

Sistema de salud en Colombia: una salida de crisis en varias etapas¹

Jairo Núñez

Investigador Asociado de Fedesarrollo

David Bardey

Profesor de Economía de la Universidad de los Andes

Julio de 2026

Idea central

Colombia no necesita desmontar su sistema de salud, pero sí corregir urgentemente sus problemas de financiamiento, incentivos y gobernanza. El próximo gobierno debe concentrarse menos en reemplazar la arquitectura institucional y más en garantizar recursos suficientes, mejorar la calidad y reducir las barreras de acceso.

Tres mensajes para el próximo gobierno

- La principal amenaza para el sistema no es únicamente la corrupción o la intermediación, sino la insuficiencia crónica de financiamiento frente al crecimiento de las necesidades de salud.
- El debate no debería centrarse en eliminar actores, sino en corregir incentivos para mejorar calidad, acceso y sostenibilidad entre los actores existentes.
- Colombia necesita una estrategia diferenciada: los problemas del sistema urbano no son los mismos que los de las regiones rurales y periféricas.

¹ Los autores agradecen la colaboración de Valentina Londoño como Asistente de Investigación.

Introducción

Este documento analiza la crisis del sistema de salud colombiano y propone una salida ordenada en varias etapas. Su punto de partida es que el país no enfrenta una disyuntiva entre preservar el sistema actual o reemplazarlo, sino la tarea más exigente de corregir sus fallas estructurales sin destruir los logros alcanzados en cobertura y protección financiera. El texto integra el diagnóstico de la coyuntura con una propuesta de reformas escalonadas según su horizonte de implementación.

El análisis se organiza en seis secciones: por qué la salud debe estar en el centro del debate; la crisis actual del aseguramiento y la prestación; los problemas estructurales del modelo; los errores que conviene evitar; el desafío financiero de mediano y largo plazo; y una agenda de reformas para el período 2026-2030. Una nota de política que acompaña al presente documento sintetiza, de manera autónoma, el diagnóstico y las recomendaciones centrales para la discusión pública.

1. Por qué la salud debe estar en el centro del debate

La discusión sobre el sistema de salud colombiano ya no puede limitarse a un debate técnico entre expertos del sector, tampoco reducirse a una confrontación ideológica sobre el papel del Estado y del mercado. La salud se convirtió en uno de los principales determinantes de la estabilidad social, la sostenibilidad fiscal y la legitimidad institucional del país. Lo que está en juego no es únicamente el funcionamiento de hospitales, EPS o mecanismos de aseguramiento, sino la capacidad misma del Estado para garantizar bienestar, reducir desigualdades y sostener la cohesión social en un contexto de creciente presión demográfica y fiscal.

Durante las últimas décadas, el sistema de salud colombiano permitió avances importantes en cobertura y protección financiera. Sin embargo, las tensiones acumuladas alrededor del financiamiento, el acceso y la calidad transformaron la salud en una de las principales fuentes de frustración ciudadana frente al funcionamiento del Estado. Las dificultades para acceder oportunamente a medicamentos, especialistas o procedimientos afectan directamente la percepción que millones de personas tienen sobre la capacidad de las instituciones públicas para responder a sus necesidades más básicas.

Por esta razón, la salud probablemente ocupará un lugar central en el debate presidencial de 2026. No solamente por la magnitud de la crisis financiera actual, sino porque la situación del sistema resume muchas de las tensiones estructurales que enfrenta Colombia: desigualdad territorial, informalidad laboral, envejecimiento poblacional, debilidad institucional y restricciones fiscales crecientes. La Ley 100 de 1993 que estableció el diseño actual del sistema de salud es también una

de las leyes importantes que sucedieron al cambio de la Constitución del año 1991, lo que le otorga una importancia que va más allá de su propio alcance.

1.1. La salud es también una política económica

Con frecuencia, la salud se presenta exclusivamente como un tema social o presupuestal. En realidad, también constituye una variable macroeconómica fundamental. El desempeño del sistema de salud afecta directamente la productividad laboral, la acumulación de capital humano y el crecimiento económico de largo plazo². También afecta directamente a miles de trabajadores del sector salud, e indirectamente a otros sectores de la economía que tienen transacciones económicas con instituciones del sector salud.

Un sistema que funciona mal genera pérdidas importantes de productividad debido al aumento del ausentismo laboral, la reducción de la capacidad de trabajo asociada a enfermedades crónicas mal tratadas y el deterioro de las condiciones de salud mental de la población³. Cuando las personas enfrentan barreras persistentes para acceder a diagnósticos, tratamientos o medicamentos, los efectos económicos no se limitan al sector salud: se transmiten al mercado laboral, al desempeño educativo y a la capacidad de crecimiento de la economía.

Esto es particularmente importante en una sociedad que envejece rápidamente. Colombia atraviesa una transición demográfica acelerada que aumentará significativamente la proporción de adultos mayores durante las próximas décadas. En este contexto, invertir en prevención, manejo oportuno de enfermedades crónicas y coordinación eficiente de la atención no es únicamente una política social; también es una condición para preservar la productividad y evitar presiones fiscales aún mayores en el futuro.

Además, la incertidumbre alrededor de la sostenibilidad del sistema afecta crecientemente las decisiones de inversión y operación de hospitales, clínicas, aseguradores y empresas del sector farmacéutico. El deterioro financiero de múltiples actores del sistema ya está generando aplazamiento de inversiones, restricciones operativas y pérdida de capacidad instalada en algunas regiones del país.

1.2. La crisis sanitaria también es una crisis social

El deterioro del sistema de salud tiene consecuencias distributivas profundas. Aunque todos los usuarios enfrentan dificultades crecientes de acceso, los hogares más vulnerables son quienes tienen menos capacidad para compensar las fallas del sistema mediante gasto privado. Cuando

² Arora (2001).

³ Ver Brouwer *et al.* (2005).

aumentan las barreras administrativas o los tiempos de espera, los hogares de mayores ingresos pueden recurrir a consultas particulares, seguros complementarios o compra directa de medicamentos. Los hogares pobres, en cambio, dependen mucho más del funcionamiento efectivo del sistema público y del aseguramiento obligatorio.

Las cifras recientes muestran que este deterioro ya está comenzando a trasladar costos crecientes hacia los hogares más vulnerables. Según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, el gasto de bolsillo en salud del quintil más pobre pasó de representar 7 % del ingreso familiar en 2023 a 12 % en 2024, un incremento cercano al 71 % en apenas un año. Este aumento refleja que numerosos hogares están teniendo que financiar directamente medicamentos, consultas o procedimientos ante las crecientes dificultades de acceso oportuno dentro del sistema.

Por eso, las fallas del sistema no solo generan problemas de acceso sanitario, sino que también terminan amplificando desigualdades sociales ya existentes. Cuando el acceso efectivo depende crecientemente de capacidad de pago privada, insistencia administrativa o judicialización, las brechas entre hogares ricos y pobres tienden a profundizarse todavía más.

La crisis también tiene un fuerte componente territorial. Colombia opera en la práctica con niveles de acceso profundamente heterogéneos entre grandes ciudades y regiones periféricas. Mientras algunos centros urbanos cuentan con redes relativamente sofisticadas de prestación, amplias zonas rurales enfrentan escasez de especialistas, infraestructura insuficiente y dificultades permanentes de transporte y conectividad. El problema central en muchos municipios no es la competencia entre aseguradores, sino la ausencia misma de oferta médica suficiente.

Estas desigualdades territoriales tienen implicaciones políticas importantes. La percepción de abandono estatal en múltiples regiones del país no se construye únicamente alrededor de problemas de seguridad o infraestructura; también se alimenta de la incapacidad para garantizar acceso básico y oportuno a servicios de salud.

1.3. La legitimidad del Estado también se juega en la salud

Pocos sectores tienen un impacto tan directo sobre la legitimidad institucional como la salud. La relación cotidiana de millones de ciudadanos con el Estado ocurre precisamente a través de hospitales, centros médicos, autorizaciones y acceso a medicamentos. Cuando estas interacciones funcionan mal, el deterioro de la confianza institucional es rápido y profundo.

La judicialización del sistema de salud colombiano ha experimentado un crecimiento explosivo que refleja el deterioro progresivo del acceso efectivo a servicios y medicamentos. El número de tutelas en salud se duplicó en apenas dos años, pasando de 40.361 casos en el primer cuatrimestre de 2022

a 84.445 en el mismo período de 2024⁴. Al mismo tiempo, las quejas radicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud crecieron 55,1 % en enero de 2025 frente al mismo mes del año anterior, mientras las PQRS alcanzaron 1,4 millones en noviembre de 2024, con un aumento de 20 % respecto a 2023⁵. El análisis detallado muestra además que las tutelas para acceder a procedimientos médicos aumentaron 50 % entre 2023 y 2024, las relacionadas con suministro de medicamentos crecieron 78 %, y aquellas para lograr asignación de citas médicas aumentaron 70 %. En abril de 2025, las barreras de acceso a tecnologías y servicios de salud concentraban 156.104 reclamos, equivalentes al 92,6 % del total de quejas registradas por la Supersalud en ese mes⁶. Eso revela un síntoma dramático de pérdida de legitimidad y funcionalidad del sistema, donde millones de ciudadanos sienten que el acceso a servicios básicos depende crecientemente de recurrir a mecanismos judiciales excepcionales.

La polarización del debate público agrava además el problema. El sistema de salud se convirtió progresivamente en un espacio de confrontación política donde frecuentemente predominan diagnósticos simplificados y soluciones maximalistas. Sin embargo, la complejidad técnica y financiera del sector exige justamente lo contrario: capacidad de construir consensos mínimos alrededor de reformas graduales y sostenibles. El principal riesgo para los próximos años no es únicamente financiero. Es también institucional. Un deterioro persistente del acceso, combinado con conflictos políticos permanentes y creciente desconfianza entre actores, puede terminar debilitando aún más la capacidad del sistema para operar de manera coordinada y eficiente. También puede crear una incertidumbre jurídica para potenciales inversionistas del sector.

Cuatro preguntas que todo programa de gobierno debería responder

- ¿Cómo va a financiar sosteniblemente el sistema de salud durante la próxima década?
- ¿Cómo va a mejorar el acceso efectivo de los usuarios sin destruir los logros de cobertura y protección financiera?
- ¿Qué incentivos propone para mejorar simultáneamente eficiencia y calidad de los servicios de salud de los colombianos?
- ¿Cómo piensa adaptar el sistema a las profundas desigualdades territoriales de Colombia?

⁴ Defensoría del Pueblo (2024).

⁵ Superintendencia Nacional de Salud (2025).

⁶ Superintendencia Nacional de Salud (2025).

2. La crisis actual: ¿qué está pasando realmente?

En esta sección, estudiamos las diferentes aristas que resumen en la coyuntura actual la crisis del sistema de salud en Colombia.

2.1. La insuficiencia crónica de la UPC

El deterioro reciente del sistema de salud colombiano no puede entenderse únicamente como un problema de corrupción, mala gestión o fallas de supervisión. Aunque estos problemas existen, la evidencia acumulada durante los últimos años apunta hacia un problema mucho más estructural: la creciente brecha entre las necesidades reales de gasto del sistema y los recursos efectivamente disponibles para financiarlo.

El principal síntoma de este desbalance es la insuficiencia crónica de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es decir, la prima per cápita que financia el aseguramiento en salud. Durante años, la UPC ha crecido por debajo de la dinámica real de costos del sistema, en un contexto marcado por envejecimiento poblacional, aumento de enfermedades crónicas y presión creciente de nuevas tecnologías médicas.

Los indicadores financieros revelados por la Superintendencia Nacional de Salud muestran la magnitud del problema. La siniestralidad del sistema alcanzó aproximadamente 109,5 %, lo que implica que, en promedio, los gastos superan sistemáticamente los ingresos disponibles. Al mismo tiempo, solo el 38,4 % de las EPS presentan actualmente indicadores financieros satisfactorios, mientras el resto enfrenta situaciones de fuerte vulnerabilidad o deterioro patrimonial⁷. Las deudas cruzadas entre EPS, hospitales, clínicas y proveedores se estiman entre 25,7 y 32,9 billones de pesos, reflejando una crisis de liquidez generalizada que ya afecta el funcionamiento cotidiano del sistema⁸.

La dimensión del desbalance financiero también aparece en las proyecciones de déficit. Estimaciones de ANIF, ACEMI y ANDI sitúan el faltante estructural cercano a 19,7 billones de pesos, una magnitud que supera ampliamente la capacidad de absorción de muchos actores del sistema y explica el deterioro progresivo de pagos, prestación de servicios y abastecimiento de medicamentos. Este diagnóstico no proviene solo de los gremios del sector: la propia Corte Constitucional, mediante el Auto 007 de 2025 de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, constató la insuficiencia de los recursos del sistema y la persistencia de barreras de acceso, y ordenó al Gobierno adoptar correctivos sobre la suficiencia de la UPC.

El problema no parece ser coyuntural. Por el contrario, como lo veremos en la próxima sección dedicada a los problemas más estructurales que enfrenta el sistema de salud, existen razones estructurales que sugieren que las presiones financieras seguirán aumentando durante los próximos años: Colombia

⁷ Superintendencia Nacional de Salud (2024).

⁸ Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2025).

atraviesa una transición demográfica acelerada y a eso se suma la incorporación permanente de nuevas tecnologías médicas y farmacéuticas.

La insuficiencia de la UPC genera además distorsiones profundas sobre los incentivos del sistema. En teoría, el modelo de aseguramiento busca que las EPS gestionen eficientemente el riesgo en salud, inviertan en prevención y coordinen adecuadamente la atención. Pero cuando las restricciones financieras se vuelven demasiado severas, las prioridades cambian radicalmente. La lógica de largo plazo —prevención, calidad y gestión del riesgo— termina siendo desplazada por objetivos inmediatos de supervivencia financiera y manejo de liquidez.

En estas condiciones, el control del gasto deja de basarse principalmente en eficiencia y empieza a traducirse en barreras administrativas de acceso. Las demoras en autorizaciones, restricciones en redes de atención, retrasos en pagos y dificultades en entrega de medicamentos son en buena medida consecuencias de este deterioro financiero acumulado.

El aumento explosivo de tutelas y reclamos confirma igualmente el deterioro del acceso efectivo. Las tutelas en salud pasaron de 40.361 casos en el primer cuatrimestre de 2022 a 84.445 en el mismo período de 2024. Paralelamente, las quejas ante la Superintendencia de Salud crecieron 55,1 % en enero de 2025 frente al año anterior. En abril de 2025, las barreras de acceso a tecnologías y servicios representaban 156.104 reclamos, equivalentes al 92,6 % del total de quejas registradas ese mes⁹.

El deterioro financiero también está comenzando a erosionar uno de los principales logros históricos del sistema colombiano: la protección financiera de los hogares. Cada vez más pacientes deben recurrir a gasto de bolsillo para comprar medicamentos o acceder a servicios que el sistema no logra proveer oportunamente. El incremento del gasto de bolsillo de los hogares más vulnerables constituye una señal particularmente preocupante, pues implica que la crisis empieza a trasladar costos crecientes hacia las familias.

Un punto importante del debate actual es que estas dificultades afectan tanto a entidades privadas como a EPS intervenidas por el propio gobierno. De hecho, doce EPS principales se encuentran actualmente bajo alguna forma de intervención estatal y concentran cerca de 29,5 millones de afiliados, es decir, más de la mitad del total de afiliados al sistema¹⁰. Esta proporción no tiene precedentes en la historia del modelo de aseguramiento social en salud del país. La sección 3.3 examina con detalle la anatomía financiera de esta situación. Lo relevante aquí es que el deterioro afecta tanto al aseguramiento privado como al aseguramiento bajo control estatal, lo cual sugiere que el problema no puede explicarse únicamente por corrupción o naturaleza jurídica de las entidades, sino que existe un desbalance financiero mucho más profundo y sistémico.

⁹ Defensoría del Pueblo (2024); Superintendencia Nacional de Salud (2025).

¹⁰ Superintendencia Nacional de Salud (2024).

Ignorar el problema de suficiencia financiera también tiene costos crecientes. Cuando la brecha entre gastos y financiamiento se vuelve demasiado grande, el deterioro operativo termina trasladándose inevitablemente a los usuarios mediante mayores barreras de acceso, judicialización creciente y deterioro de la calidad de la atención.

