol más robusto a la Superintendencia Nacional de Salud (en adelante, **SUPERSALUD**), al facultarla para ejercer funciones de supervisión progresiva y permanente sobre las **EPS**. Bajo este esquema, la **SUPERSALUD** debe verificar de forma continua el cumplimiento de los estándares de habilitación, no solo con capacidad sancionatoria, sino también mediante acompañamiento técnico, fortaleciendo el control estatal sobre la operación del aseguramiento.

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Diario Oficial No. 49.889, 6 de mayo de 2016.

⁶ "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

En síntesis, esta regulación no solo introdujo requisitos administrativos, sino que redefinió el estándar regulatorio aplicable a las **EPS** al exigir un enfoque integral de gobernanza, gestión del riesgo, operación territorial sensible y transparencia.

1.5. Ley 2294 de 19 de mayo de 2023⁷

Adopta el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, que traza una hoja de ruta orientada a la transformación social, ambiental y productiva del país. En el ámbito de la salud, el Plan establece el compromiso del Estado con la transformación del sistema de salud a través de un Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo con enfoque territorial, incorporando de manera explícita la territorialización como herramienta central para garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios. La ley entiende que la salud no puede abordarse con un esquema homogéneo, sino que requiere reconocer las diferencias regionales, geográficas, demográficas y culturales del país. Este mandato se concreta en el artículo 3, literal 5, sobre la Convergencia Regional⁸ como eje transformador, así como en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo, que hacen parte integral de la Ley.

Finalmente, las Bases del Plan complementan este marco a través del Catalizador B, “Superación de privaciones como fundamento del bienestar”, del objetivo de transformación relacionado con “seguridad humana y justicia social”. Allí se establece que el sistema de salud debe reorganizarse bajo el señalado Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo, lo que implica estructurar el aseguramiento y la prestación de servicios con un fuerte componente territorial. De esta manera, se reconoce que cada región y subregión funcional tiene realidades epidemiológicas, sociales y culturales específicas que deben guiar la planeación en salud⁹.

1.6. Decreto MINSALUD 858 de 30 de julio de 2025¹⁰

Sustituyó la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, para adoptar de manera formal el Modelo de Salud Preventivo¹¹, Predictivo¹² y Resolutivo¹³ y definir el ámbito

⁷ “Por medio del cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 “Colombia Potencia Mundial de Vida”.

⁸ Ley 2294 de 2023, art. 3, literal 5. Eje de Transformación: Convergencia Regional.

⁹ Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. Catalizador B: Superación de privaciones como fundamento del bienestar.

¹⁰ “Por la cual se sustituye la parte 11, del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo”.

¹¹ El Decreto 0858 de 2025 (Artículo 2.11.1.3.) define el término “Preventivo” como aquellas “acciones y estrategias orientadas a reducir riesgos y daños para evitar la aparición y la progresión de las enfermedades, así como disminuir sus consecuencias en el ámbito individual, familiar y colectivo”.

¹² El Decreto 0858 de 2025 (Artículo 2.11.1.3.) define el término “Predictivo” como “recolección, análisis y gestión de la información en salud y el uso de datos históricos con el objetivo de establecer patrones y tendencias en el proceso salud - enfermedad, que permitan la planificación y reorganización de los servicios de salud, anticipando necesidades futuras y ampliando las oportunidades de intervención y prevención de morbilidad y mortalidad evitable”.

¹³ El Decreto 0858 de 2025 (Artículo 2.11.1.3.) define el término “Resolutivo” como “recolección, análisis y gestión de la información en salud y el uso de datos históricos con el objetivo de establecer patrones

territorial de operación de las **EPS** o quienes hagan sus veces. En virtud de este Decreto, corresponde a la **SUPERSALUD** actualizar los actos administrativos de autorización de funcionamiento de las **EPS**, incorporando los ámbitos territoriales de las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

El Decreto constituye la concreción normativa de lo dispuesto en la Ley 2294 de 2023 en materia de reorganización del sistema de salud, y representa un avance decisivo en la transformación del modelo de aseguramiento, especialmente en lo relativo al primer nivel de atención y a la territorialización. El Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo redefine el enfoque del sistema al privilegiar la anticipación de riesgos por encima de la reacción, fortalecer la atención primaria en salud, reorganizar los actores del sistema y asignar responsabilidades claras con énfasis en la gobernanza territorial y la participación comunitaria.

Este modelo se estructura sobre cinco pilares estratégicos: (i) la gobernabilidad¹⁴, la gobernanza¹⁵ y la territorialización¹⁶; (ii) la organización de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) como estructuras de cercanía y coordinación; (iii) la promoción del trabajo digno y decente para el talento humano en salud; (iv) la soberanía sanitaria y la gestión del conocimiento como ejes de autonomía y fortalecimiento técnico; y (v) un sistema integrado de información en atención primaria (SI-APS) orientado al monitoreo y respuesta oportuna a las necesidades de las comunidades.

La implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo se concibe como un proceso progresivo. El decreto fija un plazo de hasta un año para la adaptación, acompañado de un plan de fortalecimiento técnico-institucional que prioriza a los actores territoriales con menor capacidad resolutoria. Este plan incluye la transferencia de herramientas, formación, acompañamiento y aplicación de criterios diferenciados de priorización según las brechas territoriales.

y tendencias en el proceso salud - enfermedad, que permitan la planificación y reorganización de los servicios de salud, anticipando necesidades futuras y ampliando las oportunidades de intervención y prevención de morbilidad y mortalidad evitable”.

¹⁴ El Decreto 0858 de 2025 (art. 2.11.2.1.1) define el término “gobernabilidad” como “la capacidad institucional, administrativa, técnica y financiera del MINSALUD y de las entidades territoriales para ejercer la rectoría, planificación, regulación y control del sistema, garantizando las condiciones necesarias para ejecutar las políticas de salud en todo el territorio nacional”.

¹⁵ El Decreto 0858 de 2025 (art. 2.11.2.1.1) define el término “gobernanza” como “la forma en que se conduce y coordina el sistema de salud a través de la participación activa de múltiples actores públicos, privados, comunitarios y sociales, fomentando la coordinación intersectorial y mecanismos de decisión compartida”.

¹⁶ El Decreto 0858 de 2025 (art. 2.11.2.1.6) define el término territorialización como “el proceso mediante el cual las entidades territoriales planifican y organizan la prestación de servicios de salud reconociendo las características históricas, culturales, sociales y demográficas de cada territorio, con el fin de garantizar un acceso universal, equitativo y resolutivo”.

1.7. Resolución MINSALUD 1789 del 4 de septiembre de 2025¹⁷

Mediante esta resolución se definieron las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, así como la metodología para su tipificación, organización y actualización, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. La resolución precisa que dichas subregiones funcionales corresponden a agrupaciones de municipios que, sin modificar la división político-administrativa, permiten responder de manera más eficaz a las necesidades de salud de la población, garantizando atención integral, continua y de calidad. En sus anexos técnicos la resolución clasifica el territorio nacional en 10 regiones funcionales (Caribe 1, Caribe 2, Noroccidental, Nororiental, Occidental, Central, Oriental, Sur, Insular y Bogotá), que a su vez se dividen en 119 subregiones funcionales, con centralidades municipales o distritales que concentran servicios y articulan las redes de atención.

A su vez, en su artículo 7 esta resolución establece las características de las acciones que deben desarrollarse en las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Al respecto, dispone que dichas acciones deben ser permanentes, resolutivas, sistemáticas y territorializadas, de manera que respondan de forma oportuna y efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, considerando sus determinantes sociales, culturales y epidemiológicos. Con ello se configura un marco operativo que vincula la territorialización no solo a la organización de las **EPS**, sino también a la planificación concreta de intervenciones en salud pública.

2. RAZONES PRESENTADAS POR EL REGULADOR PARA LA EXPEDICIÓN DEL PROYECTO

El regulador sustenta la expedición del **proyecto** en la Ley 2294 de 2023, por medio de la cual se adoptó el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026, que establece la necesidad de avanzar hacia un modelo territorializado de salud, basado en la conformación de regiones y subregiones funcionales que reconozcan las particularidades demográficas, sociales y geográficas del país.

En desarrollo de estos lineamientos, el regulador expidió el Decreto 858 de 2025, mediante el cual se adoptó el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Este modelo busca transformar estructuralmente el sistema de salud mediante la gestión integral del riesgo, la atención centrada en personas, familias y comunidades, y la articulación efectiva entre los diferentes actores del sistema, otros sectores sociales y las comunidades¹⁸. Una de sus apuestas principales es la territorialización

¹⁷ "Por la cual se determinan las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establece la metodología para su tipificación, organización y actualización en el marco del proceso de territorialización del Cuidado Integral de la salud en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo".

