

Bogotá, D.C.
1007

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

RAD: 26-26190- -4-0 **FECHA:** 2026-02-02 16:01:51
DEP: 1007 G.TR.ABOGA DECOMPE.A **EVE:** 0 SINEVENTO
TRA: 396 ABOGACIA COMPETENCIA **FOLIOS:**16
ACT: 440 RESPUESTA

Señores

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

correo@minsalud.gov.co

dsoto@Minsalud.gov.co

Asunto: Radicación: 26-26190- -4-0
Trámite: 396
Evento: 0
Actuación: 440
Folios: 16

Referencia: Concepto de abogacía de la competencia sobre el proyecto de decreto: "Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo" (en adelante, el **proyecto**).

Respetados señores:

En respuesta a la comunicación del **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL** (en adelante, **MINSALUD**) radicada el 26 de enero de 2026, la Superintendencia de Industria y Comercio rendirá concepto de abogacía de la competencia sobre el **proyecto** en los siguientes términos. Primero, se abordará el fundamento legal de la función de abogacía de la competencia. Segundo, se expondrán los antecedentes normativos de la iniciativa. Tercero, se enunciarán las justificaciones presentadas por el regulador para su expedición. Cuarto, se describirán las reglas del **proyecto** relevantes para el análisis. Quinto, se desarrollará el análisis desde la perspectiva de la libre competencia económica. Finalmente, se formularán las recomendaciones correspondientes.

1. FUNDAMENTO LEGAL DE LA FUNCIÓN DE ABOGACÍA DE LA COMPETENCIA

En primer lugar, la función de abogacía de la competencia se encuentra regulada en el artículo 7 de la Ley 1340 de 2009¹, en los siguientes términos:

"ARTÍCULO 7°. Abogacía de la Competencia. Además de las disposiciones consagradas en el artículo 2° del Decreto 2153 de 1992, la Superintendencia de Industria y Comercio podrá rendir concepto previo sobre los proyectos de regulación estatal que puedan tener incidencia sobre la libre competencia en los mercados. Para estos efectos las autoridades de regulación informarán a la Superintendencia de Industria y Comercio de los actos administrativos que se pretendan expedir. El concepto emitido por la Superintendencia de Industria y Comercio en este sentido no será vinculante. Sin embargo, si la autoridad respectiva se apartara de dicho concepto, la misma deberá manifestar de manera expresa dentro de las consideraciones de la decisión los motivos por los cuales se aparta."

De conformidad con lo dispuesto en el artículo citado, la abogacía de la competencia constituye una función preventiva atribuida a la Superintendencia de Industria y Comercio (en adelante, **SIC**). En virtud de esta función, las autoridades que pretendan expedir actos administrativos susceptibles de incidir en la libre competencia económica en algún mercado colombiano, deben informar previamente a la **SIC**, con el fin de que esta emita el concepto correspondiente. Si bien dichos conceptos no son vinculantes, cuando la autoridad regulatoria decida apartarse de ellos deberá exponer de forma expresa y razonada, dentro de los considerandos² del acto administrativo que expida, las razones que justifican dicha decisión.

En segundo lugar, mediante el Decreto 2897 de 2010³ se reglamentó la función de abogacía de la competencia. En los considerandos de este decreto, se señaló que

"Con el fin de alcanzar los propósitos de la política pública de competencia señalados en el artículo 3° de la Ley 1340 de 2009, la Superintendencia de Industria y Comercio debe contribuir, por medio de conceptos no vinculantes, a que los actos administrativos expedidos por las autoridades de regulación alcancen los objetivos de política

¹ "Por medio de la cual se dictan normas en materia de protección de la competencia".

² En concordancia con lo establecido en el artículo 7 del Decreto 2897 de 2010. "En todo acto administrativo con fines regulatorios que pueda tener incidencia sobre la libre competencia en los mercados, la autoridad que lo expida deberá dejar constancia expresa en la parte considerativa acerca de si consultó a la Superintendencia de Industria y Comercio o no y si esta emitió concepto o no."

³ "Por el cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley 1340 de 2009." Actualmente compilado en el Decreto 1074 de 2015.

pública previstos en las leyes sin imponer restricciones indebidas a la libre competencia.”

En particular, el decreto tiene como objetivo establecer las autoridades que deben informar a la **SIC** sobre los proyectos de acto administrativo que se propongan expedir, así como fijar las reglas aplicables para que esta entidad pueda emitir un concepto previo acerca de la posible incidencia de la regulación sobre la libre competencia económica en los mercados.