2.2. Crisis de liquidez y deudas cruzadas

La insuficiencia estructural de financiamiento terminó generando una segunda crisis que hoy afecta el funcionamiento cotidiano del sistema: una profunda crisis de liquidez entre aseguradores, hospitales, clínicas, operadores farmacéuticos y proveedores. Aunque frecuentemente el debate se concentra en el déficit agregado del sistema, el problema operativo más inmediato es que múltiples actores dejaron de recibir pagos de manera oportuna y comenzaron a funcionar bajo condiciones permanentes de estrés financiero.

Las cifras ilustran la magnitud del problema. Estimaciones de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y la Contraloría General de la República sitúan las deudas cruzadas entre actores del sistema entre 25,7 y 32,9 billones de pesos. Al mismo tiempo, cifras de la Superintendencia Nacional de Salud muestran que el patrimonio consolidado de las EPS alcanzaba un saldo negativo cercano a 10,2 billones de pesos, mientras una proporción creciente de hospitales y clínicas enfrenta deterioros severos de liquidez y aumento de cartera vencida. El resultado es un sistema donde buena parte de los actores opera simultáneamente tratando de contener gastos, aplazar pagos y preservar caja para garantizar su supervivencia financiera de corto plazo.

La crisis de liquidez ya tiene un componente sistémico. Cuando una EPS enfrenta restricciones financieras y retrasa pagos a hospitales o proveedores, estos últimos también comienzan a acumular dificultades para pagar nómina, comprar medicamentos, invertir en infraestructura o contratar talento humano. Las tensiones se transmiten rápidamente a toda la cadena de prestación y terminan deteriorando el funcionamiento general del sistema. Esto ayuda a explicar por qué la crisis actual se percibe crecientemente por parte de los usuarios. Las dificultades financieras ya no permanecen confinadas a balances contables o discusiones técnicas entre aseguradores y prestadores. Se traducen directamente en demoras, restricciones de atención, deterioro operativo y crisis de abastecimiento.

El deterioro de liquidez también afecta directamente la capacidad de inversión del sistema. Hospitales y clínicas postergan renovación tecnológica, expansión de infraestructura y contratación de personal especializado. En condiciones normales, parte importante de la eficiencia y calidad del sistema depende precisamente de inversiones permanentes en innovación, coordinación y modernización. Pero cuando los actores enfrentan incertidumbre financiera extrema, la prioridad deja de ser invertir en el largo plazo y pasa a ser simplemente sobrevivir operativamente. Un factor que había contribuido a sostener la operación del

sistema pese a una UPC limitada era la inversión extranjera en el sector, hoy frenada por el mismo problema de confianza y deterioro financiero.

Un elemento particularmente delicado es que esta dinámica genera incentivos defensivos que pueden profundizar todavía más la crisis. Las EPS endurecen auditorías y autorizaciones para controlar flujo de caja; los hospitales restringen ciertos servicios o priorizan pacientes con mejor capacidad de pago; los proveedores exigen pagos anticipados o reducen abastecimiento; y los usuarios terminan enfrentando mayores barreras administrativas y tiempos de espera más largos. En otras palabras, la crisis de liquidez produce una forma de “parálisis defensiva” donde cada actor intenta protegerse financieramente trasladando parte de la presión hacia otros actores del sistema. El resultado agregado es un deterioro progresivo de coordinación, confianza y funcionamiento operativo.

La crisis de liquidez también tiene consecuencias importantes sobre el talento humano en salud. Muchos hospitales y clínicas enfrentan crecientes dificultades para pagar oportunamente salarios y honorarios, especialmente en regiones periféricas. Esto deteriora las condiciones laborales del sector, aumenta la rotación de profesionales y dificulta atraer especialistas hacia zonas apartadas del país. En un sistema intensivo en capital humano como la salud, este problema tiene implicaciones particularmente graves para calidad y continuidad de la atención.

Otro aspecto importante es que las tensiones financieras están comenzando a fragmentar crecientemente el sistema entre quienes logran acceder a alternativas privadas complementarias y quienes dependen exclusivamente del aseguramiento obligatorio. Cifras de Fasecolda muestran que la afiliación a seguros privados de salud aumentó aproximadamente 24 % durante 2024, reflejando una búsqueda creciente de mecanismos alternativos de acceso frente al deterioro operativo percibido por numerosos usuarios del sistema general¹¹.

Este fenómeno puede tener implicaciones importantes sobre equidad y cohesión social. A medida que los hogares de mayores ingresos recurren crecientemente a seguros complementarios, medicina prepagada o gasto privado directo, aumenta el riesgo de profundizar diferencias de acceso y calidad entre distintos grupos de población. Esto podría terminar erosionando parcialmente la lógica de solidaridad sobre la cual descansa históricamente el modelo colombiano de aseguramiento universal.

De lo contrario, el riesgo es que el sistema entre en una dinámica de deterioro progresivo donde la desconfianza, las restricciones de liquidez y las barreras de acceso se retroalimenten mutuamente. En un contexto así, incluso aumentos de recursos podrían terminar teniendo impactos limitados si no logran restaurar mínimamente la capacidad de coordinación y funcionamiento normal del sistema.

¹¹ Fasecolda (2024).

2.3. Crisis de acceso y medicamentos

La crisis actual del sistema de salud comenzó a manifestarse cada vez más en el aspecto más sensible para los usuarios: el acceso efectivo a medicamentos, procedimientos y servicios médicos. Más allá de los debates financieros o institucionales, millones de pacientes perciben hoy la crisis a través de experiencias concretas: demoras en citas, dificultades para obtener autorizaciones e interrupciones recurrentes en la entrega de tratamientos.

El problema de medicamentos se convirtió probablemente en el símbolo más visible del deterioro operativo del sistema. Según cifras de la Superintendencia Nacional de Salud, el 42 % de las quejas registradas en 2024 estuvieron relacionadas directamente con demoras en la entrega de medicamentos. Las dificultades afectan especialmente a pacientes que requieren continuidad estricta en sus tratamientos, como personas con cáncer, enfermedades autoinmunes, diabetes o enfermedades huérfanas.

La magnitud del deterioro también aparece reflejada en el crecimiento acelerado de tutelas y reclamos. De acuerdo con cifras de la Corte Constitucional y de la Defensoría del Pueblo, entre 2023 y 2024 las tutelas relacionadas con suministro de medicamentos aumentaron 78 %, mientras aquellas para acceder a procedimientos médicos crecieron 50 %. Las tutelas para lograr asignación de citas médicas aumentaron 70 %, evidenciando que las dificultades de acceso dejaron de concentrarse en servicios excepcionales y comenzaron a afectar prestaciones básicas del sistema.

El crecimiento de los reclamos confirma igualmente este deterioro. Según datos de la Superintendencia Nacional de Salud, solo en abril de 2025 se registraron 168.529 reclamaciones, de las cuales 156.104 — equivalentes al 92,6 % del total— estuvieron relacionadas con barreras de acceso a tecnologías y servicios de salud.

Uno de los aspectos más problemáticos es que las barreras administrativas parecen haberse convertido progresivamente en mecanismos indirectos de ajuste financiero. En lugar de controlar costos mediante prevención, eficiencia o mejor coordinación de la atención, parte importante del ajuste termina produciéndose a través de retrasos, autorizaciones restrictivas y dificultades operativas que afectan directamente a los pacientes.

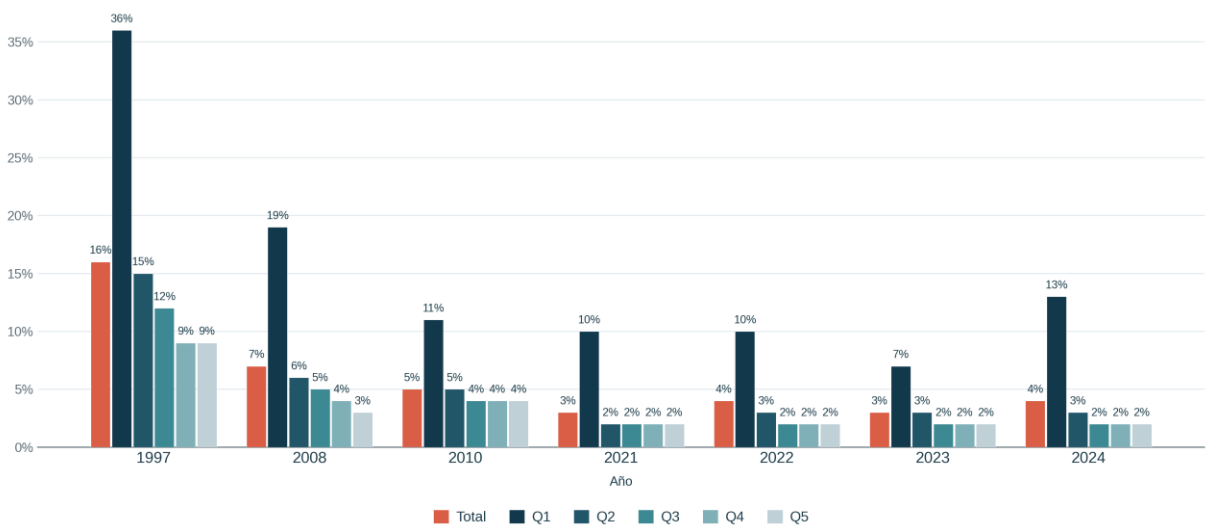
Esto ayuda a entender por qué el deterioro del acceso coexiste con niveles históricamente altos de cobertura formal. Según cifras oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia mantiene un aseguramiento cercano al 99 % de la población, pero crecientemente enfrenta dificultades para garantizar acceso oportuno y efectivo a servicios y tratamientos. El problema central dejó de ser únicamente cuántas personas están afiliadas y pasó a ser qué tan funcional y oportuno es realmente el acceso.

2.4. El costo humano de la crisis: ¿quién está pagando?

Más allá del balance contable del sistema, la crisis tiene un costo humano concreto que ya está afectando a millones de hogares colombianos. El deterioro del acceso a servicios y medicamentos no se distribuye de manera uniforme entre la población: los hogares más pobres, que dependen casi exclusivamente del aseguramiento obligatorio para protegerse del riesgo de enfermedad, son quienes más están absorbiendo los costos del deterioro operativo.

La Encuesta de Calidad de Vida del DANE revela una historia dicotómica que encapsula tanto los logros como los fracasos del sistema. A nivel agregado, Colombia logró uno de los avances más significativos en protección financiera en salud de América Latina, reduciendo el gasto de bolsillo como proporción del ingreso familiar del 16 % en 1997 al 4 % en 2024. Esta reducción de 12 puntos porcentuales en menos de tres décadas representa un logro notable que refleja la expansión de la cobertura del aseguramiento y la ampliación del plan de beneficios. Para contextualizar este logro, el 16 % del ingreso familiar que se destinaba a salud en 1997 es equivalente a lo que los hogares colombianos gastan actualmente en alimentación, evidenciando la magnitud del avance histórico en protección financiera.

Figura 1. Gasto en salud como porcentaje del ingreso del hogar y por quintil de ingreso



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) DANE años 1997, 2008, 2010, y 2021 a 2024

Sin embargo, este promedio nacional agregado en 2024 oculta una realidad de profunda inequidad que se ha agudizado dramáticamente en los últimos años. El análisis desagregado por quintiles de ingreso revela que mientras los hogares de mayores ingresos consolidaron su protección financiera, manteniendo gastos de bolsillo en salud entre el 2 % y 3 % de sus ingresos, el quintil más pobre de la población enfrenta una

realidad radicalmente diferente. Entre 2023 y 2024, el gasto de bolsillo en salud del 20 % más pobre de la población saltó del 7 % al 12 % del ingreso familiar, un incremento del 71 % en apenas un año que representa un retroceso de más de una década en los avances de protección financiera para la población más vulnerable¹².

Esta disparidad entre el gasto de bolsillo del quintil más pobre y los demás quintiles —del orden de cuatro a cinco veces— constituye una de las inequidades más pronunciadas del sistema de salud colombiano en 2024. Mientras una familia del quintil superior destina alrededor del 2 % de su ingreso a gastos de salud, una familia del quintil más pobre destina seis veces más, en proporción, sobre un ingreso varias veces menor. Esta regresividad del gasto de bolsillo tensiona los principios de equidad y solidaridad sobre los que se construyó el aseguramiento universal.

El deterioro acelerado de la protección financiera de los más pobres coincide temporal y causalmente con dos fenómenos críticos del sistema que se han intensificado desde 2023. Primero, las restricciones de acceso documentadas anteriormente obligan a las familias de menores recursos a buscar alternativas en el sector privado cuando enfrentan barreras insalvables en el sistema público. Una consulta médica particular que puede representar el 10 % del salario mínimo mensual se vuelve inevitable cuando la alternativa es esperar 36 días por una cita de medicina general mientras la enfermedad progresa¹³. Segundo, la crisis de medicamentos descrita en la sección anterior ha trasladado masivamente parte del costo del sistema a los bolsillos de las familias más vulnerables. Cuando un paciente diabético no puede acceder a su insulina a través de la EPS y debe comprarla en una farmacia comercial, el costo mensual puede representar entre el 15 % y el 25 % del ingreso familiar en los hogares más pobres.

El impacto del aumento del gasto de bolsillo trasciende las cifras y se materializa en decisiones cotidianas que enfrentan las familias más vulnerables: la disyuntiva entre comprar medicamentos o alimentos, entre pagar una consulta médica o el transporte escolar de los hijos, entre realizar un examen diagnóstico o pagar los servicios públicos. Estas decisiones forzadas generan un círculo perverso de empobrecimiento: el deterioro inicial de la salud por barreras de acceso lleva a gastos crecientes cuando la enfermedad se agrava, estos gastos comprometen la seguridad alimentaria y educativa del hogar, el deterioro nutricional y educativo aumenta la vulnerabilidad a nuevas enfermedades.

Esta dicotomía —logro agregado y deterioro en la cola pobre— es probablemente la señal más importante del momento que atraviesa el sistema. Indica que la crisis financiera y operativa no se queda en los balances; está rehaciendo, en sentido contrario al deseado, la distribución del costo de la enfermedad entre los hogares colombianos.

¹² DANE, Encuesta de Calidad de Vida 2024.

¹³ Fundación Retorno Vital (2025)

2.5. Judicialización y explosión de tutelas

La judicialización del sistema de salud se convirtió en uno de los principales síntomas del deterioro del acceso efectivo y de la pérdida progresiva de legitimidad institucional. Lo que inicialmente fue concebido como un mecanismo excepcional de protección de derechos fundamentales terminó transformándose, para millones de ciudadanos, en una vía ordinaria para acceder a medicamentos, procedimientos, citas médicas y tratamientos.

Las cifras muestran un deterioro particularmente acelerado durante los últimos años. Según datos de la Defensoría del Pueblo, el número de tutelas en salud pasó de 40.361 casos en el primer cuatrimestre de 2022 a 84.445 en el mismo período de 2024. En otras palabras, las tutelas prácticamente se duplicaron en apenas dos años.

El aumento no se concentra únicamente en tratamientos complejos o tecnologías excepcionales. Por el contrario, buena parte de las tutelas actuales están relacionadas con prestaciones básicas del sistema. Entre 2023 y 2024 las tutelas asociadas a suministro de medicamentos aumentaron 78 %, aquellas relacionadas con procedimientos médicos crecieron 50 %, y las vinculadas a asignación de citas médicas aumentaron 70 %.

El crecimiento explosivo de tutelas va acompañado además de un aumento masivo de peticiones, quejas y reclamos administrativos. Datos de la Superintendencia Nacional de Salud muestran que las PQRS alcanzaron aproximadamente 1,4 millones en noviembre de 2024, con un incremento cercano al 20 % frente al año anterior. Además, las quejas registradas ante la Supersalud crecieron 55,1 % en enero de 2025 respecto al mismo mes de 2024.

Estas cifras reflejan un fenómeno mucho más profundo que un simple aumento de litigiosidad. La judicialización creciente indica que los mecanismos ordinarios de acceso están perdiendo capacidad de respuesta. Cada vez más usuarios sienten que acceder efectivamente a servicios depende no del funcionamiento normal del sistema, sino de insistencia administrativa, movilización jurídica o intervención judicial.

Esto tiene implicaciones importantes para equidad y legitimidad institucional. Aunque la tutela constituye un mecanismo fundamental de protección de derechos, su uso masivo también genera diferencias entre quienes tienen mayor capacidad de información, acompañamiento jurídico o persistencia administrativa y quienes enfrentan mayores barreras para defender sus derechos.