¹⁸ MINSALUD. Memoria justificativa del proyecto. Pág. 1. Documento identificado bajo el radicado No. 25423656—0000000004.

del aseguramiento y la prestación de servicios, que se materializa en la definición de 10 regiones y 119 subregiones funcionales, como base operativa para garantizar un acceso más equitativo y eficiente a los servicios de salud¹⁹.

El regulador identificó que el sistema de aseguramiento presenta un deterioro progresivo reflejado en la liquidación del 60% de las **EPS** desde 1993, un déficit patrimonial cercano a los 10,2 billones de pesos y una alta fragmentación territorial y operativa²⁰. Estas condiciones han dado lugar a fallas estructurales como la duplicación de costos y estructuras administrativas, la selección adversa geográfica que incentiva concentración en municipios con menores riesgos, la coexistencia de **EPS** demasiado grandes con riesgo sistémico y de **EPS** pequeñas sin viabilidad, así como vacíos de cobertura en zonas rurales, dispersas, étnicas o insulares²¹. Para corregir estas distorsiones, la resolución propone medidas regulatorias específicas: (i) que las **EPS** cubran integralmente las subregiones funcionales, eliminando los incentivos a la selección geográfica adversa²²; (ii) que se establezca un sistema de cupos diferenciados de **EPS** por tipología territorial (metropolitana, intermedia, rural, especial), asegurando una escala mínima eficiente; (iii) que se aplique un mecanismo redistributivo de asignación por proporción inversa para reducir la concentración de afiliados en entidades grandes y fortalecer las medianas y pequeñas reduciendo el riesgo sistémico; y (iv) que se adopten criterios técnicos de clasificación multivariada para tipificar las subregiones, ponderando urbanización, población, densidad y capacidad institucional²³.

De acuerdo con la memoria justificativa, los efectos esperados de esta regulación se orientan hacia una mayor eficiencia técnica que se materialice en reducciones en los costos administrativos de entre 25% y 40%, una mejor equidad en la distribución territorial de la cobertura, una mayor sostenibilidad financiera mediante la mitigación del riesgo sistémico, el fortalecimiento de las **EPS** medianas, y una optimización de la asignación territorial de los afiliados. La territorialización funcional del aseguramiento, en este sentido, constituye un paso fundamental para habilitar la implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, corrigiendo fallas estructurales y reduciendo inequidades en el acceso²⁴.

Finalmente, el regulador enfatiza que la normatividad vigente, particularmente la Resolución 497 de 2021, resulta insuficiente para responder a los desafíos del nuevo

¹⁹ Ibid. Pág. 2.

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

²² De acuerdo al estudio económico aportado por el regulador, la selección adversa geográfica se manifiesta cuando las EPS concentran operaciones en territorios de mayor desarrollo socioeconómico, evitando zonas con mayores desafíos epidemiológicos. En este sentido el regulador considera necesaria la corrección de inequidades territoriales mediante operación obligatoria en subregiones completas con el propósito de eliminar selección geográfica adversa. Fuente: MINSALUD. Estudio técnico-económico sobre la territorialización del aseguramiento en salud en subregiones funcionales de Colombia, 2025. Pág. 2-5. Documento aportado al trámite con radicado No. 25-423656-0007.

²³ Ibid. Pág. 3.

²⁴ Ibid.

modelo, debido a que no contempla la reorganización territorial del aseguramiento ni los estándares diferenciados requeridos en materia de gobernanza, capacidad operativa, gestión del riesgo y articulación intersectorial. Por ello, el **proyecto** propone actualizar los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las **EPS**, definir reglas claras para la asignación de afiliados y promover la articulación funcional entre aseguradores, prestadores, gestores farmacéuticos, entidades territoriales y organizaciones sociales, en el marco de un sistema de salud territorializado, preventivo, predictivo y resolutivo.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El **Proyecto** tiene por objeto establecer los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las **EPS** o quien haga sus veces, adoptar disposiciones para su funcionamiento en las regiones y subregiones funcionales definidas para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, y fijar reglas para la asignación de afiliados en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

El artículo 3 regula la actualización de la autorización de funcionamiento de las **EPS** en el marco de la territorialización, estableciendo límites diferenciados al número de entidades que pueden operar en cada subregión según su tipología, como se detalla en la tabla No.1.

Tabla No. 1. Criterios de autorización y número máximo de EPS por tipología de subregión funcional

Categoría	Subregión funcional	Número máximo de EPS autorizadas
General	Tipo 1 – Metropolitana	Todas las EPS con al menos el 3% de afiliados en la subregión.
	Tipo 2 – Nodal Intermedia Mayor	Hasta 5 EPS con mayor número de afiliados. Excluye EPS con menos del 3% de afiliados.
	Tipo 3 – Nodal Intermedia Menor	Hasta 4 EPS con mayor número de afiliados. Excluye EPS con menos del 3% de afiliados.
	Tipo 4 – Rural Integrada Mayor	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados. Excluye EPS con menos del 3% de afiliados.
	Tipo 5 – Rural Integrada Menor	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados. No se fija umbral mínimo de participación.
Especial	Tipo 6 – Alta Dispersión	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados
	Tipo 7 – Etnocultural	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados
	Tipo 8 – Insular	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados

Fuente:Elaboración propia con base en el proyecto²⁵

A su vez, el parágrafo 2 de este artículo prevé excepciones para **EPS** con más de 20% de afiliados a nivel nacional, cuya autorización se extenderá de manera automática a todo el territorio.

²⁵ MINSALUD. Proyecto de resolución. Pág. 3-5. Documento identificado bajo el radicado No. 25423656—0000000008.

A continuación, el artículo 4 del **proyecto** dispone que la asignación de afiliados se realizará en proporción inversa a la participación de cada **EPS** en la subregión, lo que tiene como efecto directo limitar la concentración de afiliados en entidades grandes y fortalecer a las medianas y pequeñas. A su vez, este artículo introduce la fórmula matemática que regula la asignación de afiliados para **EPS** receptoras dentro de cada municipio de la subregión funcional:

$$PI_i = \frac{100}{PP_i \cdot \sum_{j=1}^n \frac{1}{PP_j}}$$

Donde:

- PP_i : Parámetro de proporción para la entidad i .
- PI_i : Proporción inversa final para la entidad i en porcentaje.
- n : Número total de entidades.
- CPI_i : Coeficiente de proporción inversa para la entidad i .

Lo anterior implica que cuanto mayor es la participación previa de una **EPS** en cada municipio de la subregión funcional, menor será su peso para recibir nuevos afiliados.

A continuación, el artículo 5 regula el retiro voluntario de **EPS** de una o varias subregiones funcionales, imponiendo requisitos de motivación, planes de pago y acuerdos con prestadores y proveedores. A su vez, el artículo 7 del **proyecto** fija criterios y estándares obligatorios de carácter técnico, administrativo, operativo y financiero, cuyo cumplimiento constituye condición mínima de permanencia.

En conjunto, estas disposiciones configuran un marco regulatorio que busca garantizar la eficiencia operativa y la estabilidad del aseguramiento en salud.

4. ANÁLISIS DEL PROYECTO DESDE LA LIBRE COMPETENCIA ECONÓMICA

4.1. Las libertades económicas en un modelo de economía social de mercado

En reiterados pronunciamientos, la Corte Constitucional ha sido enfática en señalar que, con el modelo de Estado Social de Derecho adoptado por la Constitución, se introduce a su vez en el ordenamiento jurídico un modelo de economía social de mercado *"que reconoce a la empresa y, en general, a la iniciativa privada, la condición de motor de la economía, pero que limita razonable y proporcionalmente la libertad de empresa y la libre competencia económica, con el único propósito de cumplir fines constitucionalmente valiosos, destinados a la protección del interés general"*²⁶.

En el marco constitucional colombiano, la Corte ha reconocido que la libertad de competencia económica no se limita a la ausencia de prácticas anticompetitivas, sino

²⁶ Corte Constitucional. Sentencias C-032 de 2017, reiterado en Sentencias C-263 de 2011 y C-228 de 2010.

que implica un conjunto de prerrogativas sustanciales para los agentes económicos. Entre estas, destaca de manera especial el derecho de acceso al mercado, entendido como la posibilidad real y efectiva de participar en condiciones de igualdad, sin barreras regulatorias arbitrarias ni restricciones desproporcionadas por parte del Estado.