En tercer lugar, es importante mencionar que los conceptos de abogacía cumplen labores preventivas de protección de la libre competencia. El Consejo de Estado ha indicado que el objeto de la abogacía de la competencia es que el Estado no obstaculice las dinámicas del mercado con su actividad regulatoria. También pretende evitar que a través de actuaciones normativas se generen externalidades o se incremente el costo social de la regulación. La abogacía de la competencia no interfiere en la autonomía de los reguladores y su objetivo tampoco es sugerir medidas regulatorias. Dentro de las facultades de esta Superintendencia se encuentra la de formular recomendaciones que esta autoridad considera pertinentes de cara a los proyectos de regulación. En este sentido, el regulador mantiene la decisión final de expedir el acto administrativo acogiendo o no las recomendaciones de esta Superintendencia.⁴

Por último, cabe señalar que, durante el proceso de consulta del **proyecto**, algunos comentarios señalaron que la iniciativa regulatoria podría adolecer de vicios que eventualmente darían lugar a su nulidad. No obstante, esta Superintendencia se limitará, en el presente concepto, al ejercicio de sus competencias legales en materia de abogacía de la competencia, razón por la cual no se pronunciará sobre aspectos relacionados con la legalidad de la iniciativa, por no ser de su resorte funcional.

2. ANTECEDENTES NORMATIVOS DEL PROYECTO

2.1. Ley 1438 de 2011⁵

El artículo 30 de esta ley dispone que el Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento.

2.2. Ley 1751 de 2015⁶

⁴ Consejo de Estado, Auto del 30 de abril de 2018 mediante el cual se decreta la suspensión provisional de los efectos de la Resolución 2163 de 2016 “Por la cual se reglamenta el Decreto 2297 de 2015 y se dictan otras disposiciones”, expedida por el Ministerio de Transporte e identificada con el radicado No.: 11001-03-24-000-2016- 00481-00.

⁵ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”

⁶ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

El artículo 2 de esta ley estatutaria dispone, en armonía con el artículo 49⁷ de la Constitución Política, que la prestación de los servicios de salud, en cuanto servicio público esencial y obligatorio, se sujeta a la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control indelegables del Estado.

2.3. Ley 2294 de 2023⁸

Por medio de esta ley se adoptó el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026, que en materia de salud establece la transformación del sistema sanitario mediante un Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo con enfoque territorial. Este modelo reconoce la necesidad de adaptar la atención a las particularidades regionales y se concreta en la Convergencia Regional como eje transformador. Así mismo, las Bases del Plan, en el marco del objetivo de “Seguridad humana y justicia social”, ordenan reorganizar el aseguramiento y la prestación de servicios conforme a dicho modelo, priorizando la planeación territorial según las condiciones específicas de cada región.

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

El regulador sostiene que la definición de mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional responde a la necesidad de garantizar un funcionamiento equitativo, continuo, eficiente y financieramente sostenible del sistema de salud, en un país marcado por profundas asimetrías territoriales e institucionales.⁹

En particular, el **MINSALUD** justifica la adopción de mecanismos diferenciales con base en cinco argumentos fundamentales: (i) La heterogeneidad territorial genera condiciones dispares que afectan la viabilidad del aseguramiento y exigen medidas adaptadas; (ii) La limitada capacidad institucional y fiscal en algunos

⁷ “**ARTICULO 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.”

⁸ “Por medio del cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 “Colombia Potencia Mundial de Vida”.

⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. “MECANISMOS DIFERENCIALES PARA LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL Y POBLACIONAL” (2025). Pág. 18. Documento soporte aportado al trámite bajo radicado No. 26026190—0000000003.

territorios impide una gestión eficiente, lo que requiere menos Entidades Promotoras de Salud (en adelante, **EPS**) con mayor escala; (iii) La ruralidad y dispersión elevan los costos y dificultan la operación, por lo que se favorecen esquemas más concentrados; (iv) La sostenibilidad depende de una masa crítica de afiliados por **EPS**, especialmente en municipios pequeños; (v) estos mecanismos protegen el derecho a la salud al garantizar continuidad y calidad en la atención, evitando fallas asociadas a modelos fragmentados.¹⁰

4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El **proyecto** adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016¹¹ con el objetivo de implementar mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional. Para ello, el **proyecto** introduce un esquema de ordenamiento del aseguramiento que combina criterios de tamaño poblacional y participación de las **EPS**, orientado a adecuar la estructura del mercado a las condiciones reales de los territorios¹².