La expansión masiva de tutelas también afecta la percepción de legitimidad del Estado. Para muchos ciudadanos, la experiencia cotidiana con el sistema de salud ya no está definida por la garantía regular y predecible de derechos, sino por la necesidad permanente de reclamar, insistir y judicializar. Cuando el acceso efectivo depende crecientemente de mecanismos excepcionales, se debilita la confianza en la capacidad institucional del sistema para responder adecuadamente a las necesidades de la población.

Reducir el nivel de judicialización no dependerá únicamente de limitar tutelas o endurecer procedimientos jurídicos. Exigirá mejorar efectivamente acceso, oportunidad y confianza en los mecanismos ordinarios del sistema. Mientras los usuarios perciban que la vía administrativa no garantiza respuestas suficientes y oportunas, la tutela seguirá funcionando como instrumento central de acceso a la salud en Colombia.

Resumen del diagnóstico

- Presión financiera sobre todos los actores por una UPC insuficiente.
- Crisis de liquidez generalizada que ya se transmite a la operación cotidiana.
- Problemas crecientes de acceso a tecnologías de salud y medicamentos.
- Costo humano regresivo: el 71 % de aumento del gasto de bolsillo en el quintil más pobre en un solo año.
- Judicialización masiva que refleja el fallo de los mecanismos ordinarios de acceso.

3. Una crisis también estructural

3.1. Envejecimiento y enfermedades crónicas

Buena parte de las tensiones actuales del sistema de salud colombiano no pueden entenderse únicamente como resultado de errores regulatorios, corrupción o dificultades coyunturales de financiamiento. El sistema enfrenta también transformaciones estructurales profundas asociadas a cambios demográficos y epidemiológicos que modificaron radicalmente las necesidades de atención de la población respecto a aquellas existentes cuando se diseñó el modelo de aseguramiento en los años noventa.

El sistema colombiano fue concebido para una sociedad mucho más joven, con menor esperanza de vida y una carga epidemiológica dominada principalmente por enfermedades infecciosas y eventos agudos. Tres décadas después, Colombia enfrenta una realidad completamente distinta: envejecimiento acelerado de la población, aumento sostenido de enfermedades crónicas y creciente demanda por tratamientos complejos y de larga duración.

Las cifras demográficas ilustran la magnitud de esta transición. Según proyecciones del DANE, la población mayor de 60 años pasará de aproximadamente 7,6 millones de personas en 2025 a más de 14 millones hacia 2050. Paralelamente, la esperanza de vida en Colombia aumentó de manera significativa durante las últimas décadas, acercándose actualmente a los 77 años¹⁴.

Este cambio demográfico tiene implicaciones enormes sobre el sistema de salud. El gasto médico aumenta fuertemente con la edad debido a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad y

¹⁴ DANE, Proyecciones de población 2018-2070.

necesidad de tratamientos permanentes. Proyecciones demográficas del DANE y modelos actuariales utilizados en los análisis del sector muestran que el gasto per cápita en salud de una persona mayor de 65 años puede ser entre tres y cinco veces superior al promedio poblacional, una presión que seguirá aumentando a medida que avance el envejecimiento de la población colombiana.

La transición epidemiológica amplifica todavía más estas presiones. Colombia experimenta un crecimiento sostenido de enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades cardiovasculares, obesidad y trastornos de salud mental. Cifras del Ministerio de Salud y de la Cuenta de Alto Costo muestran, por ejemplo, que Colombia registraba ya 416.289 casos prevalentes de cáncer en 2021 y que la proporción de nuevos casos de cáncer en población mayor de 60 años aumentaría de 62 % a 75 % entre 2020 y 2050¹⁵. Las enfermedades crónicas representan hoy la principal causa de mortalidad y una proporción creciente de la demanda de servicios y del gasto total en salud, una tendencia que continuará profundizándose con el envejecimiento de la población.

El caso de la diabetes ilustra particularmente bien esta transformación. La prevalencia de diabetes aumentó significativamente durante las últimas décadas y continúa creciendo debido al envejecimiento, cambios en hábitos de vida y aumento de obesidad. Este tipo de patologías requiere seguimiento continuo, manejo multidisciplinario, medicamentos permanentes y prevención de complicaciones de largo plazo. El modelo de atención deja entonces de centrarse en episodios agudos y pasa a depender crecientemente de coordinación, continuidad y prevención.

Lo mismo ocurre con el cáncer. El envejecimiento poblacional incrementa estructuralmente la incidencia de enfermedades oncológicas, mientras el avance tecnológico expande constantemente el número de tratamientos disponibles. Muchos de estos tratamientos generan beneficios clínicos importantes, pero también aumentan significativamente los costos de atención.

Esto modifica profundamente la lógica financiera del sistema. Un modelo construido originalmente para financiar principalmente atención episódica y enfermedades agudas enfrenta ahora una demanda creciente por tratamientos crónicos, tecnologías complejas y cuidados de larga duración. La presión financiera derivada de esta transición no es entonces simplemente coyuntural: tiene un carácter estructural y probablemente seguirá aumentando durante las próximas décadas.

El problema es particularmente delicado porque el envejecimiento ocurre simultáneamente con otras transformaciones económicas y sociales. Colombia sigue siendo un país con alta informalidad laboral, restricciones fiscales importantes y profundas desigualdades territoriales. Esto limita la capacidad de expandir automáticamente el financiamiento del sistema al mismo ritmo que aumentan las necesidades de gasto.

¹⁵ Cuenta de Alto Costo (2022).

Las enfermedades crónicas también exigen cambios importantes en la organización de la atención. El manejo eficiente de diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares depende mucho más de prevención, seguimiento continuo y coordinación entre distintos niveles de atención que de intervenciones hospitalarias aisladas. Sin embargo, buena parte de los incentivos actuales del sistema siguen orientados hacia atención fragmentada y manejo reactivo de complicaciones.

El envejecimiento también genera presiones crecientes sobre el talento humano y la infraestructura del sistema. La demanda por especialistas en geriatría, oncología, salud mental y cuidados paliativos aumentará significativamente durante las próximas décadas. Al mismo tiempo, el país necesitará expandir capacidad hospitalaria, servicios de rehabilitación y mecanismos de atención domiciliaria para responder adecuadamente a las necesidades de una población más envejecida.

Por esta razón, el debate sobre el futuro del sistema no debería limitarse a reorganización administrativa o disputas sobre actores institucionales. La verdadera discusión de fondo es cómo construir un modelo capaz de financiar sosteniblemente enfermedades crónicas y cuidados de larga duración en un contexto de envejecimiento acelerado y restricciones fiscales crecientes.

3.2. Nuevas tecnologías y presión de costos

El sistema de salud colombiano enfrenta una transformación estructural que va mucho más allá de la coyuntura financiera actual: el crecimiento acelerado de los costos asociados a nuevas tecnologías médicas, medicamentos innovadores y tratamientos cada vez más sofisticados. Este fenómeno no es exclusivo de Colombia. Todos los sistemas modernos de salud enfrentan crecientes tensiones entre innovación, acceso y sostenibilidad financiera. Sin embargo, en un país con restricciones fiscales importantes y alta informalidad laboral, estas presiones adquieren una intensidad particularmente delicada.

Durante las últimas décadas, la innovación médica produjo avances extraordinarios. Nuevos medicamentos biotecnológicos, inmunoterapias, terapias génicas, medicina personalizada y dispositivos médicos avanzados permitieron mejorar significativamente esperanza y calidad de vida de millones de personas. Muchos tratamientos que hace apenas algunos años no existían hoy permiten prolongar supervivencia, controlar enfermedades crónicas complejas o reducir discapacidad.

El problema es que estos avances suelen venir acompañados de aumentos muy importantes de costos. A diferencia de otros sectores económicos donde la innovación frecuentemente reduce costos de producción, en salud la innovación tiende muchas veces a expandir el número de tratamientos disponibles y aumentar el gasto agregado del sistema. Nuevas tecnologías generan beneficios clínicos importantes, pero también incrementan las necesidades permanentes de financiamiento.

Las cifras muestran que esta presión ya es claramente visible en Colombia. El envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades de alto costo están transformando rápidamente la estructura del gasto en salud. Colombia registraba ya 416.289 casos prevalentes de cáncer en 2021 según la Cuenta de Alto Costo. Al mismo tiempo, los análisis epidemiológicos proyectan que la proporción de nuevos casos de cáncer en población mayor de 60 años aumentará de 62 % a 75 % entre 2020 y 2050.

La presión financiera asociada a estas patologías ya es considerable. El cáncer representaba aproximadamente 5,3 % del presupuesto total del sistema de salud desde 2018, equivalente a cerca de 2,5 billones de pesos, sin incluir tecnologías oncológicas y tratamientos especializados inicialmente no cubiertos por la UPC. La situación es todavía más compleja porque la capacidad instalada permanece rezagada frente al crecimiento de la demanda: solo 30,9 % de los prestadores cuenta actualmente con programas estructurados de atención en dolor y cuidados paliativos¹⁶.

La incorporación permanente de nuevas inmunoterapias, medicamentos biotecnológicos y tratamientos personalizados mejora significativamente supervivencia y calidad de vida de los pacientes, pero también incrementa estructuralmente las necesidades de financiamiento del sistema. El problema no es entonces simplemente coyuntural. Colombia enfrenta una transformación profunda de la demanda en salud donde envejecimiento, enfermedades crónicas y presión tecnológica se retroalimentan mutuamente.

La presión tecnológica también aparece reflejada en el crecimiento del gasto asociado a tecnologías y servicios no PBS. Aunque parte importante de estas tecnologías termina posteriormente incorporándose al financiamiento ordinario del sistema, su expansión genera tensiones crecientes sobre liquidez y sostenibilidad financiera. En la práctica, el sistema enfrenta una presión permanente para financiar innovaciones médicas cada vez más costosas en un contexto de restricciones fiscales crecientes.

El problema no es únicamente financiero. La innovación médica también transforma profundamente las expectativas sociales y judiciales de acceso. A medida que aparecen nuevos tratamientos, aumenta simultáneamente la presión para garantizar cobertura universal y acceso oportuno, incluso cuando los costos son extremadamente elevados. Esto explica parcialmente el crecimiento de tutelas relacionadas con medicamentos, procedimientos especializados y tecnologías complejas.

La judicialización amplifica además las dificultades de priorización del sistema. Las decisiones judiciales frecuentemente obligan a financiar tratamientos individuales específicos sin que necesariamente existan mecanismos claros y transparentes de evaluación de costo-efectividad o impacto presupuestal agregado. Como resultado, el sistema enfrenta tensiones crecientes entre sostenibilidad financiera, acceso universal y presión tecnológica.

¹⁶ Cuenta de Alto Costo (2022); Ministerio de Salud y Protección Social (2023).

El desafío es particularmente complejo porque la presión de costos probablemente seguirá aumentando durante las próximas décadas. La medicina personalizada, inteligencia artificial aplicada a diagnóstico, terapias génicas y nuevos desarrollos biotecnológicos transformarán todavía más el tratamiento de múltiples enfermedades. Muchos de estos avances producirán beneficios clínicos extraordinarios, pero también podrían incrementar significativamente el gasto en salud.

Esto implica que la sostenibilidad futura del sistema no dependerá únicamente de resolver problemas coyunturales de liquidez o financiamiento. También requerirá construir instituciones capaces de gestionar racionalmente la incorporación de nuevas tecnologías en un contexto de recursos necesariamente limitados.

El desafío no consiste en frenar innovación ni restringir arbitrariamente acceso. La innovación médica constituye precisamente una de las principales razones por las cuales las personas viven más y mejor. El verdadero problema es que el crecimiento de los beneficios clínicos viene acompañado simultáneamente de un crecimiento estructural de las necesidades de financiamiento.

Por eso, uno de los principales retos de política pública será desarrollar mecanismos más transparentes y técnicamente robustos de evaluación y priorización. Esto implica fortalecer instituciones de evaluación de tecnologías sanitarias, incorporar criterios explícitos de costo-efectividad y mejorar capacidad regulatoria del Estado para negociar precios y gestionar incorporación de innovación.

La discusión pública sobre salud frecuentemente evita este tema porque involucra decisiones políticamente difíciles. Sin embargo, todos los sistemas de salud —incluso los más ricos— enfrentan restricciones presupuestales y deben construir mecanismos explícitos o implícitos de priorización. Ignorar esta realidad simplemente desplaza las decisiones hacia mecanismos menos transparentes, como barreras administrativas, deterioro del acceso o judicialización creciente.

3.3. Incentivos desbalanceados

Más allá de las dificultades coyunturales de financiamiento y liquidez, el sistema de salud colombiano enfrenta un problema estructural de incentivos. Buena parte de las tensiones actuales no provienen únicamente de falta de recursos, sino también de un diseño institucional donde los incentivos financieros, regulatorios y operativos no siempre están alineados con los objetivos de calidad, prevención y eficiencia de largo plazo.

En teoría, el modelo colombiano buscaba combinar competencia regulada y aseguramiento para incentivar una mejor gestión del riesgo en salud. Las EPS debían coordinar redes de atención, invertir en prevención y controlar costos mediante una gestión más eficiente de enfermedades y servicios médicos. La lógica era que, al recibir una prima fija por afiliado —la UPC—, las entidades tendrían incentivos para evitar complicaciones costosas mediante prevención y atención oportuna.

Sin embargo, la dificultad de los usuarios para medir la calidad ofrecida por las EPS, a la cual se suma el deterioro financiero del sistema modificaron progresivamente estos incentivos. Cuando las restricciones de liquidez y la insuficiencia de recursos se vuelven permanentes, las prioridades de corto plazo comienzan a desplazar la lógica de prevención y gestión eficiente del riesgo. En lugar de invertir en coordinación de atención, seguimiento de enfermedades crónicas o programas preventivos, muchos actores terminan concentrándose principalmente en contener gasto inmediato y preservar flujo de caja.

Esto genera un desbalance importante: los incentivos para controlar costos son mucho más fuertes que los incentivos para mejorar calidad y resultados en salud. En la práctica, el sistema puede terminar premiando comportamientos defensivos de corto plazo —restricciones administrativas, retrasos o fragmentación de servicios— más que inversiones sostenidas en prevención y coordinación clínica.

La situación es particularmente problemática en enfermedades crónicas. Patologías como diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares requieren seguimiento continuo, coordinación entre niveles de atención y prevención de complicaciones futuras. Pero los beneficios financieros de invertir en prevención muchas veces se materializan en horizontes largos, mientras las restricciones financieras actuales obligan a priorizar supervivencia operativa inmediata.

Esto ayuda a explicar por qué numerosos actores terminan funcionando bajo una lógica reactiva más que preventiva. El sistema continúa gastando crecientemente en complicaciones evitables, hospitalizaciones y tratamientos complejos, mientras enfrenta dificultades para consolidar modelos robustos de atención primaria y prevención. El problema no afecta únicamente a las EPS. Los incentivos de hospitales, clínicas, médicos y pacientes también pueden estar desalineados. Muchos esquemas de pago siguen dependiendo fuertemente de volumen de servicios y procedimientos realizados, lo que puede incentivar fragmentación y sobreutilización en algunos casos, o subprestación y barreras de acceso en otros.

La fragmentación institucional amplifica además estas dificultades. Los distintos actores frecuentemente operan con objetivos financieros y operativos parcialmente divergentes, sin mecanismos suficientemente fuertes de coordinación. Esto genera problemas de continuidad en atención, duplicación de procedimientos y dificultades para construir estrategias integradas de manejo de enfermedades crónicas.

Otro aspecto importante es que los incentivos actuales tampoco favorecen suficientemente la medición y transparencia de resultados en salud. El sistema dispone de abundante información financiera y administrativa, pero todavía enfrenta limitaciones importantes para evaluar sistemáticamente calidad de atención, resultados clínicos y experiencia de los pacientes.

Como resultado, el debate público suele concentrarse en cuánto gasta el sistema o qué actor tiene mayores responsabilidades financieras, mientras recibe mucha menos atención la pregunta central de qué resultados concretos se están obteniendo en salud.

La crisis financiera reciente agravó todavía más este desbalance de incentivos. Cuando hospitales y aseguradores operan bajo fuerte incertidumbre financiera, resulta mucho más difícil sostener inversiones de largo plazo en prevención, innovación organizacional o fortalecimiento de atención primaria. El sistema entra entonces en una lógica donde el corto plazo domina crecientemente las decisiones operativas.