La Sentencia C-059 de 2021 constituye uno de los desarrollos más recientes y completos sobre esta materia. En ella, la Corte Constitucional afirmó que la libre competencia se traduce, entre otros aspectos, en la libertad de concurrir al mercado, ofrecer bienes o servicios y contratar con los consumidores. Según esta providencia, el núcleo esencial del derecho consiste precisamente en el acceso al mercado sin obstáculos injustificados, garantizando así un entorno económico abierto, plural y eficiente.

Desde una perspectiva histórica, ya en la Sentencia C-616 de 2001 la Corte había abordado este principio en el contexto del sector salud. Aunque no utilizó expresamente la expresión “acceso al mercado”, sí sostuvo que cualquier restricción a la libertad económica debía cumplir los principios de razonabilidad, necesidad y proporcionalidad, advirtiendo que las regulaciones no pueden implicar el cierre injustificado de oportunidades para los actores económicos. Esta jurisprudencia, aun cuando más implícita, establece una base sólida para exigir que las condiciones de entrada al mercado estén debidamente justificadas y no respondan a criterios arbitrarios.

Ambas sentencias permiten concluir que la libre competencia incluye la prerrogativa de ingresar al mercado en condiciones equitativas, y que cualquier limitación a esta garantía debe estar sustentada en objetivos legítimos de política pública, con criterios objetivos, proporcionales y no discriminatorios.

En consonancia con lo mencionado, la Constitución Política ha establecido restricciones legítimas para el ejercicio de los derechos económicos mencionados. La Carta Política contempla disposiciones que definen los límites y condiciones bajo los cuales se pueden ejercer estas libertades económicas:

“(...) la necesidad de hacer compatible la iniciativa privada con los intereses de la sociedad implica que los agentes de mercado auto restrinjan sus actividades en el mercado, con el fin de evitar que un uso abusivo de las libertades constitucionales impida el goce efectivo de los derechos vinculados con dichos bienes valores. De otro lado, los límites a la libertad económica justifican la intervención estatal en el mercado, de modo que el Estado esté habilitado para ejercer ‘labores de regulación, vigilancia y control, a través de una serie de instrumentos de intervención con los cuales se controlan y limitan los abusos y deficiencias del mercado’. (...) esta Corporación ha previsto que esa intervención será compatible con los preceptos que dispongan la intervención del Estado (...) cuando esta ‘i) necesariamente debe llevarse a cabo por ministerio de la ley; ii) no puede afectar el núcleo esencial de la libertad de empresa; iii) debe obedecer a motivos adecuados y suficientes que justifiquen la limitación de la referida

garantía; iv) debe obedecer al principio de solidaridad; y v) debe responder a criterios de razonabilidad y proporcionalidad”²⁷.

Por lo anterior, esta Superintendencia reconoce que ninguna de las libertades y derechos constitucionales, incluidas las libertades económicas, pueden interpretarse como absoluta. Todas pueden ser limitadas con fundamento en el artículo 333 de la Constitución y, en particular, sobre base de su función social y responsabilidades que conllevan. Ahora bien, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional²⁸, para determinar si la limitación establecida es legítima es necesario establecer que (i) la restricción impuesta por la norma esté fundada en fines constitucionalmente admisibles; (ii) la intervención no sea manifiestamente innecesaria o arbitraria; y (iii) los beneficios derivados de la finalidad de la medida regulatoria sean superiores a las restricciones sobre los derechos o bienes intervenidos.

4.2. Sobre las barreras de entrada que incorpora el proyecto

4.2.1. Regla propuesta

El artículo 3 del **proyecto** regula la actualización de la autorización de funcionamiento de las **EPS** en el marco de la territorialización, estableciendo límites diferenciados al número de entidades que pueden operar en cada subregión según su tipología, como se detalla en la siguiente tabla.

Tabla No. 2. Criterios de autorización y número máximo de EPS por tipología de subregión funcional

Categoría	Subregión funcional	Número máximo de EPS autorizadas
General	Tipo 1 – Metropolitana	Todas las EPS con al menos el 3% de afiliados en la subregión.
	Tipo 2 – Nodal Intermedia Mayor	Hasta 5 EPS con mayor número de afiliados. Excluye EPS con menos del 3% de afiliados.
	Tipo 3 – Nodal Intermedia Menor	Hasta 4 EPS con mayor número de afiliados. Excluye EPS con menos del 3% de afiliados.
	Tipo 4 – Rural Integrada Mayor	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados. Excluye EPS con menos del 3% de afiliados.
	Tipo 5 – Rural Integrada Menor	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados. No se fija umbral mínimo de participación.
Especial	Tipo 6 – Alta Dispersión	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados
	Tipo 7 – Etnocultural	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados
	Tipo 8 – Insular	Hasta 3 EPS con mayor número de afiliados

Fuente: Elaboración propia con base en el **proyecto**²⁹.

²⁷ Corte Constitucional. Sentencia C-228 de 2010.

²⁸ Corte Constitucional. Sentencias C-615 de 2002 y C-830 de 2010.

²⁹ MINSALUD. Proyecto de resolución. Pág. 3-5. Documento identificado bajo el radicado No. 25423656—0000000008.

A su vez, el parágrafo 2 de este artículo prevé excepciones para **EPS** con más de 20% de afiliados a nivel nacional, cuya autorización se extenderá de manera automática a todo el territorio.

4.1.2. Consideraciones de la Superintendencia

Con el fin de desarrollar el correspondiente análisis, la Superintendencia considerará los siguientes tres aspectos. Primero, los elementos que sustentarían la existencia del problema que el regulador pretende solucionar mediante el **proyecto**. Segundo, el contenido específico de la medida y las razones que permiten concluir que efectivamente introduce una limitación a la libertad de competencia en el mercado relevante. Finalmente, el análisis de razonabilidad y proporcionalidad que permitirá determinar si la limitación objeto de estudio es legítima desde la perspectiva de la normativa en materia de protección de la competencia.

4.1.2.1. La existencia del problema que el regulador pretende solucionar

El **MINSALUD** argumentó que existen fallas de mercado puntuales que sirven como soporte para adoptar la medida propuesta. En particular, refirió la existencia de ineficiencias derivadas de la dispersión territorial forzada, problemas de selección adversa geográfica y deseconomías de escala en territorios de baja densidad poblacional.

Al respecto, señaló que el modelo de aseguramiento en salud mediante **EPS** evidenció graves ineficiencias por la dispersión territorial forzada tras las liquidaciones, lo que obligó a entidades como la **Nueva EPS** a operar en zonas sin capacidad instalada ni redes consolidadas, incrementando costos administrativos y debilitando la gestión del riesgo³⁰. Agregó que también se presentaron problemas de selección adversa geográfica, pues el ajuste de riesgo basado en variables limitadas incentivó a las **EPS** a concentrarse en territorios urbanos y rentables, dejando rezagadas las regiones con mayores necesidades³¹. Además, afirmó que en áreas rurales de baja densidad poblacional se generaron deseconomías de escala, con duplicación de costos, fragmentación del riesgo y precarización de la oferta de servicios³². De acuerdo con el regulador, en conjunto, estas fallas mostraron la incapacidad del modelo para autorregularse, lo que justificaría la necesidad de avanzar hacia un esquema de territorialización por subregiones funcionales que corrija dichas distorsiones y garantice sostenibilidad.

Para complementar el anterior análisis teórico, el regulador presentó algunos ejemplos de casos de máxima eficiencia, concentración estratégica e incremento de

³⁰ MINSALUD. Estudio técnico-económico sobre la territorialización del aseguramiento en salud en subregiones funcionales de Colombia. Pág. 7. Documento aportado al trámite bajo radicado 25-423656-0008.

³¹ Ibidem.

³² Ibidem. Pág. 8.

la rentabilidad territorial, con base en los cuales concluyó que el establecimiento de un máximo de **EPS** por región tiene implicaciones económicas positivas.

En particular, sobre los casos de máxima eficiencia resaltó los ejemplos relacionados con **EPS Familiar**, que creció 75,4% en afiliados mientras redujo más del 60% de sus municipios, con lo que alcanzó el mayor índice de concentración (4,53). También refirió el ejemplo de la **EPS S.O.S.**, que incrementó sus afiliados en 23.9% mientras redujo su presencia territorial en 23.7%, así como lo que ocurrió con **Capital Salud**, que creció 18.4% en afiliados mientras se retiró del 41.5% de sus municipios actuales³³. En cuanto a la concentración estratégica, **MINSALUD** presentó el caso de **EPS** grandes como **Sura**, que mantuvo casi intactos sus ingresos al retirar su operación de 236 municipios de baja escala, generando un índice de concentración de 2,39 y reduciendo costos administrativos y de redes marginales³⁴. Finalmente, el regulador llamó la atención sobre el análisis de rentabilidad territorial en entidades como **Compensar** y **Mutual Ser-S**, que reforzaron su sostenibilidad al salir de municipios no rentables y concentrarse en territorios donde la densidad de afiliados justifica la operación³⁵.