En términos generales, la iniciativa normativa establece reglas diferenciadas de operación a nivel nacional, departamental y municipal. A nivel nacional, se incorporan criterios asociados a la participación agregada de las **EPS** y a la concentración geográfica de su operación, los cuales inciden en la forma en que dichas entidades se contabilizan dentro de los límites territoriales. A nivel departamental, el **proyecto** fija umbrales mínimos de participación de las **EPS** en función del tamaño poblacional de cada departamento, con el fin de garantizar una masa crítica mínima que permita la sostenibilidad financiera y operativa del aseguramiento. Finalmente, a nivel municipal y distrital, se establece una estructura escalonada que determina el número máximo de **EPS** autorizadas a operar según rangos poblacionales, manteniendo en todos los casos un umbral mínimo de participación territorial.

En concordancia con lo anterior, el **proyecto** dispone que, tras la actualización del ámbito territorial de las **EPS**, el **MINSAUD** asignará afiliados a las **EPS** receptoras, sin importar el régimen. Esta asignación será obligatoria, efectiva el primer día del mes siguiente a su entrega, mantendrá los núcleos familiares y se hará evitando concentraciones y favoreciendo a las **EPS** con menor participación en el municipio.¹³

Este conjunto de reglas busca corregir la fragmentación del aseguramiento en territorios de baja escala poblacional, fortalecer la viabilidad operativa de las

¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. "MECANISMOS DIFERENCIALES PARA LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL Y POBLACIONAL" (2025). Págs. 18-23. Documento soporte aportado al trámite bajo radicado No. 26026190—0000000003.

¹¹ "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social."

¹² Proyecto. Artículo 2.5.2.7.3.

¹³ Proyecto. Artículo 2.5.2.7.5.

EPS y garantizar la continuidad del aseguramiento, sin modificar los parámetros estructurales del sistema ni afectar el derecho a la libre escogencia de los afiliados.

5. ANÁLISIS DEL PROYECTO DESDE LA LIBRE COMPETENCIA ECONÓMICA

Del examen integral del **proyecto** y del documento soporte técnico que lo acompaña, esta Superintendencia constató que la iniciativa se estructura a partir de un diagnóstico de las condiciones en las que operaría el aseguramiento en salud en el territorio nacional.

En particular, el **proyecto** demuestra contar con la idoneidad necesaria para adecuar la operación del aseguramiento a la heterogeneidad territorial del país, incorporando criterios objetivos que buscan corregir desajustes estructurales previamente identificados por el propio regulador. Los argumentos que sustentan esta aproximación se encuentran desarrollados de manera expresa en el documento soporte titulado "Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional"¹⁴, el cual expone las razones por las cuales la aplicación uniforme de reglas de operación ha resultado insuficiente para garantizar una prestación eficiente, continua y sostenible del aseguramiento en todos los territorios.

El documento soporte parte de un reconocimiento explícito de que el sistema de aseguramiento en salud se desenvuelve sobre una estructura territorial profundamente heterogénea, caracterizada por diferencias sustanciales en densidad poblacional, dispersión geográfica, accesibilidad, capacidad institucional y disponibilidad de servicios de salud.¹⁵ Estas diferencias no son marginales ni transitorias, sino estructurales, y tienen impactos directos sobre la viabilidad operativa del aseguramiento y sobre la capacidad del sistema para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Bajo el anterior contexto, se considera que la adopción de mecanismos diferenciales constituye una respuesta regulatoria coherente con las realidades territoriales, en la medida en que permite ajustar las condiciones de operación del aseguramiento en salud a variables objetivas como el tamaño poblacional, la escala de afiliados y la capacidad operativa mínima requerida para una gestión adecuada del riesgo en salud

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. "MECANISMOS DIFERENCIALES PARA LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL Y POBLACIONAL" (2025). Pág. 18. Documento soporte aportado al trámite bajo radicado No. 26026190—0000000003.

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. "MECANISMOS DIFERENCIALES PARA LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL Y POBLACIONAL" (2025). Pág. 18-19. Documento soporte aportado al trámite bajo radicado No. 26026190—0000000003.

Desde esta perspectiva, el **proyecto** no se limita a introducir restricciones a la operación de las **EPS**, sino que configura un esquema de ordenamiento del aseguramiento, orientado a asegurar que la presencia de **EPS** en los territorios responda a condiciones de viabilidad y capacidad operativa¹⁶.

El regulador demuestra que la coexistencia de múltiples **EPS** en territorios de baja escala poblacional y alta dispersión geográfica ha generado, históricamente, fragmentación del aseguramiento, dificultades para la articulación de redes de prestación y mayores riesgos de discontinuidad en la atención. Frente a este diagnóstico, la iniciativa regulatoria plantea un marco que podría permitir una adecuación más eficiente de la estructura del aseguramiento, diferenciando entre grandes centros urbanos con capacidad para soportar la operación simultánea de múltiples agentes y municipios pequeños, rurales o dispersos, donde dicha coexistencia resultaría inviable y/o ineficiente.