Por esta razón, una reforma sostenible del sistema no debería concentrarse únicamente en aumentar recursos o reorganizar actores institucionales. También requiere corregir los incentivos que hoy favorecen fragmentación, reactividad y control defensivo de costos en detrimento de prevención, coordinación y calidad de atención. El desafío de fondo es construir un sistema donde los distintos actores tengan incentivos más fuertes para mantener población sana y mejorar resultados en salud, y no únicamente para sobrevivir financieramente en el corto plazo.

Caja 1. Anatomía financiera de la insolvencia: las EPS bajo intervención

El deterioro patrimonial del aseguramiento no es una hipótesis abstracta. Doce EPS principales se encuentran actualmente bajo alguna forma de intervención estatal y concentran cerca de 29,5 millones de afiliados, es decir, más de la mitad del total de afiliados al sistema. La situación representa una transición de facto hacia un modelo de gestión estatal directa de más de la mitad del aseguramiento, sin el diseño institucional ni los recursos necesarios para garantizar su sostenibilidad.

Los indicadores de solvencia y reservas técnicas, según análisis de Pinzón (2023) sobre datos de la Superintendencia Nacional de Salud, muestran la magnitud del desfinanciamiento. Las reservas técnicas totales del sistema suman 19,8 billones de pesos para 28 EPS con corte a junio de 2023, pero las inversiones líquidas que efectivamente las respaldan solo alcanzan 7,2 billones (36 % de cobertura). El déficit de respaldo es de 12,4 billones de pesos.

Solo 6 de 29 EPS cumplen simultáneamente las tres condiciones normativas de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de reservas técnicas. Esas 6 entidades cubren apenas 5,7 millones de afiliados (11 % del sistema). En contraste, 15 de 29 EPS no cumplen el requisito de capital mínimo, 14 no cumplen patrimonio adecuado y 22 no cumplen el requisito de inversión de reservas. Dieciséis EPS presentan indicadores de liquidez inferiores a 1, afectando a 33,8 millones de afiliados.

El respaldo por régimen también muestra fragilidad. En el régimen contributivo, las inversiones líquidas respaldan apenas el 60 % de los 8,87 billones en reservas técnicas. En el régimen subsidiado, solo el 7 % de los 4,49 billones requeridos. Para ambos regímenes consolidados, Nueva EPS concentra el 96 % de la insuficiencia de respaldo.

Los casos específicos ilustran la magnitud del desafío. Nueva EPS y Sanitas, intervenidas en abril de 2024, concentran 16,9 millones de afiliados. La intervención, lejos de estabilizar sus indicadores financieros, parece haber acelerado el deterioro en algunos casos, como lo evidencia el crecimiento de sus deudas con la red prestadora durante el período de control estatal. Famisanar presenta una prórroga de intervención hasta septiembre de 2025, un patrimonio negativo que se aproxima a 2 billones de pesos y contratos pendientes de liquidación. Compensar solicitó liquidación voluntaria en abril de 2024 tras acumular pérdidas de 139 mil

millones en 2022 y enfrentar un déficit en reservas técnicas de 562.510 millones según los análisis de la Federación Médica Colombiana; la decisión afecta a 2,1 millones de afiliados. SURA, reconocida por los indicadores del Ministerio de Salud como una de las EPS mejor gestionadas, ha mostrado señales recientes de presión financiera similar.

Esta anatomía financiera tiene una implicación importante: el deterioro afecta tanto a entidades privadas como a EPS bajo control estatal directo, lo cual confirma que el problema no se reduce a la naturaleza jurídica de las entidades. El desbalance entre los costos reales del aseguramiento y los recursos efectivamente disponibles es estructural y sistémico, y exige herramientas específicas de saneamiento que se discuten en la sección 5 sobre el desafío financiero del sector.

3.4. Desigualdad territorial

Uno de los principales problemas del debate público sobre salud es que frecuentemente analiza el sistema colombiano como si operara de manera homogénea en todo el territorio nacional. En realidad, Colombia funciona con niveles profundamente distintos de acceso, infraestructura y capacidad de prestación según la región. Las diferencias territoriales son tan marcadas que, en la práctica, el país opera con varios sistemas de salud coexistiendo simultáneamente.

Mientras algunas grandes ciudades cuentan con redes relativamente sofisticadas de hospitales, clínicas, especialistas y tecnologías médicas avanzadas, amplias zonas rurales y periféricas enfrentan dificultades estructurales mucho más básicas: ausencia de especialistas, escasez de infraestructura, problemas de transporte, baja conectividad y débil presencia institucional. En numerosos municipios apartados, el problema principal no es la competencia entre aseguradores ni la eficiencia de las redes de prestación, sino la ausencia misma de oferta médica suficiente.

Las brechas territoriales aparecen en prácticamente todos los indicadores relevantes. Cifras del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y del Ministerio de Salud muestran que Bogotá concentra aproximadamente 5,8 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, mientras departamentos como Vaupés y Guainía tienen menos de 1 cama por cada 1.000 habitantes. Las diferencias son todavía más marcadas en acceso a especialistas, infraestructura hospitalaria y servicios de alta complejidad, que continúan altamente concentrados en las principales ciudades del país¹⁷.

La disponibilidad de talento humano presenta desigualdades igualmente pronunciadas. De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud y del DANE, cerca del 45 % de los médicos especialistas del país se

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social (2023).

concentran en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca. En contraste, numerosos departamentos periféricos enfrentan déficits severos de médicos generales, enfermeras y especialistas básicos¹⁸.

Las dificultades geográficas agravan además el problema. En regiones amazónicas, zonas del Pacífico o áreas rurales dispersas, el acceso efectivo a servicios de salud depende no solamente de disponibilidad financiera sino también de infraestructura vial, transporte y conectividad. En algunos municipios, los pacientes deben desplazarse durante horas —e incluso días— para acceder a servicios especializados o procedimientos básicos.

La mortalidad materna y la mortalidad infantil reflejan parcialmente estas brechas. Según cifras del DANE y del Ministerio de Salud, los indicadores de mortalidad en departamentos periféricos duplican o incluso triplican los observados en las principales ciudades del país. Estas diferencias muestran que la expansión formal del aseguramiento no logró eliminar completamente las desigualdades territoriales en acceso efectivo y calidad de atención.

La crisis financiera actual amenaza además con profundizar todavía más estas brechas. Los hospitales públicos rurales y periféricos suelen operar bajo condiciones financieras mucho más frágiles que las grandes redes urbanas. En numerosos municipios, el hospital público constituye prácticamente el único prestador disponible y cumple simultáneamente funciones asistenciales, preventivas y de salud pública.

Cuando estos hospitales enfrentan problemas de liquidez, retrasos en pagos o deterioro operativo, las consecuencias son mucho más graves que en las grandes ciudades, donde existen alternativas privadas y mayor capacidad instalada. En muchos territorios periféricos, el deterioro de un hospital público puede traducirse directamente en ausencia casi total de servicios de salud para la población local.

Otro problema importante es que el modelo de aseguramiento colombiano fue diseñado principalmente para contextos urbanos con cierta densidad poblacional y presencia de múltiples prestadores. Pero en regiones dispersas y de baja densidad, muchos de los mecanismos tradicionales de competencia y organización de redes funcionan de manera mucho más limitada.

Por eso, aplicar exactamente las mismas reglas e incentivos a territorios profundamente distintos puede generar resultados ineficientes e incluso contraproducentes. Las necesidades de Bogotá, Medellín o Cali no son las mismas que las de Chocó, Guainía, Vaupés o Amazonas. Mientras en algunos territorios el desafío principal es mejorar coordinación y eficiencia, en otros sigue siendo garantizar presencia mínima de infraestructura, personal médico y capacidad operativa básica.

El problema del talento humano ilustra particularmente bien estas dificultades. En muchas regiones apartadas, atraer y retener médicos especialistas resulta extremadamente complejo debido a condiciones laborales precarias, aislamiento geográfico y falta de infraestructura adecuada. Es necesario construir

¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (2023).

incentivos específicos para fortalecer presencia de talento humano en zonas rurales y periféricas, incluyendo subsidios, bonificaciones salariales y programas especiales de formación y retención.

La expansión de telemedicina y herramientas digitales puede ayudar parcialmente a reducir algunas brechas territoriales, pero no sustituye la necesidad de fortalecer infraestructura física y capacidad operativa local. La pandemia mostró el potencial de estas herramientas, pero también evidenció las enormes desigualdades de conectividad existentes entre regiones.

Las desigualdades territoriales tienen además implicaciones políticas e institucionales importantes. La percepción de abandono estatal en múltiples regiones del país no se construye únicamente alrededor de problemas de seguridad o infraestructura, sino también de la incapacidad para garantizar acceso digno y oportuno a servicios básicos de salud.

Todo esto muestra que la discusión sobre el futuro del sistema no puede reducirse a un modelo homogéneo de reforma nacional. Colombia necesita una estrategia territorial diferenciada que reconozca explícitamente la diversidad geográfica, demográfica e institucional del país. En muchas regiones, fortalecer hospitales públicos, mejorar infraestructura básica y garantizar presencia estable de talento humano puede ser mucho más importante que modificar esquemas de competencia o reorganización administrativa.

3.5. Problemas de información y supervisión

El sistema de salud colombiano moviliza anualmente cientos de billones de pesos, millones de transacciones médicas y una enorme cantidad de actores públicos y privados. Sin embargo, la capacidad efectiva de información, monitoreo y supervisión sigue siendo mucho más limitada que la complejidad misma del sistema. Esta debilidad institucional constituye uno de los principales problemas estructurales de largo plazo y ayuda a explicar parte importante de las dificultades actuales de financiamiento, calidad y legitimidad.

Uno de los principales desafíos es la fragmentación y baja interoperabilidad de los sistemas de información. Aunque existen múltiples bases de datos administrativas, financieras y clínicas, la información sigue dispersa entre EPS, hospitales, entidades territoriales, ADRES, Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud. En muchos casos, los distintos sistemas no se comunican adecuadamente entre sí o presentan importantes rezagos y problemas de calidad.

Esto genera dificultades importantes para monitorear oportunamente gasto, calidad, resultados clínicos y desempeño financiero. El sistema dispone de abundante información, pero no necesariamente de información integrada, homogénea y utilizable en tiempo real para supervisión y toma de decisiones.

La crisis reciente mostró precisamente los límites de esta capacidad institucional. Las discusiones sobre suficiencia de la UPC, deudas acumuladas y situación financiera de EPS y hospitales estuvieron

frecuentemente marcadas por controversias sobre calidad, oportunidad y consistencia de la información disponible. La dificultad para construir diagnósticos compartidos refleja parcialmente debilidades estructurales de los sistemas de información y supervisión.

El problema no es únicamente técnico. Las asimetrías de información constituyen una característica central de todos los sistemas de salud. Los pacientes no poseen la misma información que médicos y hospitales; los reguladores no observan perfectamente calidad ni eficiencia de prestadores y aseguradores; y el propio Estado enfrenta limitaciones importantes para monitorear millones de transacciones médicas y financieras en tiempo real.

Estas asimetrías generan riesgos permanentes de sobrecostos, ineficiencias, abuso y dificultades de control. Por eso, la calidad de los mecanismos de información y supervisión resulta particularmente importante en salud. La Superintendencia Nacional de Salud enfrenta además enormes desafíos operativos dada la complejidad y tamaño del sistema. Supervisar simultáneamente situación financiera, calidad de atención, acceso, redes de prestación y cumplimiento regulatorio de múltiples actores requiere capacidades técnicas e institucionales muy sofisticadas. La velocidad con la cual crecieron las tensiones financieras y operativas durante los últimos años puso en evidencia las limitaciones existentes.

Otro problema importante es que buena parte de la supervisión sigue siendo predominantemente reactiva más que preventiva. Muchas veces las intervenciones regulatorias ocurren cuando los problemas financieros y operativos ya alcanzaron niveles críticos, dificultando correcciones tempranas y aumentando costos de ajuste. La fragmentación institucional agrava además estas dificultades. Ministerio de Salud, ADRES, Supersalud y entidades territoriales poseen responsabilidades parcialmente complementarias, pero no siempre coordinadas eficientemente. Esto puede generar superposición de funciones en algunos casos y vacíos de supervisión en otros.

Las limitaciones de información afectan también la calidad del debate público. La discusión sobre salud frecuentemente se desarrolla en medio de diagnósticos contradictorios, cifras disputadas y dificultades para evaluar objetivamente desempeño del sistema. Esto favorece polarización política y dificulta construir consensos técnicos mínimos sobre magnitud y naturaleza de los problemas existentes.

Otro aspecto central es que el sistema todavía enfrenta dificultades importantes para medir sistemáticamente resultados en salud y calidad de atención. Buena parte de los indicadores disponibles siguen concentrándose en aspectos administrativos y financieros, mientras existe menos capacidad para monitorear continuidad de atención, experiencia de pacientes y resultados clínicos comparables entre prestadores y aseguradores.

La insuficiente transparencia de información también limita capacidad de los usuarios para tomar decisiones informadas y debilita mecanismos de rendición de cuentas. En sistemas complejos de aseguramiento y prestación, la calidad de la información pública resulta fundamental para disciplinar

comportamientos y fortalecer legitimidad institucional. La experiencia internacional muestra que muchos de los sistemas de salud más eficientes combinan altos niveles de cobertura con fuertes capacidades institucionales de información y regulación. La sostenibilidad financiera no depende únicamente de cuánto se gasta, sino también de la capacidad para monitorear resultados, detectar oportunamente problemas y corregir incentivos.

Esto no significa que el objetivo deba ser construir un sistema excesivamente burocrático o centralizado. Pero sí implica reconocer que un modelo complejo de aseguramiento y prestación requiere capacidades regulatorias e institucionales mucho más robustas de las que actualmente existen. Por esta razón, fortalecer sistemas de información, interoperabilidad y supervisión debería constituir una prioridad central de cualquier agenda de reforma. Mejorar calidad y transparencia de información permitiría no solamente fortalecer control financiero, sino también mejorar capacidad de planeación, evaluación de políticas y medición de resultados en salud. La sostenibilidad futura del sistema dependerá en buena medida de su capacidad para transformar grandes volúmenes de información dispersa en herramientas efectivas de coordinación, supervisión y toma de decisiones.

Un sistema de salud inadaptado a una nueva realidad

- Incentivos desbalanceados donde la contención del gasto domina la inversión en calidad.
- Presión sobre el gasto por envejecimiento de la población y la incorporación de nuevas tecnologías.
- Un mismo sistema de salud para dos países distintos que conviven.
- Problemas de supervisión por falta de un sistema de información integrado.

4. Qué no debería hacer Colombia

La crisis actual del sistema de salud colombiano generó una fuerte presión política para transformar profundamente su arquitectura institucional. La discusión legislativa reciente —en particular alrededor de los proyectos de reforma a la salud presentados por el gobierno actual— hizo visible que el debate público oscila entre posiciones de transformación radical y posiciones que minimizan la magnitud del problema. La magnitud de las dificultades existentes no implica, sin embargo, que cualquier cambio estructural vaya necesariamente a mejorar el funcionamiento del sistema. De hecho, algunos tipos de reformas podrían terminar agravando problemas ya existentes de acceso, coordinación y sostenibilidad financiera.

El principal riesgo del debate actual es que la frustración legítima frente a la crisis conduzca a soluciones excesivamente simplificadas o maximalistas. Los sistemas de salud son instituciones extremadamente complejas, donde cambios bruscos de organización pueden generar costos operativos y interrupciones importantes incluso cuando las intenciones de reforma son razonables. La discusión no debería centrarse

únicamente en identificar culpables o desmontar actores existentes, sino también en evaluar cuidadosamente qué funciones económicas e institucionales cumple actualmente el sistema y cuáles serían los riesgos de eliminarlas sin mecanismos alternativos suficientemente sólidos. Las cuatro secciones que siguen examinan los riesgos específicos de cuatro tipos de reforma que han sido planteados en el debate reciente.

4.1. Riesgos de hipercentralización

Uno de los principales riesgos de algunas propuestas de reforma es avanzar hacia un modelo excesivamente centralizado, donde el Estado concentre simultáneamente funciones de financiamiento, aseguramiento, contratación, coordinación operativa y gestión de pagos.

La centralización puede generar ciertas ventajas en términos de simplificación administrativa y capacidad de coordinación macro. Sin embargo, también introduce riesgos importantes de rigidez burocrática, lentitud operativa y pérdida de capacidad de adaptación territorial. El sistema de salud colombiano moviliza recursos equivalentes a cerca de 8 % del PIB y procesa millones de transacciones médicas, administrativas y financieras cada año. Gestionar de manera centralizada semejante volumen de información, autorizaciones, pagos y coordinación clínica requeriría capacidades institucionales extraordinariamente robustas que hoy el Estado colombiano todavía no parece poseer plenamente.