Sobre la descrita argumentación del regulador, en concepto de esta Superintendencia existen elementos de juicio, principalmente basados en consideraciones de teoría económica, que permiten concluir que el problema que el **MINSALUD** pretende resolver con el **proyecto** efectivamente existe y que, además, es razonable adoptar medidas regulatorias para efectos de contribuir a su solución.

La conclusión anterior se sustenta, desde el punto de vista de la teoría económica, en que las razones aportadas por el regulador resultarían ser consistentes con los comportamientos descritos en el pensamiento económico. En primer lugar, bajo los supuestos de no saciedad local y racionalidad del Modelo de Equilibrio General, las firmas tenderían a maximizar sus ganancias trasladándose espacialmente hacia las zonas más rentables y de menor riesgo. En particular, la posición geográfica de las operaciones resultaría fundamental para las decisiones de mercado de los agentes, en especial aquellas relacionadas con la proximidad de factores de producción y consumidores³⁶. En segundo lugar, la propia estructura empresarial sugiere que las compañías buscan concentrar sus operaciones en aquellos territorios donde su actividad tenga resultados en términos de eficiencia operativa. En concreto, dependiendo de su escala, las empresas optan por localizaciones que les permiten mayores eficiencias técnicas (costos más bajos, mejores rendimientos productivos) y

³³ Ibidem. Pág. 21.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Ibidem. Pág. 22.

³⁶ Artz, Kim & Orazem. (2016). Does agglomeration matter everywhere?: new firm location decisions in rural and urban markets. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jors.12202>

tratan que su elección de localización está correlacionada con la eficiencia de la firma³⁷.

4.1.2.2. La medida configura una limitación a la libertad de competencia

La libertad de competencia es un derecho reconocido a todas las personas que comprende tres prerrogativas específicas: la libertad de entrada al mercado, la libertad de determinación de las condiciones de la oferta y la libertad de elección de los consumidores. Al respecto, la jurisprudencia constitucional ha explicado lo siguiente:

“La libre competencia, por su parte, consiste en la facultad que tienen todos los empresarios de orientar sus esfuerzos, factores empresariales y de producción a la conquista de un mercado, en un marco de igualdad de condiciones. Según la jurisprudencia constitucional, esta libertad comprende al menos tres prerrogativas: (i) la posibilidad de concurrir al mercado, (ii) la libertad de ofrecer las condiciones y ventajas comerciales que se estimen oportunas, y (iii) la posibilidad de contratar con cualquier consumidor o usuario. En este orden de ideas, esta libertad también es una garantía para los consumidores, quienes en virtud de ella pueden contratar con quien ofrezca las mejores condiciones dentro del marco de la ley y se benefician de las ventajas de la pluralidad de oferentes en términos de precio y calidad de los bienes y servicios, entre otros”³⁸.

Como ya quedó explicado, la medida analizada involucra el establecimiento de un límite de oferentes por cada región mediante un sistema de cupos diferenciados de **EPS** por tipología territorial (metropolitana, intermedia, rural, especial). Se aprecia, entonces, que el **proyecto** efectivamente establece una limitación a la libertad de competencia y, en particular, a una de sus prerrogativas fundamentales: la libertad de entrada al mercado. Esto es así porque la norma establece un número máximo de oferentes por cada zona, de manera que otras **EPS** que tengan interés en participar en ese mercado específico no podrán hacerlo si el cupo máximo ya se encontrara copado.

Sobre la base de lo anterior, es necesario determinar si la limitación introducida por el **proyecto** podría considerarse legítima a la luz del régimen de protección de la competencia con fundamento en el correspondiente análisis de razonabilidad y proporcionalidad.

4.1.2.3. El análisis de razonabilidad y proporcionalidad de la limitación que pretende introducir el **proyecto**

³⁷ Li & Hu. (2002). Technical Efficiency and Location Choice of Small and Medium-Sized Enterprises. Disponible en: <https://ideas.repec.org/a/kap/sbusec/v19y2002i1p1-12.html>

³⁸ Corte Constitucional. Sentencias C-909 de 2012.

El análisis orientado a determinar la legitimidad de la medida en estudio será desarrollado en dos partes. En primer lugar, la Superintendencia considerará la propuesta general de establecer una limitación al número de **EPS** en cada zona. En segundo lugar, analizará la validez de la medida *específica* establecida de manera efectiva en el **proyecto**, esto es, el límite particular que efectivamente se propone para cada tipología de subregión funcional. En consecuencia, la primera parte del análisis evaluará si es razonable emplear la estrategia de imponer límites de oferentes para solucionar el problema identificado por el regulador, mientras que la segunda parte abordará cada límite particular que se propone para cada subregión funcional.

A. Análisis de la propuesta general de establecer una limitación al número de **EPS**

De acuerdo con lo que se explicó con antelación, el análisis propuesto exige determinar si (a) la medida persigue una finalidad constitucional legítima, (b) es adecuada para ese propósito, (c) no es manifiestamente innecesaria ni arbitraria y, finalmente, (d) es proporcional en estricto sentido.

a. La medida persigue una finalidad constitucional legítima

En concepto de la Superintendencia, la medida analizada encontraría fundamento en una finalidad constitucionalmente legítima porque se orienta a garantizar la protección de la vida y la salud de las personas a través de una política pública que pretende garantizar el servicio de salud en todo el territorio en mejores condiciones de eficiencia. Esto va en concordancia con lo señalado en el artículo 49 de la Constitución, que reconoce el derecho a la salud como un derecho constitucional.

De igual forma, la Corte Constitucional³⁹, en armonía con lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, ha reiterado que la salud constituye un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, cuya protección se proyecta tanto en la esfera individual como en la colectiva. Dicho precepto impone al Estado el deber de diseñar y ejecutar políticas orientadas a garantizar la igualdad en el acceso a las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo, en condiciones de equidad para toda la población.

Adicionalmente, la restricción encuentra sustento en la necesidad de alcanzar una escala mínima eficiente que haga posible la adecuada gestión del riesgo en salud⁴⁰. El **proyecto** reconoce que, sin una base poblacional suficiente, las entidades difícilmente podrían operar de manera sostenible, lo cual pondría en riesgo la estabilidad del sistema y los derechos de los afiliados⁴¹. Así, la medida que consiste en la concentración territorial de las **EPS** –considerada desde la perspectiva abstracta y general que se abordó en este punto del análisis– no solo responde a un criterio de eficiencia económica, sino también a la garantía de continuidad, oportunidad y calidad

³⁹ Corte Constitucional. Sentencia T-327 de 2024.

⁴⁰ MINSALUD. Proyecto. Pág. 2. Documento aportado al trámite bajo radicado 25-423656-0008.

⁴¹ Ibidem.

en la prestación del servicio. De esta manera, la medida promueve tanto la ampliación de la base de usuarios como la solidez financiera y operativa de los oferentes, asegurando que el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo cumpla su finalidad constitucional de proteger la vida y la salud de los colombianos⁴².

b. La medida es adecuada

Es importante referir los resultados de los análisis desarrollados por el regulador en el ámbito de la validación empírica de la redistribución territorial a que se refiere la sección 3 del estudio económico aportado. Como resultado de la intervención regulatoria, el regulador advierte tres resultados favorables. En primer lugar, advierte que la medida tiene la idoneidad de reducir los costos fijos asociados al mantenimiento de la infraestructura, personal y redes administrativas en municipios de muy baja escala. Al respecto, el regulador refiere el caso de la **EPS SURA**, quien en virtud de la medida evitará costos fijos en 236 municipios manteniendo prácticamente intactos sus ingresos. Lo anterior se atribuye al hecho de que, en virtud del **proyecto**, una **EPS** como **SURA**, que tiene presencia nacional, deberá concentrar su operación en aquellos municipios donde su base de afiliados es más grande y suprimir su operación en aquellos municipios más pequeños, lo que le permitirá eliminar una porción relevante de sus costos y hacer mayores economías de escala en los municipios donde se concentra su operación.