Así mismo, el **proyecto** propone una medida adecuada para fortalecer la sostenibilidad financiera y operativa del sistema de aseguramiento en salud, en tanto introduce criterios orientados a garantizar la existencia de una masa crítica mínima de afiliados por **EPS** en cada ámbito territorial.¹⁷ El documento soporte explica que la operación del aseguramiento requiere alcanzar economías de escala que permitan distribuir costos administrativos, sostener redes integrales de prestación, implementar sistemas de información y monitoreo, y gestionar de manera adecuada el riesgo en salud. La ausencia de dicha masa crítica, según lo expuesto por el regulador, incrementa los costos administrativos por afiliado, debilita la capacidad de negociación con los prestadores y eleva el riesgo de inestabilidad financiera, con efectos directos sobre la continuidad del aseguramiento y la protección de los derechos de los afiliados.

En este sentido, los umbrales de participación mínima y los límites al número de **EPS** por territorio no se configuran como medidas arbitrarias, sino como instrumentos técnicos que buscan corregir posibles fallas estructurales asociadas a la atomización del aseguramiento. El **proyecto** demuestra que la permanencia de **EPS** con participaciones marginales en determinados territorios no contribuye a una mayor eficiencia ni a mejores resultados en términos de acceso o calidad y, por el contrario, incrementa los riesgos de fallas operativas y financieras. Al establecer criterios para la operación territorial de las **EPS**, la iniciativa regulatoria contribuye a reducir la incertidumbre asociada a la operación del aseguramiento en contextos de baja escala poblacional.

¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. "MECANISMOS DIFERENCIALES PARA LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL Y POBLACIONAL" (2025). Pág. 20-21. Documento soporte aportado al trámite bajo radicado No. 26026190—0000000003.

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. "MECANISMOS DIFERENCIALES PARA LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL Y POBLACIONAL" (2025). Pág. 22. Documento soporte aportado al trámite bajo radicado No. 26026190—0000000003.

De igual manera, esta Superintendencia considera que el **proyecto** podría potencialmente mejorar la viabilidad operativa del aseguramiento, particularmente en municipios pequeños, rurales o dispersos, donde las condiciones estructurales imponen mayores desafíos para la prestación continua de los servicios de salud. El documento soporte señala que en estos territorios confluyen factores como mayores costos de operación, dificultades de acceso geográfico, menor disponibilidad de oferta y limitaciones en la capacidad institucional local, lo cual exige esquemas de operación más concentrados que permitan garantizar una presencia efectiva y sostenible del asegurador. En este contexto, el **proyecto** propone mecanismos que buscan asegurar que las **EPS** que operen en dichos territorios cuenten con la escala mínima necesaria para articular redes de prestación, gestionar adecuadamente el riesgo en salud y garantizar la continuidad del aseguramiento, sin que ello implique restricciones al derecho fundamental a la salud ni a la libre escogencia de los afiliados.

En conjunto, los argumentos teóricos desarrollados por el regulador en el documento soporte, permiten concluir que el **proyecto** se encuentra técnicamente diseñado para introducir ajustes estructurales en la operación del aseguramiento en salud, orientados a adecuarlo a la heterogeneidad territorial, fortalecer su sostenibilidad financiera y mejorar su viabilidad operativa, especialmente en los territorios con mayores barreras estructurales.

Sin perjuicio de lo anterior, y en atención a la incidencia que la implementación del **proyecto** tendría en la dinámica competitiva del mercado de aseguramiento en salud, esta Superintendencia presenta a continuación sus consideraciones respecto de dos reglas específicas del texto normativo que, por su naturaleza, exigen un análisis desde la óptica de la abogacía de la competencia, con el propósito de promover una mayor alineación de la política pública del **MINSALUD** con los principios de eficiencia económica, libre concurrencia y bienestar del consumidor.

5.1. Análisis de la justificación técnica para la determinación del número de EPS a operar según tamaño poblacional

5.1.1. Descripción de la regla

El artículo 2.5.2.7.3 del **proyecto** establece límites explícitos al número de **EPS** autorizadas para operar en los distintos ámbitos territoriales, a nivel nacional, departamental y municipal, utilizando como criterios centrales el tamaño poblacional del territorio y el nivel de participación de las **EPS** en cada ámbito.