La experiencia reciente ya muestra limitaciones importantes de capacidad operativa incluso dentro de funciones más acotadas de supervisión y coordinación. Las dificultades observadas en flujo de pagos, interoperabilidad de información y gestión administrativa sugieren que una concentración todavía mayor de funciones podría aumentar riesgos de congestión y parálisis operativa.

El problema es particularmente delicado en un país territorialmente tan heterogéneo como Colombia. Las necesidades de los grandes centros urbanos como Bogotá, Medellín o Cali son muy distintas a las de regiones rurales dispersas o departamentos periféricos. Un modelo excesivamente centralizado podría terminar reduciendo todavía más la capacidad de adaptación a realidades locales profundamente diferentes.

La hipercentralización también puede debilitar capacidad de innovación organizacional. Los sistemas con múltiples actores frecuentemente permiten cierto grado de experimentación e innovación en modelos de atención, coordinación y gestión clínica. Una estructura excesivamente uniforme y centralizada puede volver mucho más lenta la capacidad de adaptación institucional.

Otro riesgo importante es la concentración excesiva de riesgo político y operativo. Cuando un solo actor estatal concentra prácticamente todas las funciones del sistema, cualquier falla administrativa, problema de gestión o deterioro financiero tiene consecuencias potencialmente mucho más amplias sobre el conjunto de la operación. La experiencia internacional tampoco ofrece evidencia concluyente de que

modelos altamente centralizados sean automáticamente más eficientes o equitativos. Muchos sistemas exitosos combinan fuerte regulación pública con mecanismos descentralizados de aseguramiento, prestación y gestión territorial.

Esto no significa que el sistema colombiano no necesite fortalecer capacidad pública de regulación y coordinación. De hecho, en la sección anterior vimos que una de las debilidades actuales es precisamente la insuficiente capacidad institucional del Estado para supervisar eficazmente un sistema tan complejo. Pero fortalecer regulación pública no implica necesariamente concentrar todas las funciones operativas en una única estructura centralizada. El desafío consiste más bien en encontrar un equilibrio adecuado entre coordinación nacional, autonomía territorial y capacidad operativa descentralizada.

4.2. Pérdida de incentivos

Otro riesgo importante es debilitar los incentivos existentes para gestión del riesgo, prevención y control eficiente de costos sin construir mecanismos alternativos suficientemente robustos.

Una de las características centrales del modelo colombiano fue precisamente introducir cierta lógica de aseguramiento y responsabilidad financiera sobre el manejo del riesgo en salud. Aunque el sistema presenta múltiples problemas (ver secciones 2 y 3), esta estructura creó al menos algunos incentivos para coordinar atención, prevenir complicaciones y gestionar gasto médico de manera relativamente más eficiente que en modelos puramente presupuestales. Eliminar completamente estos mecanismos podría generar riesgos importantes de pérdida de disciplina financiera y debilitamiento de incentivos hacia prevención y coordinación clínica.

Si los distintos actores dejan de tener responsabilidades relativamente claras sobre resultados financieros y sanitarios de largo plazo, aumenta el riesgo de que el sistema funcione crecientemente bajo una lógica puramente administrativa y reactiva. Los modelos donde el financiamiento se separa completamente de la gestión del riesgo frecuentemente enfrentan dificultades importantes de sostenibilidad y control del gasto. Cuando ningún actor internaliza suficientemente los costos futuros de las decisiones actuales, los incentivos hacia prevención y eficiencia tienden a debilitarse.

Esto no significa que los incentivos actuales funcionen adecuadamente. De hecho, una de las principales dificultades del sistema colombiano es precisamente el desbalance entre incentivos de control financiero y calidad de atención. El desafío consiste más bien en rediseñar incentivos para que el sistema premie más claramente resultados en salud, prevención y calidad de atención, y no únicamente control defensivo de costos de corto plazo.

4.3. Problemas de tarifas centralizadas

Otro riesgo importante es avanzar hacia esquemas excesivamente rígidos de tarifas centralizadas para prestación de servicios y pagos a hospitales y clínicas.

En teoría, una centralización tarifaria puede facilitar control del gasto y simplificar relaciones contractuales. Sin embargo, en la práctica, fijar centralmente miles de tarifas médicas en un sistema tan diverso y dinámico como el colombiano presenta enormes dificultades técnicas y operativas. Los costos reales de prestación varían significativamente según territorio, complejidad hospitalaria, disponibilidad de talento humano, infraestructura y escala de operación. Una estructura tarifaria excesivamente uniforme a través del uso de un manual de tarifas podría generar distorsiones importantes, con hospitales deficitarios con estas tarifas obligados a cerrar servicios mientras que otros prestadores obtendrían rentas excesivas e indebidas.

El problema es todavía más complejo en un contexto de rápida innovación tecnológica y transformación epidemiológica. Nuevos tratamientos, medicamentos y procedimientos aparecen constantemente, haciendo mucho más difícil construir esquemas tarifarios centralizados suficientemente flexibles y actualizados. Muchas de las tensiones actuales ya provienen parcialmente de diferencias entre costos reales de atención y tarifas o mecanismos de pago existentes. Una centralización todavía mayor podría terminar agravando algunos de estos problemas si los ajustes tarifarios no reflejan adecuadamente cambios tecnológicos, epidemiológicos y territoriales.

Otro riesgo importante es que tarifas excesivamente rígidas reduzcan incentivos para innovación y mejora de calidad. Los hospitales y prestadores necesitan cierto margen de flexibilidad para invertir en tecnología, reorganización clínica y nuevos modelos de atención. Esquemas demasiado centralizados pueden terminar desincentivando parte de estas inversiones.

4.4. Debilitamiento de la gestión del riesgo

Finalmente, uno de los mayores riesgos estructurales sería debilitar la capacidad del sistema para gestionar activamente el riesgo en salud de la población.

La gestión del riesgo constituye una función central en sistemas modernos de salud. Implica identificar oportunamente pacientes vulnerables, coordinar atención preventiva, evitar complicaciones y reducir hospitalizaciones innecesarias. En sociedades envejecidas y con alta prevalencia de enfermedades crónicas, esta función se vuelve todavía más importante.

Uno de los problemas centrales del debate actual es que frecuentemente se reduce el concepto de gestión del riesgo a una simple discusión sobre intermediación financiera. Pero la verdadera función económica de la gestión del riesgo va mucho más allá de administrar pagos: consiste en coordinar información, prevención y atención de largo plazo para mantener población sana y reducir complicaciones futuras.

Debilitar esta capacidad podría tener consecuencias importantes sobre sostenibilidad financiera y calidad de atención. Un sistema más fragmentado o puramente reactivo terminaría probablemente gastando más recursos en hospitalizaciones, urgencias y tratamientos complejos evitables.

En Colombia, las dificultades actuales ya muestran señales de deterioro parcial de esta función. Las restricciones financieras y problemas de liquidez reducen capacidad de invertir en prevención y coordinación clínica. El riesgo es que reformas mal diseñadas profundicen todavía más esta lógica reactiva de corto plazo. El desafío no debería ser eliminar gestión del riesgo, sino mejorarla. El sistema necesita mecanismos más transparentes, mejor supervisados y más orientados hacia resultados en salud. Pero renunciar completamente a funciones de aseguramiento y gestión del riesgo implicaría desconocer precisamente uno de los grandes desafíos estructurales de los sistemas modernos de salud: cómo coordinar sosteniblemente atención compleja y enfermedades crónicas en poblaciones cada vez más envejecidas.

Eliminar la intermediación de las EPS no soluciona el problema

- Las EPS constituyen la puerta de entrada de los usuarios que requieren servicios de salud.
- Por ser esta puerta de entrada, las EPS son responsables de todas las falencias, aun las que no tienen la culpa (escasez de especialistas, por ejemplo).
- El rol de las EPS es de negociar tarifas con los prestadores.
- Por la heterogeneidad de los costos, reemplazar este rol por un manual de tarifas centralizado podría resultar ineficiente.

5. El desafío financiero del sector salud y las herramientas para resolverlo

Las secciones anteriores establecieron que el problema central del sistema de salud colombiano es la creciente brecha entre las necesidades reales de gasto y los recursos efectivamente disponibles para financiarlo. La insuficiencia crónica de la UPC, la crisis de liquidez generalizada, el deterioro patrimonial del aseguramiento y la traslación del costo hacia los hogares más pobres son distintas manifestaciones de un mismo desbalance estructural. Sin resolver lo financiero, ninguna otra reforma del sistema es viable.

Esta sección profundiza el problema y discute las herramientas que podrían enfrentarlo. La estructura es la siguiente: primero, una caracterización ordenada del desafío financiero en sus distintas dimensiones; segundo, una discusión técnica sobre el ajuste estructural de la UPC; tercero, una propuesta para el saneamiento de las deudas cruzadas en el sistema; cuarto, una discusión sobre los instrumentos de liquidez sectorial necesarios para resolver problemas específicos como la crisis farmacéutica; quinto, una

propuesta de marco para el saneamiento del aseguramiento; sexto, una discusión sobre las fuentes de financiamiento sostenible de largo plazo; y séptimo, una primera aproximación a la dimensión fiscal de la agenda de reformas que propone este documento.

Buena parte de las cifras y las propuestas técnicas que se discuten a continuación constituyen puntos de partida que requieren validación, refinamiento y trabajo conjunto con los expertos del sector.

5.1. La dimensión del desafío

El desafío financiero del sector salud tiene cuatro dimensiones que conviene tratar simultáneamente: el déficit estructural anual del sistema, las deudas acumuladas entre actores, el deterioro patrimonial de las EPS y la expansión proyectada del gasto por envejecimiento y nuevas tecnologías. Cada una de estas dimensiones impone restricciones operativas distintas y requiere instrumentos específicos para resolverlas.

Estimaciones técnicas convergentes de ANIF, ACEMI, ANDI y otros análisis del sector sitúan el déficit estructural anual del sistema cerca de 19,7 billones de pesos. Este déficit refleja la brecha entre los recursos efectivamente disponibles (UPC ajustada año a año más recursos complementarios) y los costos reales de prestación. La siniestralidad del sistema en torno al 109,5 % materializa esta brecha en términos operativos: los gastos superan sistemáticamente los ingresos disponibles¹⁹.

Las deudas cruzadas entre actores —EPS con hospitales y clínicas, hospitales con proveedores de medicamentos, EPS con la red prestadora, entidades territoriales con hospitales públicos— se estiman entre 25,7 y 32,9 billones de pesos según la ACHC y la Contraloría General de la República. La amplitud del rango refleja diferencias metodológicas legítimas sobre qué conceptos incluir y con qué criterios de reconocimiento. Independientemente del valor exacto, el orden de magnitud es enorme y compromete el funcionamiento operativo del sistema.

El deterioro patrimonial del aseguramiento, documentado en la sección 3, agrega una dimensión adicional. El patrimonio consolidado de las EPS alcanzaba un saldo negativo cercano a 10,2 billones de pesos según cifras de la Superintendencia Nacional de Salud. El déficit de respaldo de reservas técnicas asciende a 12,4 billones según los análisis de Pinzón (2023) sobre datos oficiales. Doce EPS bajo intervención concentran 29,5 millones de afiliados, más de la mitad del sistema.

A estas tres dimensiones se suma una cuarta que es probablemente la más importante en perspectiva de mediano plazo: la expansión proyectada del gasto, ya documentada en la sección 3. Los modelos actuariales convergen en que el gasto en salud como porcentaje del PIB tendrá que aumentar

¹⁹ ANIF (2024); ACEMI (2024); ANDI (2024); Superintendencia Nacional de Salud (2024).

gradualmente, y la pregunta relevante de política pública es cómo se distribuye ese aumento entre fuentes de financiamiento.

5.2. Línea de base de los indicadores estratégicos

Esta tabla resume los valores actuales de los indicadores que el documento propone seguir.

Indicador	Último valor disponible	Año	Fuente
Siniestralidad del sistema (gastos / ingresos por UPC)	109,5%	2025	Superintendencia Nacional de Salud
Patrimonio neto consolidado de las EPS	-\$10,2 billones	2024	Superintendencia Nacional de Salud
Deuda de EPS con hospitales y clínicas	\$25,7 billones	2025	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)
Cobertura de aseguramiento en salud	99%	2025	Ministerio de Salud y Protección Social
Tutelas en salud (total anual)	312.500	2025	Defensoría del Pueblo
PQRS radicadas ante Supersalud (total anual)	2.088.181	2025	Superintendencia Nacional de Salud
Reclamos por barreras de acceso a tecnologías y servicios (% del total)	1.932.664 (92,6%)	2025	Superintendencia Nacional de Salud
Percepción de buena o muy buena calidad del servicio de la EPS (% de afiliados)	81.9%	2025	DANE, Encuesta de Calidad de Vida (ECV)
Camas hospitalarias por 1.000 habitantes	1,94	2024	REPS / Ministerio de Salud y Protección Social
Médicos por 1.000 habitantes	2.5	2025	Organización Mundial de la Salud (OMS)

Cuadro 1. Línea de base de los indicadores estratégicos. Estos valores son la referencia contra la cual debe medirse el desempeño del próximo gobierno.

5.3. La determinación técnica de la UPC

La UPC es la prima per cápita que financia el aseguramiento en salud y es el instrumento más importante del sistema. Su determinación condiciona todo lo demás: la viabilidad financiera de las EPS, la sostenibilidad operativa de los prestadores, la capacidad de invertir en calidad y prevención, y el equilibrio agregado del sistema.

El problema actual es que la UPC ha crecido sistemáticamente por debajo de la dinámica real de costos. El ajuste decretado de la UPC del 5,36 % se ubica alrededor de once puntos porcentuales por debajo de las estimaciones técnicas convergentes de ANIF, ACEMI y ANDI, que apuntaban a ajustes en el rango del 16 % al 17 %²⁰. Esta diferencia no es marginal: materializa la insuficiencia estructural de financiamiento y profundiza las restricciones de liquidez que el sistema ya enfrenta. La Corte Constitucional, mediante el Auto 007 de 2025, reconoció la dimensión del problema y ordenó mecanismos para corregirlo, aunque las mesas técnicas conformadas para implementar esa orden no han avanzado con la velocidad necesaria²¹.

La determinación técnica de la UPC requiere una arquitectura institucional que asegure simultáneamente legitimidad técnica, predictibilidad para los actores del sistema y capacidad de adaptación a cambios en costos reales. La discusión técnica tiene al menos seis dimensiones que conviene explicitar.

Primero, la metodología actuarial. La UPC debe reflejar los costos reales esperados de atención de la población afiliada, ajustados por edad, sexo, condiciones epidemiológicas y zona geográfica. Los modelos actuariales actuales tienen limitaciones identificables: la información de costos no siempre se actualiza con la frecuencia necesaria, los ajustes por nuevas tecnologías y enfermedades de alto costo son insuficientes, y los modelos de ajuste de riesgo capturan solo parte de la variación predecible en costos. La experiencia internacional muestra que sistemas comparables capturan hasta el 30% de la variación predecible mediante modelos sofisticados de ajuste de riesgo (Van Kleef y otros, 2013), mientras Colombia probablemente captura menos del 20 %.

Segundo, la periodicidad y el mecanismo de ajuste. La UPC se ajusta anualmente por decreto del Ministerio de Salud, pero el proceso enfrenta tensiones políticas y fiscales que pueden desviarlo de las recomendaciones técnicas. Una arquitectura más predecible podría combinar reglas explícitas de ajuste con mesas técnicas permanentes que produzcan recomendaciones públicas. La mesa técnica conformada en cumplimiento del Auto 007 de 2025 puede ser un punto de partida si se le da continuidad institucional y se publican sus criterios y conclusiones. La composición de esa mesa debe incluir suficientes actores independientes para evitar que se convierta en una mesa de negociación entre las partes interesadas.

Tercero, los ajustes retroactivos. La insuficiencia acumulada de la UPC en años recientes generó deudas implícitas del sistema con sus actores. El reconocimiento retroactivo de esa insuficiencia es jurídicamente posible (el Auto 007 de 2025 lo admite) pero tiene costo fiscal significativo. Conviene una hoja de ruta que reconozca progresivamente la insuficiencia acumulada en horizontes definidos. Ese reconocimiento debe diseñarse con cautela, pues puede generar incentivos perversos; conviene recordar que mecanismos como

²⁰ ANIF (2024); ACEMI (2024); ANDI (2024).