Desde el punto de vista de la Superintendencia, este resultado es consistente con la lógica económica de los costos hundidos. Mantener estructuras administrativas, sedes físicas y equipos locales para atender poblaciones marginales con muy pocos afiliados genera un encarecimiento artificial de la operación, que se puede trasladar al sistema como déficit patrimonial y poner en riesgo la sostenibilidad de las **EPS**. En este contexto, la concentración territorial propuesta mediante el **proyecto** permite reorientar los recursos hacia territorios donde la mayor concentración de afiliados asegura un mejor aprovechamiento de la infraestructura y del personal. Desde la perspectiva de la libre competencia, esta medida es adecuada porque corrige una distorsión que impedía que los aseguradores compitieran en igualdad de condiciones: entidades que debían sostener operaciones deficitarias en múltiples municipios marginales enfrentaban una desventaja frente a aquellas que concentraban su operación en territorios más rentables. Al homogeneizar las reglas, el **proyecto** permite que la competencia se desarrolle con base en la eficiencia de la gestión y no en la capacidad de absorber costos improductivos. De esta manera, se generan incentivos correctos para que los recursos se concentren en mejorar la calidad y continuidad de la atención.

En segundo lugar, el regulador plantea que la medida regulatoria logra optimizar las economías de escala, ya que al concentrar afiliados en un menor número de territorios se facilita la contratación de prestadores, la gestión de redes territoriales y la implementación de sistemas de información más integrados y menos costosos. Desde

⁴² Ibidem.

el punto de vista de la Superintendencia, este resultado es consistente con la lógica económica de la optimización de las economías de escala. El **proyecto**, al concentrar afiliados en un menor número de territorios, crea condiciones objetivas para que las **EPS** reduzcan costos unitarios y aprovechen de manera más eficiente su capacidad instalada, lo cual tienen la idoneidad de generar impacto positivo directo sobre la competencia porque nivela las condiciones de operación de las entidades que permanecen en el mercado. Cuando una **EPS** logra consolidar más afiliados en menos territorios, puede negociar con mayor poder de compra frente a prestadores, reducir la duplicación de contratos de baja utilización y unificar sistemas de información más robustos. Todo ello disminuye costos unitarios y fortalece la sostenibilidad financiera, lo que permite que la competencia se oriente hacia variables de calidad, cobertura e innovación, y no exclusivamente hacia la supervivencia financiera.

En tercer lugar, la concentración territorial permite mejorar la gestión del riesgo, puesto que *pools* más grandes y homogéneos de afiliados en cada subregión diluyen riesgos individuales y hacen más predecible el cálculo actuarial local, fortaleciendo la sostenibilidad financiera de las entidades y del sistema en su conjunto. Al respecto, esta Superintendencia resalta que, de acuerdo con la información aportada por el **MINSALUD**, la medida propuesta permite abordar la selección adversa geográfica. Actualmente, la dispersión geográfica del sistema colombiano podría incentivar la selección adversa, lo que conduciría a las **EPS** a evitar territorios rurales, con lo que dejaría a unas pocas entidades expuestas a poblaciones con enfermedades crónicas o necesidades de alto costo. Este desequilibrio puede contribuir en el deterioro de la equidad territorial e implica que las entidades expuestas a mayores riesgos acumulan pérdidas que pueden hacer financieramente inviable su permanencia. Con la introducción del **proyecto**, se ampliaría el tamaño de los *pools* de riesgo, se repartiría de manera más equilibrada y se mejoraría la predictibilidad de las enfermedades, lo que fortalecería la estabilidad financiera de las **EPS**. En suma, esta Superintendencia considera que el proyecto—considerado desde la perspectiva abstracta y general que se abordó en este punto del análisis— tiene la idoneidad de abordar la falla estructural derivada de la selección adversa regional.

En suma, esta Superintendencia concluye que existe evidencia teórica y diagnósticos cuantitativos preliminares que permiten afirmar que la medida de concentración de **EPS** por subregión es adecuada para alcanzar el fin propuesto por el regulador. La reducción de costos fijos, la optimización de economías de escala y la mejora en la gestión del riesgo confirman que el instrumento propuesto constituye, en principio, un medio idóneo para garantizar la sostenibilidad financiera del aseguramiento en salud y, en última instancia, la garantía efectiva del derecho a la salud bajo condiciones de equidad territorial.

Finalmente, esta Superintendencia destaca que la medida propuesta —considerada desde la perspectiva abstracta y general que se abordó en este punto del análisis— podría tener implicaciones positivas sobre la equidad territorial del sistema de salud. Al limitar el número de oferentes en regiones y subregiones funcionales como marco

obligatorio de operación, el **proyecto** impide que las **EPS** concentren su actividad únicamente en las zonas más rentables y obliga a reconocer las necesidades de atención de las poblaciones en territorios históricamente marginados. De esta manera, se corrigen los incentivos perversos de la selección adversa geográfica y se asegura que la planificación de redes de servicios se haga sobre un mapa territorial equilibrado.

c. La medida no es manifiestamente innecesaria ni arbitraria

Según quedó explicado, el regulador señaló que la actividad de aseguramiento en Colombia adolece de un problema de selección adversa geográfica que incentiva a las **EPS** a concentrar su operación en municipios con mayor desarrollo socioeconómico donde los resultados de salud pueden obtenerse con menores inversiones, evitando territorios con mayores cargas epidemiológicas, dispersión territorial y barreras de acceso. En ausencia de incentivos, los aseguradores han tendido a seleccionar poblaciones con riesgos más predecibles y menos onerosos, evitando aquellas zonas rurales y dispersas donde la prestación de servicios resulta más costosa. La circunstancia descrita genera riesgos en materia de calidad en la atención prestada a los usuarios. La consecuencia sistémica es la inequidad territorial, deficiencias en la prestación del servicio y la insostenibilidad de algunos actores que se encuentran cargados desproporcionadamente con poblaciones de alto costo.

Así mismo, el regulador argumentó que el modelo atomizado vigente ha permitido la operación de multiplicidad de **EPS** sin criterios de eficiencia, lo que ha derivado en problemáticas como la existencia de obstáculos para la convergencia hacia la escala mínima de eficiencia, lo que ha impedido el máximo aprovechamiento de las economías de escala y ha limitado la reducción de los costos promedio por unidad de servicio o resultado. En estos contextos, los costos fijos de operación, como el mantenimiento de infraestructura, la contratación de personal médico y la implementación de sistemas de información, se reparten entre un número reducido de afiliados, lo que encarece sustancialmente el costo por usuario y reduce la eficiencia de la operación. Esto es particularmente gravoso para aquellas **EPS** que atienden a un menor número de usuarios y que, por ende, no tienen la posibilidad de distribuir sus costos fijos entre un mayor número de usuarios. En suma, esto genera una barrera estructural para la entrada y permanencia de nuevas entidades, así como una tendencia a la concentración en zonas urbanas más rentables.

De acuerdo con lo señalado por el regulador, estos fallos de mercado se manifiestan en problemas sistémicos concretos. La evidencia muestra que desde 1993 se ha liquidado el 60% de las **EPS** constituidas, lo que sugiere que existe una fragilidad financiera del sistema y una incapacidad de muchos actores de sostener su operación. A ello se suma un déficit patrimonial acumulado de 10,2 billones de pesos, que reflejaría la insuficiencia estructural del esquema de financiamiento y la concentración de riesgos en entidades sin capacidad suficiente para enfrentarlos. Estos resultados confirmarían que la dinámica de mercado, sin ajustes regulatorios, ha sido incapaz

de garantizar la sostenibilidad de los aseguradores y, por ende, la estabilidad del sistema en su conjunto.

En consecuencia, la Superintendencia concluye que la intervención regulatoria planteada en el **proyecto** –considerada desde la perspectiva abstracta y general que se abordó en este punto del análisis– resulta de la identificación razonable de una serie de fallos de mercado, de manera que la medida en cuestión no podría considerarse como manifiestamente innecesaria o arbitraria. Al introducir estas reglas, el regulador busca equilibrar la distribución de riesgos, promover la equidad territorial y asegurar que las entidades cuenten con las capacidades mínimas para operar de manera sostenible.