En efecto, el **proyecto** define rangos de población para departamentos y municipios y, con base en estos, fija un número máximo de **EPS** que pueden operar en cada caso, así como umbrales mínimos de participación poblacional para permitir la permanencia de dichas entidades en el respectivo territorio. Este

diseño normativo se complementa con reglas de alcance nacional que condicionan la forma en que determinadas **EPS** se contabilizan dentro de los límites territoriales, así como con disposiciones específicas aplicables a **EPS** con amplia participación nacional, **EPS** con operación focalizada en un solo departamento y Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las cuales reciben un tratamiento diferenciado.

En el ámbito nacional, el **proyecto** introduce criterios que inciden en la aplicación de los límites departamentales y municipales. En particular, dispone que las **EPS** que cuenten con una participación superior al 20% del total de afiliados a nivel nacional se contabilizarán dentro del número máximo de **EPS** permitido en cada categoría departamental y municipal, manteniendo su ámbito territorial de autorización. Así mismo, establece que las **EPS** con menos de (1.000.000) de afiliados a nivel nacional mantendrán su ámbito territorial, pero quedarán sujetas a los umbrales de participación departamental y municipal, de tal manera que aquellas cuya participación sea inferior al 3% en un departamento no podrán continuar operando en los municipios de dicho territorio. De igual forma, el **proyecto** prevé que las **EPS** cuya operación se encuentre limitada a municipios pertenecientes a un único departamento podrán mantener su ámbito territorial de autorización aun cuando excedan el número máximo de **EPS** previsto para cada categoría departamental y municipal. Estas reglas nacionales configuran un primer nivel de ordenamiento estructural del aseguramiento, orientado a evitar la presencia de operadores con participación marginal o sin escala suficiente para una operación sostenible.

En el ámbito departamental, el **proyecto** adopta un esquema de diferenciación en función del tamaño poblacional del departamento, estableciendo umbrales mínimos de participación para permitir la operación de las **EPS** en cada territorio. Así, en departamentos con población superior a (2.000.001) habitantes, se incluyen aquellas **EPS** cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al 5% en este ámbito territorial. En departamentos con población comprendida entre (390.001) y (2.000.000) de habitantes, se exige una participación mínima del 10%. Finalmente, en departamentos de menor tamaño poblacional, se requiere una participación mínima del 15%. Estos criterios departamentales actúan como un segundo nivel de modulación de la estructura del mercado, previo a la aplicación de las reglas municipales.

En el ámbito municipal y distrital, el **proyecto** adopta una estructura escalonada que permite una mayor coexistencia de **EPS** en municipios de gran tamaño poblacional y restringe progresivamente dicho número a medida que disminuye la población, manteniendo en todos los casos un umbral mínimo de participación poblacional. Esta estructura se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1. Criterios por categorías distritales y municipales

Población	Umbral por territorio
Igual o superior a quinientos mil uno (500.001) habitantes	Todas las EPS
Entre cien mil uno (100.001) y quinientos mil (500.000) habitantes	Hasta 5 EPS
Entre cincuenta mil uno (50.001) y cien mil (100.000) habitantes	Hasta 4 EPS
Entre treinta mil uno (30.001) y cincuenta mil (50.000) habitantes	Hasta 3 EPS
Entre veinte mil uno (20.001) y treinta mil (30.000) habitantes	Hasta 2 EPS
Entre diez mil uno (10.001) y veinte mil (20.000) habitantes	1 EPS
Igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes	1 EPS

Fuente: Elaboración SIC con base en MINSALUD¹⁸

5.1.2. Consideraciones de la Superintendencia de Industria y Comercio

De acuerdo con el documento soporte del **proyecto**, esta diferenciación responde a un diagnóstico según el cual la operación del aseguramiento en salud requiere una masa crítica mínima de afiliados que permita a las **EPS** gestionar adecuadamente el riesgo en salud, sostener redes integrales de prestación, asumir costos administrativos fijos y garantizar la continuidad del aseguramiento. El regulador advierte que, tanto a nivel departamental como municipal, en territorios con baja escala poblacional, la coexistencia de múltiples **EPS** con participaciones reducidas ha incrementado los costos por afiliado, debilitado la capacidad operativa de los aseguradores y elevado el riesgo de inestabilidad financiera, con impactos negativos sobre la garantía del derecho a la salud.

En este contexto, esta Superintendencia observa que el uso del tamaño poblacional y de los niveles de participación territorial como variables para fijar el número máximo de **EPS** a operar se presenta como un criterio objetivo y verificable, vinculado con la viabilidad operativa del aseguramiento. El documento soporte enfatiza que dichas variables no se utilizan como criterios fiscales o administrativos, sino como parámetros técnicos de capacidad operativa mínima, orientados a evitar escenarios de fragmentación excesiva del aseguramiento en aquellos departamentos y municipios que no cuentan con condiciones estructurales para soportarla.