²¹ Corte Constitucional, Auto 007 de 2025.

el ajuste retroactivo de la cuenta de alto costo cumplen más la función de reducir los incentivos de las EPS a seleccionar riesgos que la de asegurar por sí solos la sostenibilidad del sistema.

Cuarto, los ajustes por nuevas tecnologías. La incorporación de medicamentos biotecnológicos, terapias avanzadas y tecnologías de alto costo requiere mecanismos específicos de ajuste de la UPC que hoy operan de manera fragmentada (presupuestos máximos, recobros). Una integración progresiva de estas tecnologías en la UPC ordinaria, junto con criterios explícitos de evaluación, simplificaría la arquitectura.

Quinto, el rol de instituciones técnicas externas. La participación de la academia, organismos internacionales y centros de pensamiento independientes en la validación de la metodología actuarial añade legitimidad técnica al proceso y reduce la posibilidad de que la determinación de la UPC quede atrapada en pulsos políticos.

Sexto, la transparencia. La publicación de los modelos actuariales, las series de costos reales y las metodologías de ajuste permitiría que actores independientes evalúen la suficiencia de la UPC y reduciría las controversias recurrentes sobre el tema.

Caja 2. UPC, selección de riesgos y modelos de *machine learning*

El aprendizaje de máquinas tiene el potencial de mejorar sustancialmente el mecanismo de ajuste de riesgo utilizado para distribuir la Unidad de Pago por Capitación (UPC) entre las EPS en Colombia. Según los resultados reportados por Riascos (2025), los modelos actualmente utilizados explican aproximadamente el 29% del gasto del quintil más costoso de afiliados, mientras que técnicas más avanzadas, como los modelos de *Gradient Boosting Machines* (GBM), logran explicar cerca del 43%. Esta mejora en la capacidad predictiva permite asignar los recursos de la UPC de manera más acorde con el riesgo real de los afiliados, reduciendo las diferencias entre los costos efectivamente asumidos por las aseguradoras y las compensaciones que reciben.

Desde una perspectiva económica, una predicción más precisa del gasto esperado disminuye los incentivos a la selección de riesgos por parte de las EPS. Cuando el sistema de ajuste de riesgo compensa insuficientemente a las aseguradoras que cubren afiliados de alto costo, estas tienen incentivos para evitar o desalentar la afiliación de dichos individuos. Al mejorar la capacidad de identificar y compensar adecuadamente a los pacientes más costosos, los modelos de aprendizaje de máquinas reducen estas distorsiones y fortalecen la competencia basada en eficiencia y calidad de la atención, en lugar de la selección de afiliados según su perfil de riesgo. Además, los resultados sugieren que esta mejora en la compensación puede lograrse sin aumentar el gasto agregado del

sistema, ya que la predicción total del gasto permanece muy cercana al gasto efectivamente observado.

5.4. El problema de las deudas: con gobiernos subnacionales, con EPS y entre actores

Las deudas acumuladas entre actores del sistema son la manifestación más visible del desfinanciamiento estructural. Su saneamiento es una condición habilitante para que cualquier reforma posterior pueda funcionar. Mientras la cadena de prestación opere bajo crisis de liquidez permanente, los incentivos defensivos de corto plazo seguirán dominando las decisiones operativas.

Las deudas tienen al menos tres dimensiones que conviene distinguir analíticamente. La primera son las deudas entre EPS y hospitales o clínicas, derivadas del flujo ordinario de prestación de servicios y agravadas por los retrasos en pagos y las controversias sobre auditoría. La segunda son las deudas entre hospitales o clínicas y proveedores, principalmente operadores farmacéuticos, que se traduce en escasez selectiva de medicamentos. La tercera —menos discutida en el debate público pero crítica desde el punto de vista del aseguramiento territorial— son las deudas con gobiernos subnacionales y hospitales públicos territoriales, particularmente en regiones donde el hospital público es el único prestador disponible. Estas tres dimensiones requieren tratamiento simultáneo porque están interconectadas: el saneamiento de una sin las otras dos genera distorsiones secundarias y no resuelve la crisis sistémica.

La herramienta principal que este documento propone para enfrentar el problema es un mecanismo de compensación multilateral de deudas.

Caja 3. *Clearing house* sanitario: el mecanismo de compensación multilateral

El saneamiento de las deudas cruzadas requiere un mecanismo de compensación centralizado tipo *clearing house*, diseñado específicamente para las particularidades del sector salud. La lógica es la de una cámara de compensación adaptada a las relaciones contractuales entre EPS, IPS, proveedores de medicamentos, hospitales públicos territoriales y otros actores del sistema.

El *clearing house* sanitario operaría mediante tres mecanismos centrales: la consolidación obligatoria de todas las deudas reconocidas en una plataforma tecnológica única; el neteo automático de obligaciones recíprocas entre actores con saldos cruzados; y la liquidación de los saldos netos remanentes con recursos de un fondo de estabilización con respaldo soberano.

Las reglas de prelación deben ser claras y automáticas, no sujetas a discrecionalidad: primero medicamentos oncológicos, antirretrovirales y para enfermedades crónicas críticas (donde el costo humano de la demora es más alto); segundo servicios de urgencias, atención obstétrica y neonatal; tercero cirugías prioritarias y servicios de alta complejidad; y así sucesivamente según criterios médicos, no políticos.

La experiencia con cámaras de compensación sugiere que estos mecanismos pueden resolver crisis de liquidez sistémica en períodos de 18 a 24 meses cuando se implementan con decisión política y rigor técnico. Sin embargo, el caso del sector salud tiene complejidades adicionales que no estaban presentes en el sistema financiero: heterogeneidad de tipos de deuda, controversias sobre auditoría y reconocimiento, diferencias entre régimen contributivo y subsidiado, y la dimensión territorial particular de las deudas con hospitales públicos. Estas complejidades requieren refinamiento técnico específico.

Diseñar el mecanismo en los primeros 100 días e iniciar su operación en el primer año del próximo gobierno permitiría estabilizar la operación cotidiana del sistema mientras se avanza simultáneamente con las reformas estructurales de incentivos discutidas en otras secciones.

La discusión sobre el *clearing house* requiere resolver varias preguntas técnicas. Primero, los criterios de reconocimiento de las deudas: cuáles se reconocen plenamente, cuáles parcialmente, cuáles se sujetan a procesos de auditoría adicional. Segundo, el tratamiento diferenciado de las deudas según tipo de actor: la deuda con un hospital público territorial en una zona apartada tiene características distintas que la deuda con una clínica privada urbana. Tercero, la articulación con los procesos de intervención de EPS: ¿cómo se trata la deuda de las EPS bajo intervención cuando el Estado es simultáneamente actor del saneamiento y responsable de la entidad? Cuarto, los incentivos posteriores: el *clearing house* resuelve el stock acumulado de deudas, pero no genera por sí mismo los incentivos para evitar que el problema se reproduzca. Por eso debe articularse con las reformas de incentivos de la sección siguiente.

5.5. Bonos farmacéuticos: liquidez sectorial para la crisis de medicamentos

La crisis de medicamentos descrita en la sección 2 tiene dos componentes distintos que conviene separar analíticamente. El primero es una escasez por insuficiencia real de oferta: medicamentos cuya producción internacional es limitada, cuya importación enfrenta restricciones logísticas o regulatorias, o cuya distribución territorial enfrenta dificultades. Este componente requiere respuestas de política farmacéutica, regulación sanitaria y articulación con la industria internacional, que se discuten en la sección 6 sobre la agenda de reformas.

El segundo componente es una escasez por crisis de liquidez: medicamentos que existen en el mercado y son técnicamente disponibles, pero cuya cadena de pagos está interrumpida porque las EPS no pagan oportunamente a los operadores farmacéuticos, los operadores no pagan a los distribuidores y los distribuidores reducen el abastecimiento. Esta escasez se resuelve no aumentando la oferta sino restaurando la cadena de pagos. La distinción importa porque las dos requieren instrumentos distintos

Este documento propone resolver el segundo componente con un instrumento inspirado en los bonos verdes: los bonos farmacéuticos. La idea central que tomamos de los bonos verdes y de carbono es sencilla: un inversionista presta dinero al Estado a cambio de que esos recursos se usen exclusivamente

en un propósito específico y verificable, y de que el avance se reporte periódicamente. En los bonos verdes ese propósito es un proyecto ambiental; en los bonos farmacéuticos sería pagar la cartera vencida con operadores y distribuidores de medicamentos. Es la misma lógica de financiamiento “etiquetado”, aplicada a un problema distinto.

Caja 4. Bonos farmacéuticos con respaldo soberano

Al igual que un bono verde ata los recursos a un proyecto ambiental verificable, un bono farmacéutico ata los recursos a un propósito específico: pagar la cartera vencida de las EPS con los operadores farmacéuticos y distribuidores de medicamentos. El Estado emite los bonos con respaldo soberano, los operadores los reciben como reconocimiento de la deuda y los pueden negociar en el mercado para obtener liquidez inmediata. Así se restaura la cadena de pagos sin esperar a que las controversias individuales de cartera entre las EPS y cada operador se resuelvan.

Como en los bonos verdes, el instrumento incorpora dos elementos que le dan credibilidad ante los inversionistas: uso de fondos acotado (solo cartera farmacéutica reconocida) y reporte periódico de resultados (abastecimiento restaurado, tiempos de pago normalizados). Esa estructura hace los bonos farmacéuticos reconocibles para inversionistas institucionales familiarizados con mercados de deuda temática, ampliando el universo de financiadores más allá de la deuda pública tradicional.

La capitalización del programa de bonos farmacéuticos se articula con el *clearing house* sanitario discutido en la sección anterior, dado que las deudas con operadores farmacéuticos son uno de los componentes principales del stock de deudas cruzadas del sistema. La diferencia es que los bonos farmacéuticos resuelven la dimensión específica de cartera farmacéutica con un mecanismo de liquidez inmediata, mientras el *clearing house* resuelve el saneamiento estructural de todo el stock de deudas.

Los bonos pueden operar bajo distintas modalidades técnicas que requieren refinamiento con los expertos del sector financiero y farmacéutico: bonos a la vista con tasa de descuento; bonos a plazo con cupón; bonos transables en mercado secundario; bonos con prelación específica en el cronograma de pagos del *clearing house*.

El instrumento tiene la ventaja de ser focalizado en el problema de mayor visibilidad social (el desabastecimiento de medicamentos) y de generar señales políticas rápidas sin requerir reformas legales mayores. Su implementación puede arrancar en los primeros meses del próximo gobierno con decretos reglamentarios y articulación con el Ministerio de Hacienda.

5.6. Saneamiento del aseguramiento: hacia un *triage* multidimensional de las EPS

Como se documentó en la sección 3, el aseguramiento colombiano enfrenta un deterioro patrimonial generalizado. Doce EPS bajo intervención concentran 29,5 millones de afiliados, la mayoría de las EPS no cumple simultáneamente las tres condiciones normativas básicas, y las inversiones líquidas que respaldan las reservas técnicas cubren apenas el 36 % de lo requerido. El sistema no puede continuar operando con esta arquitectura de aseguramiento ni el próximo gobierno puede limitarse a administrar la situación

heredada. Conviene tener presente, además, que el aseguramiento en salud es una actividad con economías de escala: la gestión del riesgo, la capacidad de negociación con prestadores y los sistemas de información requieren un tamaño mínimo para operar de manera eficiente. Esto implica que el sistema tiende hacia un número limitado de aseguradores, menor que el que Colombia ha tenido en el pasado, y que el saneamiento del aseguramiento conducirá previsiblemente a una consolidación del número de EPS.

La pregunta operativa es cómo se distingue entre EPS viables y EPS no viables, y qué se hace con cada categoría. La práctica histórica ha sido usar predominantemente criterios financieros (cumplimiento patrimonial, indicadores de liquidez, reservas técnicas) que son necesarios, pero no suficientes. Una EPS puede tener indicadores patrimoniales aceptables y al mismo tiempo presentar deficiencias graves en gestión del riesgo, calidad de atención o capacidad operativa territorial. A la inversa, una EPS puede tener deterioro patrimonial reciente, pero capacidades institucionales sólidas que justifican un proceso de saneamiento en lugar de liquidación.

Caja 5. Triage multidimensional de EPS

Una metodología de *trriage* multidimensional aplicada al aseguramiento colombiano debe combinar al menos cuatro dimensiones de evaluación.

- Primera, indicadores financieros tradicionales: capital mínimo, patrimonio adecuado, inversión de reservas técnicas, liquidez, siniestralidad. Esta dimensión es necesaria pero no suficiente.
- Segunda, capacidad institucional: gobierno corporativo, sistemas de información, procesos de gestión del riesgo, calidad del recurso humano directivo, articulación con la red prestadora.
- Tercera, calidad de la atención: indicadores de oportunidad y resolución, resultados clínicos en condiciones crónicas trazadoras (diabetes, hipertensión, cáncer), tasas de tutela y reclamos por afiliado, satisfacción del usuario medida con instrumentos estandarizados.
- Cuarta, cobertura territorial efectiva: presencia real en territorios apartados, capacidad de respuesta en zonas rurales y periféricas, articulación con hospitales públicos territoriales.

La clasificación resultante distingue al menos cuatro categorías: EPS con capacidades sólidas y desempeño aceptable, que continúan operando con supervisión ordinaria; EPS con dificultades focalizadas que requieren plan de mejora supervisado en plazos definidos; EPS con dificultades estructurales que requieren proceso de saneamiento profundo, incluyendo posibles cambios de gobierno corporativo o capitalización con condiciones; EPS no viables que requieren liquidación ordenada con protección de los afiliados.

La legitimidad técnica del proceso depende de tres condiciones fundamentales. Primera, criterios públicos y verificables: la metodología, los pesos relativos de cada dimensión y los umbrales de clasificación deben ser conocidos públicamente antes de aplicarse. Segunda, gobernanza del proceso: una entidad técnica con autonomía suficiente debe conducir la evaluación, con participación de actores independientes (academia,

organismos internacionales) que validen la metodología. Tercera, mecanismos de revisión: las EPS clasificadas deben tener derecho a revisión con criterios técnicos antes de que se materialicen las consecuencias.

El proceso de *triage* no resuelve por sí solo la crisis del aseguramiento; debe articularse con la corrección de la UPC (sección 5.3) y con el saneamiento de las deudas (sección 5.4), porque buena parte del deterioro patrimonial de las EPS refleja el desfinanciamiento estructural del sistema. Pero el *triage* es indispensable para evitar que la corrección financiera se traduzca simplemente en transferir recursos públicos hacia entidades cuyas dificultades reflejan más fallas de gestión que insuficiencia de financiamiento.

5.7. La sostenibilidad financiera de largo plazo

Los instrumentos discutidos en las secciones anteriores (corrección de la UPC, *clearing house*, bonos farmacéuticos, *triage* de EPS) resuelven la crisis financiera de corto y mediano plazo. Sin embargo, la presión estructural sobre el gasto en salud continuará aumentando durante la próxima década por el envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica y la incorporación de nuevas tecnologías. La sostenibilidad financiera de largo plazo requiere diversificar las fuentes de financiamiento del sistema.

El financiamiento del sistema colombiano descansa hoy principalmente en cotizaciones sobre la nómina formal y en transferencias del Presupuesto General de la Nación. Esta estructura tiene tres limitaciones que conviene reconocer. Primera, las cotizaciones desincentivan la formalización laboral, lo cual reduce simultáneamente la base de cotización y la productividad agregada de la economía. Segunda, las transferencias presupuestales compiten con otras prioridades del Estado en un contexto de restricciones fiscales severas. Tercera, ambas fuentes son procíclicas: caen cuando la economía se contrae, precisamente cuando las necesidades de salud pueden aumentar.

Las opciones de diversificación que la discusión técnica internacional ha planteado y que conviene examinar en el contexto colombiano incluyen al menos seis líneas: impuestos sobre productos nocivos (tabaco, alcohol, bebidas azucaradas) con destinación específica; impuestos generales destinados al sistema; mecanismos de copago focalizados que no creen barreras de acceso para los hogares más vulnerables; reforma de los regímenes especiales que hoy reciben subsidios cruzados del sistema general; eficiencia del gasto existente mediante priorización explícita, evaluación de tecnologías y reducción de duplicidad de servicios; articulación con la reforma tributaria recomendada en otros documentos del proyecto Fedesarrollo para el debate presidencial 2026.