El examen de necesidad demuestra, por tanto, que es razonable afirmar que la intervención se requiere para corregir fallas profundas que el mercado por sí solo no resuelve. Las asimetrías de información, las externalidades territoriales, la selección adversa geográfica y las deseconomías de escala han conducido a un deterioro patrimonial, a la generación de situaciones que comprometen la estabilidad de las entidades y a una inequidad territorial que compromete el acceso a los servicios de salud. La regulación en curso, aunque restrictiva de ciertos márgenes de competencia, se orienta a fines legítimos y necesarios como la estabilidad del sistema y la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

Un elemento adicional que corroboraría la conclusión anotada se encuentra en uno de los estudios técnico-económicos aportados por el **MINSALUD**, que recoge el ejercicio de evaluación de distintas alternativas regulatorias. En particular, se propuso mantener un *status quo* mejorado, regulación por incentivos económicos, estatización del aseguramiento y territorialización funcional (alternativa seleccionada)⁴³. El análisis de alternativas para la reforma identificó que mantener el *status quo* mejorado perpetuaba la fragmentación y no corregía causas estructurales. La opción de regulación mediante incentivos económicos resultó insuficiente al no garantizar cobertura en territorios no rentables. La estatización total del aseguramiento fue desechada por sus limitaciones constitucionales, fiscales y de eficiencia. En contraste, la alternativa seleccionada fue la territorialización funcional, que propone reorganizar el sistema en subregiones basadas en criterios técnicos, corrigiendo fallas estructurales mediante la optimización de *pools* de riesgo, la internalización de externalidades y una redistribución equitativa considerando movilidad, capacidad instalada y variables epidemiológicas⁴⁴.

d. La medida sería proporcional en sentido estricto

⁴³ MINSALUD. Estudio técnico-económico realizado al proyecto de resolución: “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo”. Pág. 4. Documento aportado al trámite bajo radicado 25-423656-0003.

⁴⁴ Ibidem.

La Superintendencia considera que la limitación propuesta con la medida analizada – considerada desde la perspectiva abstracta y general que se abordó en este punto del análisis– es proporcional en sentido estricto. En primer lugar, es importante tener en cuenta la situación real de los escenarios en comparación. De un lado, la información aportada por el regulador sugiere que el escenario de una libertad no limitada, que ha funcionado en el país durante años, tiene fallas de mercado que también introducen riesgos para el ejercicio efectivo de las prerrogativas de la libertad de competencia. Como quedó explicado, En suma, los incentivos que la organización actual genera promueven una barrera estructural para la entrada y permanencia de nuevas entidades, así como una tendencia a la concentración en zonas urbanas más rentables. En contraste, la limitación razonable que introduciría la medida estaría orientada a beneficiar a todos los actores del mercado en una proporción superior en comparación con el nivel de la restricción que impondría, pues la salida del mercado de algunas **EPS** que no continuarían participando en algunas subregiones funcionales estaría acompañada de un mejor desempeño en eficiencia en todas las zonas en las que podrían continuar participando.

La conclusión anterior parecería estar corroborada mediante la proyección general del escenario preliminar del proceso de territorialización del aseguramiento en salud a julio de 2025 que realizó el **MINSALUD**. En dicho análisis se identifica que la medida propuesta conduciría a una variación del número de afiliados entre un 202,4% en el caso de **Mutual Ser** en régimen contributivo y -18,9% en el caso de **Coosalud** en el régimen subsidiado. Ahora bien, respecto de la variación de la presencia a nivel municipal, las **EPS** varían en un rango de entre 0% para casos como el de **Nueva EPS** en régimen subsidiado y -20,2% en el caso de **Cajacopi**⁴⁵.

ESPACIO EN BLANCO

⁴⁵ MINSALUD. Estudio técnico-económico sobre la territorialización del aseguramiento en salud en subregiones funcionales de Colombia. Pág. 20. Documento aportado al trámite bajo radicado 25-423656-0008.



Superintendencia de
Industria y Comercio

Tabla No. 3. Escenario preliminar del proceso de territorialización del aseguramiento en salud

#	Entidad	Tamaño	Regimen	Actual	Afiliados propios (sin movilidad)	Afiliados Movilidad	Propuesto	Variación % Escenario Base	Variación % Presencia a nivel mpa
1	Nueva EPS - S	MUY GRANDE	RS	5.681.185	5.230.809	450.376	5.833.263	2,7%	0,0%
1	Nueva EPS - C	MUY GRANDE	RC	6.009.167	4.481.746	1.527.421	6.279.004	4,5%	
2	Sanitas	GRANDE	RC	5.842.065	4.374.191	1.467.874	5.533.338	-5,3%	-25,3%
3	Sura	GRANDE	RC	5.363.719	4.494.930	868.789	5.297.553	-1,2%	-58,7%
4	Salud Total	GRANDE	RC	5.175.411	3.603.905	1.571.506	5.094.999	-1,6%	-34,7%
5	Coosalud - S	MEDIANA	RS	3.247.951	3.005.650	242.301	2.632.543	-18,9%	-46,8%
5	Coosalud - C	MEDIANA	RC	122.782	87.348	35.434	154.028	25,4%	
6	Mutual Ser - S	MEDIANA	RS	2.533.911	2.326.037	207.874	2.513.230	-0,8%	-23,3%
6	Mutual Ser - C	MEDIANA	RC	146.430	115.306	31.124	442.832	202,4%	
7	Cajacopi	MEDIANA	RS	1.408.463	1.347.618	60.845	1.068.420	-24,1%	-66,7%
8	Emssanar	MEDIANA	RS	1.697.460	1.594.370	103.090	1.662.042	-2,1%	-16,1%
9	Savia Salud	MEDIANA	RS	1.673.824	1.528.205	145.619	1.925.894	15,1%	-17,9%
10	Asmet Salud	MEDIANA	RS	1.564.834	1.497.236	67.598	1.338.577	-14,5%	-27,2%
11	Capital Salud	MEDIANA	RS	1.096.729	1.020.711	76.018	1.298.197	18,4%	-41,5%
12	Famisanar	MEDIANA	RC	2.720.679	1.844.246	876.433	2.502.268	-8,0%	-35,1%
13	Compensar	MEDIANA	RC	1.815.081	1.538.359	276.722	1.829.969	0,8%	-37,7%
14	S.O.S.	PEQUEÑA	RC	748.579	556.168	192.411	927.678	23,9%	-23,7%
7	EPS Familiar	PEQUEÑA	RS	347.096	337.198	9.898	608.796	75,4%	-61,3%
8	Comfaoriente	PEQUEÑA	RS	252.806	236.496	16.310	306.905	21,4%	-18,2%
9	Comfachocó	PEQUEÑA	RS	167.399	162.655	4.744	177.626	6,1%	-11,4%
10	Capresoca	PEQUEÑA	RS	170.299	150.085	20.214	174.055	2,2%	-36,7%
5	Comfenalco Valle	PEQUEÑA	RC	294.969	222.785	72.184	377.486	28,0%	-26,7%
6	Aliansalud	PEQUEÑA	RC	257.155	248.978	8.177	283.793	10,4%	-88,9%
4	Salud Mía - C	PEQUEÑA	RC	68.406	47.276	21.130	88.512	29,4%	-33,3%
4	Salud Mía - S	PEQUEÑA	RS	0	0	0	55.392	0,0%	

Fuente: MINSALUD. Estudio técnico-económico sobre la territorialización del aseguramiento en salud en subregiones funcionales de Colombia. Pág. 20. Documento aportado al trámite bajo radicado 25-423656-0008.

La tabla presentada fue editada con fines de visualización.

Al respecto se pueden identificar variaciones importantes en algunos indicadores tanto en nivel de pacientes como en presencia municipal. Sobre este punto el regulador señala que existen beneficios entre altos y muy altos para todas las **EPS** evaluadas. Con ello, de acuerdo con los datos que incorpora el regulador, el **proyecto** podría incorporar efectos sistémicos que no resultarían exagerados y que serían marginales en la mayoría de los casos.

B. Análisis de la medida específica propuesta para cada subregión funcional

En esta segunda parte del análisis correpondería analizar la validez de la medida *específica* establecida de manera efectiva en el **proyecto**, esto es, el límite particular que efectivamente se propone para cada tipología de subregión funcional.

Al respecto, aunque ya está claro que –desde una perspectiva abstracta y general– la medida analizada busca optimizar el funcionamiento del sistema de salud mediante la concentración territorial de las **EPS**, no se encuentran los elementos específicos que permitan adelantar el análisis correspondiente para cada medida particular. Esto es así porque el **proyecto**, la memoria justificativa, los estudios económicos aportados y la restante documentación de soporte no incluyen una explicación concreta que sustente las limitaciones específicas propuestas. Por lo tanto, la Superintendencia no puede establecer cuáles habrían sido las razones para definir los cupos diferenciados y los porcentajes previstos para cada tipología territorial. Un ejemplo de esta circunstancia es que no están explicadas de manera expresa las razones por las que, a manera de ejemplo, el regulador propone que la subregión funcional denominada Nodal Intermedia Mayor opere con un máximo de 5 **EPS** que no pueden tener menos del 3% de afiliados.