Así mismo, el regulador justifica la adopción de umbrales técnicos de participación del 3% en el ámbito municipal y de 5% y 15% en el ámbito departamental, como condiciones adicionales para la permanencia de las **EPS** en los territorios, señalando que dichos umbrales permiten garantizar una masa crítica mínima, facilitan la coexistencia de varias **EPS** en territorios grandes y

¹⁸ Proyecto. Artículo 2.5.2.7.3.

evitan la operación marginal de aseguradores en territorios pequeños. Según lo expuesto en el documento soporte, estos umbrales contribuyen a la estabilidad financiera del sistema y resultan coherentes con análisis comparativos sobre la relación entre escala poblacional y sostenibilidad del aseguramiento.

Desde la perspectiva de la libre competencia económica, más allá del efecto contractivo en el número de agentes que pretende intrínsecamente la política pública, se observa que la estructura escalonada prevista en el **proyecto** guarda coherencia con la justificación desarrollada por el regulador. En particular, la progresividad del número de **EPS** y de los umbrales de participación en función del tamaño poblacional permite modular la intensidad competitiva según las condiciones estructurales del territorio, evitando tanto la sobreconcentración innecesaria en ámbitos con alta capacidad de absorción como la atomización ineficiente en departamentos y municipios pequeños.

No obstante, esta Superintendencia debe advertir que, aunque el documento soporte desarrolla la relación entre masa crítica poblacional, sostenibilidad financiera y viabilidad operativa del aseguramiento, la definición concreta de los valores numéricos por rango poblacional y umbral de participación —a nivel nacional, departamental y municipal— se sustenta principalmente en criterios de razonabilidad técnica, experiencia regulatoria y análisis cualitativos, sin incorporar ejercicios cuantitativos específicos que demuestren que dichos valores representan el número óptimo de agentes aseguradores necesarios para atender eficientemente las necesidades poblacionales en cada territorio.

Desde la perspectiva de la libre competencia económica, esta Superintendencia reconoce que el **proyecto** persigue una finalidad constitucionalmente legítima, orientada a ajustar la operación del aseguramiento en salud a la heterogeneidad territorial y a favorecer condiciones de sostenibilidad y viabilidad operativa. En este marco, la concentración de afiliados en un menor número de **EPS** podría facilitar la generación de eficiencias que, en última instancia, buscan garantizar la continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud para toda la población colombiana.

Ahora bien, la armonización de esta política pública con el régimen de libre competencia económica dependerá, en buena medida, de la calibración de los umbrales y límites previstos a nivel nacional, departamental y municipal. En efecto, si tales parámetros resultan más restrictivos de lo necesario, podrían intensificar desproporcionadamente la concentración en ciertos territorios y reducir la rivalidad competitiva entre **EPS** más allá de lo requerido para alcanzar los objetivos perseguidos. En ese sentido, si bien la ausencia de herramientas cuantitativas no desvirtúa la legitimidad ni la razonabilidad general del **proyecto**, sí limita la capacidad de evaluar si la alternativa regulatoria propuesta es la más idónea para alcanzar los fines perseguidos con la menor afectación posible sobre la dinámica competitiva en el mercado de aseguramiento en salud.

En este contexto, si bien la justificación presentada por el regulador resulta suficiente para respaldar la adopción de un esquema diferenciado de límites y umbrales con base en el tamaño poblacional y la participación territorial, sería aconsejable complementar dicho sustento con herramientas de análisis cuantitativo que permitan demostrar, de manera objetiva, que el número de **EPS** autorizado y los umbrales de participación definidos para cada nivel territorial son adecuados para atender eficientemente las necesidades de aseguramiento de la población correspondiente.

Por lo anterior, esta Superintendencia recomendará al regulador considerar la inclusión de un análisis cuantitativo, orientado a identificar el número óptimo de **EPS** y los umbrales de participación por nivel territorial —nacional, departamental y municipal— con base en variables económicas y/o técnicas. La incorporación de este tipo de herramientas fortalecería la solidez técnica del **proyecto**, mejoraría la previsibilidad del marco regulatorio y mitigaría eventuales cuestionamientos respecto de los límites numéricos y porcentuales establecidos, sin que ello implique modificar la lógica general ni los objetivos de política pública que sustentan la iniciativa.