Cada una de estas líneas tiene ventajas, desventajas y restricciones políticas específicas que requieren desarrollo conjunto con los expertos en finanzas públicas y reforma tributaria. La pregunta operativa no es solamente qué fuentes son técnicamente recomendables, sino cuál es la mezcla realista dado el espacio fiscal disponible y las prioridades concurrentes del próximo gobierno (educación, seguridad, infraestructura, compromisos del Acuerdo de Paz).

5.8. La dimensión fiscal de la agenda

La sección 6 desarrolla una agenda de reformas distribuida en tres horizontes temporales: arranque y habilitación en los primeros 100 días, implementación de la corrección en el primer año, y consolidación y reforma estructural en el mediano y largo plazo. Cada uno de los componentes de esa agenda tiene una dimensión fiscal específica que conviene dimensionar, así sea preliminarmente, como referencia para la priorización del próximo gobierno. El tratamiento de conjunto del ajuste fiscal —espacio fiscal, senda de deuda pública y fuentes de ingreso— no se trata en este documento, que se limita a dimensionar el componente sectorial de salud.

Las estimaciones preliminares que retoman el trabajo previo de los autores sitúan el costo total de la agenda en un rango de 15 a 20 billones de pesos distribuidos en cinco años, lo cual equivale a un esfuerzo fiscal del orden de 0,2 a 0,3 % del PIB anual durante el período. Esta cifra es indicativa y requiere refinamiento por componente con los expertos del sector.

La distribución por horizonte temporal —preliminar, sujeta a refinamiento técnico— se aproxima de la siguiente manera. En los primeros 100 días, los costos son menores porque la mayoría de las acciones son de diseño y conformación institucional, no de desembolso. Las excepciones son la capitalización inicial del *clearing house* sanitario y los bonos farmacéuticos, que requieren respaldo presupuestal o emisión de deuda específica desde el arranque. En el primer año, los costos aumentan por la implementación del ajuste progresivo de la UPC, el saneamiento parcial de deudas a través del *clearing house*, los primeros desembolsos del programa de Centros de Salud Familiar Rural y las inversiones en sistemas de información. En el mediano y largo plazo, los costos se concentran en la consolidación del modelo dual territorial, la expansión del sistema integrado de información, y los componentes de la agenda estructural pendiente.

El cálculo del costo de la agenda debe contrastarse con el costo de la inacción. Análisis preliminares sugieren que mantener el *statu quo* durante el próximo cuatrienio podría tener costos —en términos de deterioro adicional del aseguramiento, profundización del gasto de bolsillo regresivo, judicialización masiva, deterioro de la productividad asociado a la enfermedad mal atendida y eventual rescate fiscal de actores en quiebra— de un orden equivalente o superior al de la agenda propuesta. Estas estimaciones requieren validación técnica adicional, pero sugieren que el ejercicio fiscal correcto no es “cuánto cuesta hacer” sino “diferencia entre el costo de hacer y el costo de no hacer”.

6. Una agenda realista de reformas para 2026–2030

La discusión sobre el futuro del sistema de salud colombiano suele oscilar entre dos extremos igualmente problemáticos: propuestas de transformación radical que subestiman los riesgos operativos de desmontar rápidamente el sistema existente, y posiciones que defienden el *statu quo* ignorando la magnitud de las

dificultades actuales. Ninguna de las dos aproximaciones parece realista frente a los desafíos financieros, demográficos y tecnológicos que enfrenta el país. Ese desafío de fondo, además, es estructural e independiente del ciclo político: no se resuelve reemplazando la arquitectura institucional del sistema, pero tampoco desaparece con solo preservar el *statu quo*; la prioridad es de orden técnico —corregir la insuficiencia de recursos y los incentivos que la agravan—.

La prioridad para el próximo gobierno no debería ser “refundar” completamente el sistema ni limitarse a administrar la crisis actual. El desafío consiste más bien en construir una agenda gradual, técnicamente consistente y políticamente viable que permita corregir los principales problemas estructurales preservando simultáneamente los logros alcanzados en cobertura y protección financiera.

La experiencia reciente muestra además que el sistema no tiene capacidad para absorber simultáneamente demasiadas reformas estructurales. Por eso, una estrategia realista requiere priorizar secuencialmente objetivos y construir capacidades institucionales progresivamente. La agenda que sigue se organiza por horizonte temporal, con dos criterios combinados: urgencia política (qué necesita arrancar pronto para dar señales claras al sistema) y dependencia técnica (qué es condición habilitante para que lo posterior funcione). En los primeros 100 días van las acciones que el próximo gobierno puede hacer directamente, sin Congreso, y que son habilitantes de todo lo demás. En el primer año van los procesos que requieren preparación, consulta y trámite normativo. En el mediano y largo plazo van las reformas estructurales que requieren construcción de capacidades, capital político acumulado o reforma legal mayor.

6.1. Primeros 100 días: arranque y habilitación

El próximo gobierno debe usar los primeros 100 días para enviar señales claras al sistema, conformar las arquitecturas institucionales que sustentarán las reformas posteriores y poner en marcha los instrumentos cuya tardanza compromete todo lo demás. La lógica común de las acciones de este horizonte es que pueden hacerse sin Congreso y que son condición habilitante para los pasos siguientes.

Hoja de ruta de ajuste progresivo de la UPC

La acción de mayor peso simbólico y operativo es el reconocimiento explícito de la insuficiencia estructural del financiamiento del sistema y la conformación de una mesa técnica permanente que entregue, con plazo definido, la hoja de ruta de ajuste progresivo de la UPC. La mesa debe operar con criterios públicos, participación de actores con orientaciones distintas (gobierno, EPS, prestadores, academia, organismos internacionales, Banco de la República) y publicación periódica de conclusiones. El desarrollo técnico del ajuste se discute en la sección 5.3; lo que corresponde a los 100 días es la institucionalidad, no el ajuste mismo.

Diseño y arranque del *clearing house* sanitario

El segundo elemento crítico es el arranque del mecanismo de compensación multilateral de deudas (*clearing house* sanitario) cuyo desarrollo conceptual se discute en la sección 5.4. En los primeros 100 días deben quedar definidos el marco normativo del mecanismo, los criterios de reconocimiento de deudas, la arquitectura institucional, las fuentes de capitalización y el cronograma operativo. Los primeros desembolsos pueden iniciarse en el primer año, pero el diseño debe estar cerrado en los 100 días para evitar que la lentitud institucional postergue el saneamiento.

Publicación de los criterios del *triage* multidimensional de EPS

El tercer elemento es la publicación de los criterios técnicos del *triage* multidimensional de EPS desarrollado en la sección 5.6. La aplicación del *triage* —la clasificación específica de cada EPS y las decisiones derivadas— corresponde al primer año, pero los criterios deben ser públicos antes de su aplicación. Esta secuencia (criterios primero, aplicación después) es indispensable para asegurar legitimidad técnica y reducir las controversias posteriores.

Información compartida entre Supersalud, ADRES y Minsalud

El cuarto elemento, menos visible pero crítico, es la activación de mecanismos de información compartida entre la Superintendencia Nacional de Salud, la ADRES y el Ministerio de Salud, como primer paso hacia el sistema integrado de información que se consolidará en el mediano plazo. La interoperabilidad básica entre estas tres entidades —flujos financieros, indicadores operativos, alertas tempranas sobre deterioro de EPS— se puede activar por decreto y resolución, sin reforma legal. Es habilitante de prácticamente todo el resto de la agenda.

Indicadores de calidad y desempeño clínico

El quinto elemento es la construcción y publicación de los indicadores de calidad, desempeño clínico, tiempos de espera y resultados en salud que servirán de base para el rebalanceo de incentivos del primer año. Estos indicadores deben ser comparables entre EPS y entre prestadores, accesibles públicamente y construidos con metodologías validadas externamente.

Primeros 100 días: qué debe estar listo al fin del trimestre

- Mesa técnica permanente de UPC conformada y operando, con primer informe parcial entregado.
- Marco normativo del *clearing house* sanitario expedido, con primeros recursos asignados.
- Criterios públicos del *triage* multidimensional de EPS publicados.
- Mecanismos básicos de interoperabilidad entre Supersalud, ADRES y Minsalud en operación.

- Indicadores de calidad, desempeño clínico, tiempos de espera y resultados en salud publicados como base del rebalanceo posterior.
- Plan de medicamentos en marcha, articulado con el diseño de bonos farmacéuticos.

6.2. Primer año: implementación de las primeras reformas

El primer año del próximo gobierno traduce las arquitecturas conformadas en los 100 días en acciones operativas concretas. Es el período donde se materializa la corrección financiera del sistema, se inicia el saneamiento del aseguramiento y arrancan las primeras reformas territoriales.

Implementación efectiva del ajuste progresivo de la UPC

Con la hoja de ruta entregada por la mesa técnica en los primeros 100 días, el primer año del próximo gobierno debe implementar efectivamente el ajuste progresivo. Esto incluye los ajustes por insuficiencia acumulada (reconocimiento retroactivo en horizontes definidos), los ajustes por nuevas tecnologías y enfermedades de alto costo, y los mecanismos de ajuste automático que reduzcan la captura política del proceso. El desarrollo técnico del ajuste se discutió en la sección 5.3.

Saneamiento parcial de deudas a través del *clearing house*

Con el marco normativo expedido en los 100 días, el primer año debe ejecutar los primeros desembolsos del *clearing house* sanitario. La prioridad inicial son las deudas con operadores farmacéuticos (medicamentos oncológicos, antirretrovirales, enfermedades crónicas críticas), seguidas por las deudas con hospitales públicos territoriales en zonas de mayor vulnerabilidad. La capitalización progresiva permite distribuir el esfuerzo fiscal a lo largo del cuatrienio.

Aplicación del *triage* multidimensional de EPS

Con los criterios publicados en los 100 días, el primer año aplica la clasificación específica de cada EPS y materializa las decisiones derivadas. Esto incluye los procesos de saneamiento profundo para las EPS con dificultades estructurales, los planes de mejora supervisados para las EPS con dificultades focalizadas, y la liquidación ordenada con protección de los afiliados para las EPS no viables. La legitimidad técnica del proceso depende de que los criterios sean los publicados, no otros.

Operación de los bonos farmacéuticos

La emisión y operación del programa de bonos farmacéuticos discutido en la sección 5.5 debe arrancar en el primer año. Es probablemente la intervención con mayor visibilidad social en el corto plazo porque resuelve el problema más visible para los usuarios: la escasez de medicamentos.

Rebalanceo de incentivos hacia calidad

La estabilización financiera debe ir acompañada desde el inicio por una corrección gradual de incentivos. El sistema actual genera incentivos mucho más fuertes para control defensivo de costos que para prevención, continuidad de atención y calidad clínica. El objetivo de la reforma no debería ser eliminar completamente mecanismos de gestión del riesgo, sino modificar los incentivos para que premien más claramente resultados en salud y coordinación de atención.

Esto implica desarrollar indicadores comparables y públicos de calidad, desempeño clínico, tiempos de espera y resultados en salud. Actualmente, buena parte del monitoreo sigue concentrándose en variables financieras y administrativas, mientras existe menor capacidad para evaluar sistemáticamente calidad efectiva de atención. Durante el primer año, el gobierno debería priorizar la construcción de métricas homogéneas y mecanismos transparentes de evaluación para EPS y prestadores.

Inicio del modelo dual territorial

El primer año debe arrancar la transformación del modelo de atención en zonas rurales y periféricas. Esta es probablemente la propuesta más original y más ambiciosa de la agenda. La sección que sigue desarrolla su lógica.

Caja 6. El modelo dual territorial y los Centros de Salud Familiar Rural

Colombia opera en la práctica con dos sistemas distintos: uno relativamente sofisticado en los grandes centros urbanos y otro mucho más precario en amplias zonas rurales y periféricas. El modelo de aseguramiento colombiano fue diseñado principalmente para contextos urbanos con cierta densidad poblacional y presencia de múltiples prestadores. En regiones dispersas, muchos de los mecanismos tradicionales de competencia funcionan de manera muy limitada o no funcionan en absoluto.

Por eso conviene avanzar hacia un modelo diferenciado por territorio. En las grandes ciudades y en municipios intermedios con densidad poblacional suficiente, el modelo de aseguramiento reformado discutido en otras secciones de esta agenda es el camino. Pero en territorios de extrema ruralidad, baja densidad poblacional y limitada conectividad, el aseguramiento tradicional no es viable y conviene transitar hacia un modelo de provisión directa estatal en el primer nivel de atención.

Los territorios que la evidencia sugiere candidatos a este modelo de provisión directa incluyen aproximadamente once departamentos: Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada en la Amazonia y Orinoquia, más Chocó y La Guajira por sus características de extrema ruralidad y barreras geográficas significativas. En estos territorios viven aproximadamente 3,5 millones de habitantes en cerca del 56 % del territorio nacional.

El instrumento operativo del modelo dual es la creación de Centros de Salud Familiar Rural en estos territorios, inspirados en la experiencia documentada de Costa Rica con los EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud) analizada por Pesec y otros. Cada centro tendría responsabilidad nominal sobre poblaciones de

aproximadamente 7.000 habitantes, con equipos multidisciplinarios adaptados a las realidades epidemiológicas y culturales locales (médico con formación en salud familiar, profesional de enfermería con entrenamiento en atención autónoma, auxiliar de enfermería preferiblemente de la comunidad local, promotor de salud indígena o afrodescendiente según composición étnica del territorio, gestor social con comprensión de las dinámicas comunitarias locales). (Pesec *et al.*, 2017)

La telemedicina con conectividad satelital es un componente estructural del modelo, no un complemento. La evidencia internacional muestra reducciones significativas en referencias innecesarias y mejoras en oportunidad diagnóstica cuando la telemedicina se integra sistemáticamente en la atención primaria rural.

El primer año del próximo gobierno debe identificar formalmente los territorios donde aplica el modelo, diseñar la arquitectura operativa de los Centros y arrancar como piloto en al menos cuatro departamentos. La consolidación de los once departamentos y la evaluación de expansión hacia otros territorios corresponde al mediano plazo.

Mejoras en regulación farmacéutica

La crisis reciente mostró fuertes debilidades en abastecimiento, regulación y coordinación farmacéutica. El sistema necesita mejorar capacidad de negociación de precios, seguimiento de inventarios y monitoreo de cadenas de suministro. También será necesario fortalecer mecanismos de evaluación de tecnologías sanitarias y priorización explícita de medicamentos de alto costo. El objetivo no debería ser simplemente controlar precios administrativamente, sino construir una política farmacéutica más coherente, transparente y sostenible.

Esto será especialmente importante frente al crecimiento acelerado de medicamentos biotecnológicos y terapias avanzadas que ejercerán presiones crecientes sobre el gasto en salud durante los próximos años.

Reforma del régimen de presupuestos máximos

El régimen actual de presupuestos máximos para tecnologías no incluidas en el plan de beneficios ha operado con techos presupuestales que no guardan relación adecuada con las necesidades reales de la población. La transición hacia un modelo de fondos de enfermedad específicos para grupos de patologías relacionadas, con presupuestos calculados actuarialmente sobre la base de incidencia esperada y costos promedio de tratamiento, representa una evolución necesaria hacia mayor racionalidad y predictibilidad en el gasto. El detalle técnico de esta reforma se desarrolla con los expertos farmacéuticos del sector.

6.3. Mediano y largo plazo: consolidación y reforma estructural

El mediano y largo plazo del próximo gobierno (segundo, tercer y cuarto año, así como los compromisos que se proyectan al cuatrienio siguiente) corresponde a la consolidación de las correcciones iniciadas en

el primer año y a las reformas estructurales que requieren mayor capital político acumulado, mayor capacidad institucional construida o reformas legales más profundas.

Consolidación del modelo dual territorial

Con los Centros de Salud Familiar Rural en piloto durante el primer año en al menos cuatro departamentos, el mediano plazo consolida la operación en los once departamentos identificados. La evaluación rigurosa de los pilotos del primer año permite refinar el modelo antes de su expansión completa. La consolidación incluye la articulación con hospitales públicos territoriales, la formación específica de talento humano para los territorios, la operación plena de la telemedicina con conectividad satelital y la integración con los sistemas de información del nivel nacional.

Reorientación efectiva del modelo de aseguramiento hacia incentivos por resultados

El rebalanceo de incentivos iniciado en el primer año debe consolidarse durante el cuatrienio. Esto incluye la transición de modelos de pago basados principalmente en volumen hacia modelos basados en resultados; los contratos de capitación global ajustada por condición para enfermedades crónicas; los pagos globales prospectivos para procedimientos quirúrgicos; los mecanismos de bonificación por logros en indicadores de calidad y resultados clínicos. La experiencia internacional con modelos similares (Kaiser Permanente, Geisinger Health System, las Organizaciones Sanitarias Integradas del País Vasco) muestra que la transición toma típicamente entre tres y cinco años y requiere ajustes iterativos²².