De acuerdo con lo que la Superintendencia ha dejado establecido en reiteradas ocasiones en ejercicio de su función de abogacía de la competencia, uno de los principios clave en el diseño de regulaciones eficaces es la formulación de políticas adecuadamente justificadas y basadas en evidencia. Este es un principio que ayuda a asegurar que las normas sean de alta calidad, estén orientadas al interés público y, adicionalmente, que puedan ser efectivamente aplicadas por sus destinatarios. Un proceso basado en evidencia permite que los responsables de la formulación de políticas tomen decisiones con conocimiento de causa y, por lo tanto, contribuye a obtener mejores resultados normativos.

En consecuencia, la Superintendencia recomendará que el regulador incluya en el **proyecto** o la memoria justificativa las explicaciones concretas que sustentaron las medidas específicas que propone.

4.3. Sobre los criterios de distribución de pacientes y su efecto en los costos operativos de las empresas

4.3.1. Regla propuesta

El artículo 4 del **proyecto** introduce las reglas para la redistribución de afiliados entre las **EPS**, introduciendo un mecanismo de asignación que opera de manera inversa a la participación de mercado. La fórmula matemática que regula la asignación de afiliados para **EPS** receptoras dentro de cada municipio de la subregión funcional, se define a continuación:

$$PI_i = \frac{100}{PP_i \cdot \sum_{j=1}^n \frac{1}{PP_j}}$$

Donde:

- PP_i : Parámetro de proporción para la entidad i .
- PI_i : Proporción inversa final para la entidad i en porcentaje.
- n : Número total de entidades.
- CPI_i : Coeficiente de proporción inversa para la entidad i .

Lo anterior implica que cuanto mayor es la participación previa de una **EPS** en el ámbito municipal menor será su peso para recibir nuevos afiliados. Esta fórmula busca limitar la concentración y favorecer la diversificación del aseguramiento, al impedir que las entidades con mayor participación relativa en una subregión reciban más afiliados y otorgar mayores porcentajes a aquellas con menor cuota.

4.3.2. Consideraciones de la Superintendencia

El **proyecto** no incorpora reglas suficientemente claras frente a cómo se va a hacer la redistribución de usuarios. Si bien en el artículo 4 se establece una ecuación matemática que determina el número de usuarios a reasignar con base en la participación de mercado de cada **EPS**, no se precisa qué tipo de usuarios serán redistribuidos ni con qué criterios epidemiológicos o de carga en salud se asignarán. En consecuencia, no se especifica si las **EPS** receptoras obtendrán poblaciones con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, patologías de alto costo o necesidades especiales de atención, o si, por el contrario, recibirán afiliados con un perfil de riesgo más bajo. Esta indefinición genera la posibilidad de que unas **EPS** terminen asumiendo cargas financieras sustancialmente superiores por la atención de pacientes de alto costo, mientras que otras se vean beneficiadas con poblaciones con padecimientos que implican menores gastos de aseguramiento. El efecto directo de esta omisión podría ser la creación de ventajas competitivas e inequidad en el trato entre las entidades, ya que el **proyecto** no contiene reglas que tengan por objeto ajustar o compensar las diferencias de riesgo en la población asignada. Además, teniendo en cuenta que el **proyecto** no contempla ninguna modificación al esquema de remuneración vigente, se mantiene la regla de reconocimiento de la **UPC** sin ajustes diferenciados por la composición de la población reasignada. Esto significaría que, a pesar de recibir poblaciones con costos potencialmente distintos de atención, todas las **EPS** continuarían siendo remuneradas bajo el mismo criterio uniforme.

La consecuencia más relevante de esta redistribución podría ser la alteración de los incentivos competitivos y la modificación de las estructuras de costos de los aseguradores. En un mercado en el cual las **EPS** son remuneradas de forma uniforme por afiliado, pero enfrentan cargas de riesgo heterogéneas, se podría distorsionar la capacidad de competir en condiciones equitativas. Las **EPS** receptoras de poblaciones de alto costo podrían verse forzadas a destinar mayores recursos a la prestación de servicios, reduciendo su margen para invertir en innovación, calidad y expansión

territorial, mientras que otras entidades, al recibir poblaciones más sanas, dispondrán de recursos excedentes que no necesariamente se traducirán en mejoras para los usuarios. En términos de eficiencia dinámica⁴⁶, esta situación podría desincentivar la diferenciación competitiva y generar un escenario donde la asignación de pacientes, más que la capacidad de gestión, determine la viabilidad y sostenibilidad de cada actor.

Este efecto negativo sobre la eficiencia dinámica es especialmente grave en un sector donde la capacidad de las entidades para diferenciarse depende, en gran medida, de la inversión en programas de promoción y prevención⁴⁷, en estrategias de atención primaria y en mejoras tecnológicas para la gestión del riesgo. Al respecto, Li (2024)⁴⁸ demostró que, en mercados donde las empresas enfrentan cargas desiguales no compensadas, se debilita la presión competitiva para innovar y mejorar la calidad del servicio, porque los actores más afectados deben concentrarse en cubrir sus mayores costos operativos en lugar de destinar recursos a estrategias de largo plazo.

El riesgo competitivo se acentúa cuando se analiza el efecto que esta redistribución puede tener sobre la estructura del mercado en el mediano plazo. Al no existir una remuneración acorde a las cargas por riesgo, algunas **EPS** podrían ver comprometida su sostenibilidad financiera, lo que eventualmente podría conducir a su salida del mercado. El estudio técnico del **proyecto** reporta que el sistema ya ha experimentado un deterioro progresivo con la liquidación del 60% de las **EPS** constituidas desde 1993 y un déficit patrimonial de 10,2⁴⁹ billones de pesos. Bajo este panorama, una

⁴⁶ La eficiencia dinámica se refiere “la medida en que una empresa introduce nuevos productos o procesos de producción. Si la eficiencia estática estudia si la competencia empuja a las empresas a operar en o más cerca de la actual frontera eficiente de producción, la eficiencia dinámica considera si la competencia las empuja a mover la frontera eficiente de producción más rápido o más lejos.

Un monopolista -o más generalmente, una firma con poder de mercado- podría tener menos incentivos para innovar, agregando así ineficiencia dinámica a la lista de pérdidas de bienestar creadas por firmas con poder de mercado. (...) En simple, la intuición es la siguiente: la competencia empuja a las empresas a invertir para mejorar su posición competitiva frente a sus rivales. La ausencia de competencia reduce este incentivo para innovar, y esto a su vez significa que un monopolista será menos eficiente (menos innovador) que las empresas que operan bajo competencia”. Disponible en: Centro Competencia. (s.f.). Eficiencia. Disponible en: <https://centrocompetencia.com/eficiencia/>

⁴⁷ Un estudio publicado en la revista académica del autor Li (2024) examina cómo la competencia entre aseguradores impacta sus inversiones en atención preventiva. El análisis empírico demuestra que los aseguradores compiten no solo en precios, sino también en inversión preventiva, lo que incide directamente en la salud de la población a lo largo del tiempo. Li emplea un modelo en equilibrio donde los aseguradores determinan tanto primas como inversión preventiva, y encuentra que la competencia intensiva reduce la rotación de afiliados (turnover), lo que fortalece los incentivos a invertir en prevención, pues los beneficios de dicha inversión se internalizan mejor. Este hallazgo refuerza la lógica de que, en mercados donde los aseguradores enfrentan poblaciones heterogéneas, la inversión en prevención y atención primaria puede convertirse en un elemento diferenciador para incrementar la cuota de mercado y el bienestar de la población. Fuente: Li (2024). Competition and preventive investment in health insurance. China Economic Review. Disponible en: <https://www.china-ces.org/Files/3055abstract/202401131628161741.pdf>

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ MINSALUD. Memoria justificativa del proyecto. Pág. 1. Documento identificado bajo el radicado No. 25423656—0000000004.

asignación desigual de pacientes sin ajustes compensatorios podría acelerar la concentración del mercado en unas pocas entidades con mayor resiliencia financiera.

La consecuencia de esta concentración no es solo una posible reducción del número de competidores, sino también una posible disminución de la presión competitiva en dimensiones esenciales para el bienestar de los usuarios, como la calidad del servicio y la oportunidad en la atención. La memoria justificativa insiste en que la reorganización territorial busca superar la “lógica de la libre competencia atomizada que ha generado fragmentación del sistema”⁵⁰. No obstante, sustituir la competencia atomizada por un esquema de asignación que no reconoce diferencias de riesgo puede derivar en un escenario igualmente problemático: una competencia formal entre pocas entidades donde la asignación de pacientes, y no la eficiencia o la calidad, determina la viabilidad de cada actor.