5.2. Sobre el plazo para que las EPS receptoras adecúen su operación ante la asignación especial de afiliados}

5.2.1. Descripción de la regla

El artículo 2.5.2.7.5 del **proyecto** establece que, una vez la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** expida los actos administrativos mediante los cuales se actualice el ámbito territorial de autorización de las **EPS** o de quienes hagan sus veces, el **MINSALUD** realizará la asignación especial de afiliados a las **EPS** receptoras que continúen operando en el respectivo ámbito territorial autorizado, conforme, principalmente, a las siguientes reglas:

- a) Ninguna **EPS** o quien haga sus veces podrá negarse a recibir los afiliados asignados.
- b) La asignación especial de afiliados quedará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que esta cartera ministerial entregue a las **EPS** receptoras o quien haga sus veces, los afiliados que le fueron asignados. Las **EPS** receptoras o quien haga sus veces tendrán como mínimo (5) días calendario, previos a la efectividad de la asignación especial, para adelantar las acciones necesarias, que garanticen la continuidad del aseguramiento a la población asignada a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial.

c) La asignación especial de afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios, manteniendo integrados los grupos familiares previamente conformados:

- No se asignarán afiliados a la **EPS** o quien haga sus veces, que quede operando en un municipio, con el mayor porcentaje de participación, siempre y cuando exista otra **EPS** receptora o quien haga sus veces en funcionamiento en el territorio a la cual se le puedan asignar afiliados.
- Los afiliados se asignarán a cada **EPS** receptora o quien haga sus veces, en proporción inversa a su participación de afiliados en el municipio correspondiente.

5.2.2. Consideraciones de la Superintendencia de Industria y Comercio

Conforme al artículo 3¹⁹ de la Ley 1340 de 2009, el bienestar de los consumidores constituye uno de los propósitos de la política pública de competencia. En consecuencia, dicho aspecto es un criterio relevante en el análisis de la incidencia competitiva que puedan tener los proyectos de regulación.

Bajo esa óptica, y reconociendo que el diseño del **proyecto** propende por preservar la continuidad del aseguramiento, para esta Superintendencia resulta pertinente advertir que, si la asignación especial de afiliados a las **EPS** receptoras que continúen operando en el respectivo ámbito territorial autorizado —artículo 2.5.2.7.5 del **proyecto**— involucra volúmenes significativos de población en determinados territorios, la capacidad económica, financiera, logística y administrativa de algunas de estas **EPS** receptoras podría verse exigida en el corto plazo.

La anterior situación podría generar riesgos sobre la oportunidad y la continuidad efectiva en la prestación de los servicios de salud, especialmente para los afiliados trasladados. La eventual concreción de ese riesgo dependería de la concurrencia de tres factores: (i) la magnitud relativa del volumen de afiliados asignados; (ii) la capacidad instalada y la estructura operativa preexistente de la **EPS** receptora; y (iii) el tiempo efectivo de alistamiento disponible para adecuar dichas capacidades antes de que la asignación se haga exigible. Así, para esta Superintendencia, el escenario de mayor exposición se configuraría cuando, simultáneamente, se presente un aumento relativo elevado de afiliados,

¹⁹ “**ARTÍCULO 3. PROPÓSITOS DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS.** Velar por la observancia de las disposiciones sobre protección de la competencia; atender las reclamaciones o quejas por hechos que pudieren implicar su contravención y dar trámite a aquellas que sean significativas para alcanzar en particular los siguientes propósitos: la libre participación de las empresas en el mercado, el bienestar de los consumidores y la eficiencia económica.”

una capacidad instalada insuficiente para absorberlo y un periodo de adecuación limitado.

En relación con el tercer factor —el tiempo efectivo de alistamiento—, el **proyecto** establece que la asignación especial se activará una vez la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** actualice el ámbito territorial de autorización. Esta actualización deberá realizarse conforme a lo dispuesto en el artículo 2.5.2.7.4, el cual establece que dicha entidad deberá incorporar el nuevo ámbito territorial en los actos administrativos de autorización de funcionamiento de las **EPS**, dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia del **proyecto**.

En concordancia con lo anterior, el literal b del artículo 2.5.2.7.5 del **proyecto** establece que la asignación especial de afiliados se hará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que el **MINSALUD** entregue los afiliados asignados. Así mismo, señala que las **EPS** receptoras contarán, como mínimo, con cinco días calendario previos a la efectividad de dicha asignación para adelantar las acciones necesarias que garanticen la continuidad del aseguramiento a la población asignada.

Así las cosas, esta Superintendencia debe advertir que los documentos de soporte del **proyecto** no ofrecen una justificación que permita valorar por qué el diseño temporal previsto resultaría, en todos los escenarios plausibles de implementación, razonable para que las **EPS** receptoras ajusten su operación frente a una población ya determinada. Esta situación adquiere especial relevancia en contextos donde la asignación implique incrementos relativos significativos en determinados territorios. En otras palabras, no se identifica una justificación técnica que permita concluir, con suficiente certeza, que el lapso total disponible resulte, en términos generales, adecuado para que todas las **EPS** receptoras logren llevar a cabo los ajustes administrativos y logísticos necesarios para garantizar la continuidad efectiva del aseguramiento de todos los afiliados.