Caja 7. Integración vertical basada en resultados

La integración vertical entre aseguradores y prestadores no es necesariamente negativa en sí misma. De hecho, puede facilitar coordinación clínica, continuidad de atención y gestión de enfermedades crónicas. El problema aparece cuando la integración vertical reduce transparencia, limita competencia efectiva o genera incentivos para restringir acceso y direccionar pacientes hacia redes cerradas sin suficiente supervisión.

La regulación tradicional ha intentado limitar la integración vertical mediante límites porcentuales fijos (qué porcentaje del gasto puede destinarse a prestadores integrados). Este enfoque tiene limitaciones evidentes: los límites porcentuales son arbitrarios, no reflejan las particularidades de cada modelo de atención, y pueden bloquear integraciones que serían beneficiosas para los pacientes mientras permiten integraciones problemáticas que cumplen formalmente la regla.

Una alternativa más sofisticada es regular la integración vertical sobre la base de resultados verificables. La idea es que la integración se permita o se restrinja según el desempeño efectivo de la red integrada en indicadores objetivos: oportunidad de atención, resultados clínicos en condiciones trazadoras, satisfacción de los usuarios, tasas de tutela y reclamos, eficiencia en el uso de recursos. Las integraciones que muestran buenos resultados

²² Paulus et al. (2008); Curry y Ham (2010).

se mantienen o expanden; las que muestran deterioro de calidad o sobrecostos se desincentivan o se desmontan.

Este modelo requiere capacidades regulatorias robustas: indicadores comparables y públicos, sistemas de información que permitan monitoreo en tiempo real, articulación entre la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia de Industria y Comercio para los temas de competencia. Su implementación corresponde al mediano plazo porque depende de capacidades regulatorias que solo pueden construirse progresivamente.

Reorienta la discusión sobre integración vertical: no es “prohibir o permitir”, sino “regular bien para que la integración sirva al paciente cuando se hace bien y se desincentive cuando se hace mal”.

Supervisión robusta de la integración vertical

La Superintendencia Nacional de Salud necesitará capacidades técnicas mucho más robustas para supervisar adecuadamente un sistema tan complejo y financieramente tensionado. Tendrá que trabajar también con la Superintendencia de Industria y Comercio en todos los temas de competencia relacionados con la supervisión de la integración vertical. Esta articulación interinstitucional requiere acuerdos formales y, posiblemente, ajustes normativos que el próximo gobierno debe gestionar durante el cuatrienio.

Consolidación del sistema integrado de información

La sostenibilidad futura del sistema dependerá en buena medida de su capacidad para transformar información dispersa en herramientas efectivas de coordinación, supervisión y evaluación. La construcción de un verdadero sistema integrado de información debe entenderse como proceso de mediano y largo plazo: las experiencias internacionales muestran que tomar entre cinco y diez años hasta consolidar interoperabilidad efectiva.

Los componentes son: interoperabilidad entre EPS, hospitales y entidades públicas; historias clínicas electrónicas integradas; monitoreo financiero en tiempo real; sistemas robustos de evaluación de calidad y resultados clínicos. Cada componente tiene su propia complejidad técnica y debe planearse con plazos realistas. La interoperabilidad básica entre Supersalud, ADRES y Minsalud activada en los 100 días es el primer paso; la consolidación plena es responsabilidad del cuatrienio.

Mecanismos explícitos de priorización

Uno de los principales problemas del sistema colombiano es que muchas decisiones de priorización siguen ocurriendo implícitamente mediante barreras administrativas, judicialización o deterioro operativo. Sin embargo, todos los sistemas de salud enfrentan restricciones presupuestales y deben decidir cómo asignar recursos limitados frente a necesidades potencialmente ilimitadas. El país necesitará avanzar hacia mecanismos mucho más transparentes y técnicamente sólidos de priorización, especialmente frente al

crecimiento de tecnologías y tratamientos de alto costo. Esto implica fortalecer evaluación de tecnologías sanitarias, incorporar criterios explícitos de costo-efectividad y desarrollar procesos más transparentes para inclusión y exclusión de tecnologías. El objetivo no debería ser restringir arbitrariamente acceso, sino hacer explícitas decisiones que hoy frecuentemente ocurren de manera desordenada e inequitativa.

Esta es probablemente una de las reformas más sensibles políticamente de toda la agenda. Toda forma de racionamiento explícito en salud enfrenta jurisprudencia constitucional restrictiva (el derecho fundamental a la salud tiene una protección particularmente estricta en la jurisprudencia colombiana) y oposición ciudadana cuando se materializa en negaciones específicas. Por eso conviene desarrollarla en el mediano plazo, con capital político acumulado y con estrategia jurídica que asegure su sostenibilidad. Una reforma de este alcance probablemente requiere reforma de la Ley Estatutaria de Salud, lo cual exige consenso bicameral y control previo de constitucionalidad.

Caja 8. Agenda estructural pendiente: decisiones que el próximo gobierno tendrá que enfrentar

Las correcciones discutidas hasta aquí —ajuste de UPC, *clearing house*, *triage* de EPS, bonos farmacéuticos, modelo dual territorial, rebalanceo de incentivos— estabilizan el sistema y permiten recuperar capacidad operativa. Sin embargo, los desafíos estructurales del sector salud colombiano exigen también una conversación sobre decisiones de mayor calado que el próximo gobierno tendrá que enfrentar, así sea para iniciar su discusión durante el cuatrienio. Estas decisiones forman lo que conviene llamar la “agenda estructural pendiente”.

- **Obligatoriedad de presencia rural para EPS grandes.** Una reinterpretación operativa de las obligaciones territoriales de las EPS con cobertura nacional. La idea es que las EPS con más de un millón de afiliados destinen al menos el 5 % de su operación a zonas rurales y periféricas, con flexibilizaciones regulatorias específicas (autorización para telemedicina como modalidad principal de atención básica, brigadas móviles articuladas con hospitales públicos territoriales, contratación de talento humano con incentivos específicos) y multas automáticas equivalentes al costo de operación efectivo cuando no cumplan la obligación. El precedente internacional principal es Brasil, con resultados documentables. La implementación requiere desarrollo regulatorio significativo y articulación con el modelo dual territorial.
- **Talento humano para los territorios desatendidos.** La mala repartición del talento humano —45 % de los médicos especialistas concentrados en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca— no se resuelve con mecanismos ordinarios de mercado laboral. La opción de obligatoriedad estricta (servicio social obligatorio como condición para tarjeta profesional definitiva) tiene precedentes mixtos en la región y enfrentaría oposición política y constitucional significativa. Una alternativa más viable es un esquema de incentivos potentes: financiamiento de especialización a cambio de servicio en territorios priorizados, ventajas en concursos públicos para profesionales con experiencia rural, retribución salarial diferenciada con bonificaciones por años de servicio en zonas apartadas, programas específicos de formación en medicina familiar y rural. La discusión técnica sobre el balance entre obligatoriedad e incentivos pertenece a esta agenda estructural.

- Articulación entre autonomía universitaria y prioridades sectoriales. La formación de profesionales de salud es un cuello de botella estructural del sistema. Los programas universitarios responden a su propia lógica académica y a la demanda estudiantil, pero no necesariamente a las prioridades epidemiológicas y territoriales del país. La conversación con las universidades sobre cómo armonizar autonomía universitaria con prioridades sectoriales es delicada constitucionalmente y debe plantearse en términos de incentivos (financiamiento adicional para programas en áreas prioritarias, ventajas en acreditación, articulación con becas dirigidas) más que de condicionamiento. La discusión es propia del mediano plazo porque toca uno de los principios constitucionales más sensibles de la política pública colombiana.
- Rebalanceo profundo del rol de las EPS hacia gestión integral del riesgo. Como se discutió en la sección 4, el documento sostiene que las EPS cumplen una función económica que va más allá de la administración de pagos: gestión del riesgo, coordinación clínica, negociación con prestadores, articulación con la red de atención. El problema es que en la práctica los incentivos del sistema premian más la contención defensiva de costos que la gestión integral del riesgo. Un rebalanceo profundo del rol de las EPS hacia esta función económica más amplia implica varias reformas simultáneas: ajustes en mecanismos de pago, fortalecimiento de la regulación, capacidades robustas de supervisión, transparencia obligatoria de resultados, y nuevos arreglos contractuales con la red prestadora. Esta es probablemente la reforma de mayor calado conceptual y la que define el carácter del sistema en el largo plazo.

Estas cuatro decisiones no son ajenas a la agenda de los primeros cuatro años; pero su discusión, desarrollo técnico y construcción de capital político deberían iniciarse durante el cuatrienio para que su implementación efectiva pueda materializarse en horizontes más amplios. El próximo gobierno enfrentará decisiones de mayor calado que no se resuelven con corrección incremental; nombrarlas agenda estructural pendiente, antes de que se vuelvan urgencias mal manejadas, es parte de la responsabilidad técnica de un documento de política.

Qué debería hacer el próximo gobierno en los primeros 100 días

- Conformar la mesa técnica permanente de UPC con plazo definido.
- Expedir el marco normativo del *clearing house* sanitario y asignar capitalización inicial.
- Publicar los criterios del *triage* multidimensional de EPS.
- Activar la interoperabilidad básica entre Supersalud, ADRES y Minsalud.
- Construir y publicar los indicadores de calidad y desempeño que servirán de base al rebalanceo de incentivos.
- Diseñar el plan de medicamentos articulado con la emisión de bonos farmacéuticos.
- Identificar formalmente los 11 departamentos del modelo dual territorial e iniciar el diseño operativo de los Centros de Salud Familiar Rural.

Conclusión

La prioridad para el próximo gobierno no debería ser prometer soluciones inmediatas o transformaciones radicales imposibles de implementar rápidamente. El verdadero desafío consiste en construir progresivamente un sistema más sostenible, más transparente y mejor adaptado a las transformaciones demográficas y tecnológicas que enfrentará Colombia durante las próximas décadas.

Este documento ha argumentado que el problema central del sistema de salud colombiano es financiero, que el desbalance entre necesidades y recursos es estructural, y que la corrección requiere instrumentos específicos —ajuste técnico de la UPC, saneamiento de deudas mediante un *clearing house* sanitario, bonos farmacéuticos para resolver la crisis de medicamentos, *triage* multidimensional para sanear el aseguramiento, modelo dual territorial para los 11 departamentos donde el aseguramiento tradicional no es viable—. La agenda propuesta organiza estas correcciones por horizonte temporal con criterios combinados de urgencia política y dependencia técnica. La agenda estructural pendiente nombra explícitamente las decisiones de mayor calado que el próximo gobierno tendrá que enfrentar.

Tres mensajes para cerrar. Primero, la corrección es posible. El sistema tiene problemas serios, pero también tiene logros que deben preservarse. Una agenda de corrección incremental, ambiciosa en sus instrumentos y prudente en su tono, puede recuperar la estabilidad operativa del sistema sin desmontar la arquitectura institucional que produjo los avances en cobertura y protección financiera de las últimas tres décadas.

Segundo, el desafío fiscal es central y debe enfrentarse con honestidad. El sistema requiere recursos adicionales, y esos recursos compiten con otras prioridades del Estado en un contexto de restricciones severas. La sección que aborda el desafío financiero ha planteado los instrumentos disponibles y las preguntas que los expertos deben terminar de responder. No hay agenda de salud viable sin agenda fiscal explícita.

Tercero, la implementación importa tanto como el diseño. El sistema de salud colombiano ya ha experimentado en su historia reciente cómo las mejores ideas técnicas se diluyen cuando la implementación es defectuosa. El próximo gobierno debe destinar capacidad institucional, capital político y atención sostenida a la implementación de las correcciones, no solamente a su enunciado. Los primeros 100 días son críticos porque definen si las arquitecturas que sustentan el resto de la agenda quedan o no en pie.

El sistema de salud colombiano enfrenta una transformación estructural inevitable. La pregunta no es si habrá cambios durante la próxima década, sino qué cambios y con qué resultados. Este documento ha planteado una opción técnicamente articulada, fiscalmente dimensionada y políticamente realista. Las decisiones finales corresponden al gobierno que asuma en 2026 y a la sociedad colombiana que lo elija.

Referencias

ACEMI — Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2024). Estimaciones técnicas sobre suficiencia de la UPC.

ACHC — Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2024). Estudios periódicos sobre cartera y deudas con la red prestadora.

ACHC — Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2025). Deuda con prestadores de servicios de salud de la ACHC llegó a 25,7 billones de pesos en 2025. Disponible en: <https://achc.org.co/actualidad/deuda-con-prestadores-de-servicios-de-salud-de-la-achc-llego-a-25-7-billones-de-pesos-en-2025/>

ANDI — Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (2024). Estimaciones técnicas sobre suficiencia de la UPC y déficit del sistema.

ANIF — Centro de Estudios Económicos (2024). Análisis sobre la suficiencia de la UPC y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Arora, S. (2001). Health, human productivity, and long-term economic growth. *The Journal of Economic History*, 61(3), 699-749.

Brouwer, W. B., Meerding, W. J., Lamers, L. M., & Severens, J. L. (2005). The relationship between productivity and health-related QOL: an exploration. *Pharmacoeconomics*, 23(3), 209–218. <https://doi.org/10.2165/00019053-200523030-00002>

Contraloría General de la República (2025). Deuda de las EPS con prestadores de servicios de salud, vigencia 2025 (29 EPS, 32,9 billones de pesos). Citada en Corte Constitucional, Auto 2049 de 2025. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/Autos/2025/A2049-25.htm>

Cuenta de Alto Costo (2022). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia.

Curry, N. y Ham, C. (2010). *Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes*. The King's Fund, Londres.

DANE (2023). Proyecciones de población 2018-2070, Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DANE (2024). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2024.

Defensoría del Pueblo (2024). Informe sobre la tutela en salud y los derechos en salud.

Fasecolda — Federación de Aseguradores Colombianos (2024). Estadísticas del mercado de seguros de salud y medicina prepagada.

Federación Médica Colombiana (2024). Análisis financieros sobre la situación de las EPS.

Fundación Retorno Vital (2025). Informe de Balance Social 2024

Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Talento humano en salud en Colombia: caracterización y distribución territorial.

Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Cifras de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), consulta para indicadores territoriales.

Paulus, R. A., Davis, K., & Steele, G. D. (2008). Continuous innovation in health care: implications of the Geisinger experience. *Health affairs (Project Hope)*, 27(5), 1235–1245. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1235>

Pesec, M., Ratcliffe, H. L., Karlage, A., Hirschhorn, L. R., Gawande, A. y Bitton, A. (2017). Primary Health Care That Works: The Costa Rican Experience. *Health Affairs* 36(3), 531-538.

Pinzón, F. (2023). Reservas técnicas y solvencia de las EPS en Colombia: análisis sobre datos de la Superintendencia Nacional de Salud.

Riascos, A. (2025). El Potencial Impacto del Aprendizaje de Máquinas en el Diseño de las Políticas Públicas en Colombia: Una década de experiencias. Universidad de los Andes. Disponible en: <https://hdl.handle.net/1992/76101>

Superintendencia Nacional de Salud (2024). Indicadores financieros y de solvencia de las EPS.

Superintendencia Nacional de Salud (2025). Estadísticas mensuales de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS).

Van Kleef, R. C., Van Vliet, R. C., & Van de Ven, W. P. (2013). Risk equalization in The Netherlands: an empirical evaluation. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 13(6), 829–839. <https://doi.org/10.1586/14737167.2013.842127>

Marco normativo y jurisprudencial colombiano

Congreso de la República de Colombia (1983). Ley 14 de 1983, por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia (1995). Ley 223 de 1995, por la cual se expiden normas sobre racionalización tributaria.

Congreso de la República de Colombia (2002). Ley 788 de 2002, por la cual se expiden normas en materia tributaria y penal del orden nacional y territorial.

Congreso de la República de Colombia (2010). Ley 1393 de 2010, por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud.

Congreso de la República de Colombia (2016). Ley 1816 de 2016, por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destinados a salud y educación.

Congreso de la República de Colombia (2022). Ley 2277 de 2022, por la cual se adopta una reforma tributaria para la igualdad y la justicia social y se dictan otras disposiciones (impuesto a las bebidas azucaradas y a los alimentos ultraprocesados).

Corte Constitucional de Colombia (2025). Auto 007 de 2025.