En este contexto, una consecuencia que requiere de un especial cuidado es que el esquema propuesto por el **proyecto** desincentivaría la diferenciación competitiva. El estudio técnico del **proyecto** señala que la territorialización pretende lograr eficiencia mediante la optimización de *pools* de riesgo⁵¹ y la reducción de la volatilidad financiera. Sin embargo, al no establecerse criterios que aseguren una distribución equitativa de perfiles epidemiológicos ni mecanismos de remuneración diferenciados, la eficiencia dinámica se podría ver comprometida. En lugar de incentivar a las **EPS** a competir en estrategias de gestión del riesgo y calidad del servicio, se les sometería a un marco en el que la sostenibilidad financiera dependería más de la composición de la población asignada que de sus propios méritos como aseguradores.

En conclusión, la redistribución de usuarios en los términos propuestos por el **proyecto** podría alterar los incentivos competitivos y modificar las estructuras de costos de los aseguradores, generando riesgos de inequidad, concentración y pérdida de eficiencia tanto estática como dinámica. Por estas razones, la Superintendencia le recomienda al regulador establecer criterios explícitos de asignación de usuarios que reduzcan la discrecionalidad y garanticen equidad en la composición de las poblaciones reasignadas. Solo de esta manera se podría preservar la neutralidad competitiva entre aseguradores, evitar ventajas estructurales injustificadas y asegurar que las **EPS** con poblaciones de alto costo dispongan de los recursos necesarios para mantener la calidad en la atención.

ESPACIO EN BLANCO

⁵⁰ MINSALUD. Memoria justificativa del proyecto. Pág. 2. Documento identificado bajo el radicado No. 25423656—0000000004.

⁵¹ MINSALUD. Estudio económico. Pág. 3. Documento identificado bajo el radicado No. 25423656—0000000003.

4.4. Sobre la suficiencia del término para la aplicación de la normativa

4.4.1. Regla propuesta

El artículo 3 del **proyecto** señala que la **SUPERSALUD** tendrá un término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la normativa que resulte de este, para expedir la actualización de la autorización de funcionamiento de las **EPS** en el marco del proceso de territorialización del aseguramiento en subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Así mismo, el artículo 14 señala que la Resolución entrará a regir desde la fecha de su publicación y que deroga la Resolución 497 de 2021.

4.4.2. Consideraciones de la Superintendencia

El establecimiento de periodos de transición adecuados en un contexto de cambios normativos es fundamental para garantizar la libre competencia económica. Esto por cuanto la incorporación de regímenes de transición o periodos de transición suficientes resulta relevante para que los agentes del mercado ajusten sus expectativas regulatorias en un tiempo razonable y no se vean sorprendidos en el giro ordinario de sus negocios⁵². Además, plazos insuficientes pueden constituir una barrera indirecta de permanencia, al favorecer a las entidades con mayor capacidad financiera y operativa en detrimento de competidores más pequeños⁵³. Por otra parte, el establecimiento de periodos de aplicación demasiado extensos puede comprometer la aplicación de modificaciones normativas necesarias y el cumplimiento de los demás objetivos de política que persiguen los reguladores.

Por ello el regulador debe fijar periodos de transición que no sean demasiado cortos como para perjudicar la competencia en el sector ni demasiado largos como para impedir el cumplimiento de otros objetivos normativos. Sobre el particular la Superintendencia encuentra que el **proyecto** contiene cambios de importante magnitud, como algunos que ya se mencionaron en materia de reorganización territorial y administrativa y la implementación de la regla de reasignación de afiliados que podrían resultar perjudiciales para la dinámica del mercado si se realizan con tiempo insuficiente.

Ahora bien, en otras regulaciones introducidas por el **MINSALUD** se han establecido disposiciones con periodos de transición más extensos, como lo es el estipulado en el numeral 6 del artículo 46 de la Resolución 1811 de 2025⁵⁴ de dos (2) años para la

⁵² En ese sentido se ha pronunciado esta Superintendencia, entre otros, en conceptos con radicado 25-285260, 25-104846 y 25-189219

⁵³ En particular, la Comisión Europea señala la importancia de establecer medidas regulatorias diferenciales en el diseño regulatorio orientadas a pequeñas y medianas empresas por sus impactos diferenciados. Comisión Europea. (2009) Considering SME interests in policy-making. Disponible en: <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/10038/attachments/1/translations/en/renditions/native>

⁵⁴ Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, la prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad y se dictan otras disposiciones.

entrada en operación para la aplicación de un curso de formación en protección radiológica. Por su parte, en el artículo 25 de la Resolución 1809 de 2025⁵⁵ establece un periodo de transición de nueve (9) meses para que los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, para implementar las disposiciones contenidas dicha resolución. Así mismo, por medio del artículo 4 de la Resolución 1633 de 2025⁵⁶ se establecen términos de aplicación diferenciados para algunas disposiciones normativas, que estipulan transiciones desde los seis (6) meses para proyectos de edificaciones que hayan sido radicados para evaluación y emisión de concepto técnico de viabilidad hasta los dos (2) años para aquellos proyectos que cuenten con concepto técnico de viabilidad expedido por la autoridad competente.

De esta forma, se encuentra que el **MINSALUD** ha establecido términos de transición más extensos dependiendo de la complejidad de cada caso regulado. En este caso, y dadas las consideraciones que se expusieron anteriormente, la Superintendencia encuentra que el **proyecto** introduce cambios importantes en el esquema de salud donde la suficiencia del término de transición debe ser fijado adecuadamente. Esto con el fin de encontrar el equilibrio en la implementación entre la aplicación de modificaciones normativas propuestas y el impacto esperado en los mercados.

En concreto, como se mencionó en el apartado 4.2 de este concepto, el artículo 3 del **proyecto** establece que se realizarán cambios en la operación de las **EPS** de forma que se establecerán un número máximo de estas a operar por región. En consecuencia, las **EPS** que venían operando en algunas regiones podrían dejar de hacerlo y tener que recomponer parcialmente sus operaciones e inversiones regionales. También se establecerá un porcentaje mínimo de afiliados para poder obtener la autorización para operar, lo que podría implicar la salida de algunas **EPS** y el traslado de usuarios entre dichas entidades. En este contexto, las **EPS** deberán adaptarse a la nueva normativa y estar preparadas para los cambios que puedan sobrevenir en el número de usuarios que tienen vinculados. Con ello, el establecimiento de un periodo de transición adecuado resultaría relevante para la adecuada operación del mercado.

No obstante, en los documentos soporte no se encuentra la justificación del plazo para que la **SUPERSALUD** expida la actualización de la autorización de funcionamiento de las **EPS**, así como la entrada en vigencia inmediata del **proyecto**. Por lo mencionado, la Superintendencia **recomendará** al regulador que presente en el **proyecto** o la memoria justificativa las razones técnicas que permitan justificar el tiempo brindado para la entrada en vigor de los diferentes apartados normativos del **proyecto** y, sobre todo, que sustenten adecuadamente que ese lapso resulta suficiente para evitar impactos desproporcionales en el mercado.

⁵⁵ Por medio de la cual se reglamentan los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, de que trata el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019.

⁵⁶ Por la cual se determina el marco técnico de infraestructura y equipamiento de edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud.

5. RECOMENDACIONES

Por las razones expuestas, la Superintendencia recomienda al **MINSALUD**:

- En relación con el artículo 3 del **proyecto**: **Incluir** en el **proyecto** o la memoria justificativa las explicaciones concretas que sustentaron las medidas específicas que propone.
- En relación con el artículo 4 del **proyecto**: **Establecer** criterios explícitos de asignación de usuarios que garanticen equidad en la composición de las poblaciones reasignadas.
- En relación con los artículos 3 y 14 del **proyecto**: **Incluir** en el **proyecto** o la memoria justificativa las razones técnicas que permitan justificar el tiempo brindado para la entrada en vigor de los diferentes apartados normativos del **proyecto** y, sobre todo, que sustenten adecuadamente que ese lapso resulta suficiente para evitar impactos desproporcionales en el mercado.

Para finalizar, la Superintendencia solicita amablemente al **MINSALUD** que, al expedir el **proyecto**, remita una copia de este acompañada con la última versión de su memoria justificativa, al correo electrónico grabogacia@sic.gov.co.

Cordialmente,

FRANCISCO MELO RODRIGUEZ
SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA PROTECCIÓN DE LA COMPETENCIA
DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA PROTECCIÓN DE LA
COMPETENCIA

Elaboró: Ligia Parrado, David Retamoso, Yolanda Hernandez, Lesly Romero
Revisó: Francisco Melo
Aprobó: Francisco Melo

Lo invitamos a evaluar su experiencia como regulador en el marco del trámite de Abogacía de la Competencia, en el siguiente enlace:



<https://forms.office.com/r/hc8zeFi5fE>