Desde una perspectiva económica, dotar de mayor claridad y previsibilidad a los tiempos de implementación contribuiría a reducir los costos de transacción y coordinación asociados a una reasignación masiva de afiliados. Esto permitiría a las **EPS** receptoras planear con antelación los ajustes requeridos en su capacidad instalada —incluyendo red de prestadores, contratación, gestión de autorizaciones, sistemas de información, logística de medicamentos, talento humano y atención al usuario—, así como en su gestión financiera, en aspectos como flujo de caja, provisiones y pagos a la red.

En un mercado de aseguramiento con precio regulado (Unidad de Pago por Capitación) y competencia predominantemente no-precio, la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio constituyen variables competitivas

relevantes.²⁰ Por tanto, un incremento abrupto en el número de afiliados, sin un margen razonable para el alistamiento, podría llegar a generar congestión operativa y traducirse en mayores tiempos de respuesta, fricciones administrativas y riesgos potenciales sobre la continuidad efectiva de tratamientos.

Adicionalmente, los choques de demanda derivados de la reasignación especial podrían afectar no solo a los afiliados trasladados, sino también a la población preexistente de la **EPS** receptora, en la medida en que la congestión y la reasignación interna de recursos podrían generar potenciales externalidades negativas sobre la oportunidad y la calidad del servicio para toda la población atendida.

En este sentido, una definición más precisa de los hitos y plazos, acompañada de una justificación técnica de su razonabilidad, podría mitigar la posibilidad de efectos no deseados en términos de continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo así a preservar el bienestar de los afiliados y a que el proceso de reorganización cumpla su finalidad sin generar deterioros transitorios evitables.

Con fundamento en las consideraciones expuestas, esta Superintendencia recomendará al **MINSALUD** precisar los hitos y plazos que rigen la implementación de la asignación especial. En particular, se sugiere definir el momento a partir del cual se entiende que las **EPS** receptoras conocen, de manera cierta, el número de afiliados que deberán recibir, así como establecer el margen temporal mínimo razonable con el que contarán antes de asumir plenamente las responsabilidades propias del aseguramiento. Además, se recomendará justificar técnicamente por qué dichos tiempos resultarían adecuados para permitir a las **EPS** receptoras efectuar los ajustes administrativos, logísticos y operativos necesarios, para garantizar con suficiencia la calidad y continuidad de los servicios de salud para sus afiliados.

6. RECOMENDACIONES

Por las razones expuestas, se recomienda al **MINSALUD**:

- En relación con el artículo 2.5.2.7.3 del **proyecto: Considerar** la incorporación de un análisis cuantitativo, orientado a identificar el número óptimo de **EPS** y los umbrales de participación por nivel territorial nacional, departamental y municipal.
- En relación con el artículo 2.5.2.7.5. del **proyecto: Precisar** los hitos y plazos de la asignación especial, definiendo desde cuándo las **EPS** receptoras conocen con certeza el número de afiliados a recibir y estableciendo el margen

²⁰ Superintendencia de Industria y Comercio. Resolución 35379 de 2025. Págs. 7-9.

temporal mínimo razonable de alistamiento antes de asumir el aseguramiento. **Justificar** técnicamente la razonabilidad y suficiencia de dichos plazos, demostrando que permiten a las **EPS** receptoras realizar los ajustes operativos necesarios para garantizar la calidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud a toda su población afiliada.

Se 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.

Para finalizar, se informa que a partir del 30 de diciembre de 2025 se inhabilitó el correo electrónico contactenos@sic.gov.co. Actualmente, para el envío de solicitudes de conceptos de Abogacía de la Competencia y demás asuntos relacionados, se dispone de las siguientes alternativas:

1. Radicar a través del formulario PQRSFD de la SIC en el siguiente enlace: Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSFD | Sede Electrónica.
2. Sede Electrónica, mediante el portafolio de trámites y servicios en el enlace: Trámites, OPA'S y Otras consultas de información | Sede Electrónica
3. Radicación en punto físico de la sede SIC ubicada en la Calle 24 No. 7-43, local 108, en Bogotá D.C., para lo cual se solicita allegar la información en un dispositivo electrónico (DVD, USB, disco duro, entre otros).

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
Revisó: Melba Castro
Aprobó: Francisco Melo