

Sistema de salud en Colombia

Una salida de crisis en varias etapas

Jairo Núñez

Investigador Asociado de Fedesarrollo

David Bardey

Profesor de Economía de la Universidad de los Andes

Julio de 2026

La idea central

Colombia no necesita desmontar su sistema de salud, pero sí corregir con urgencia sus problemas de financiamiento, incentivos y gobernanza. La amenaza central no es la arquitectura institucional sino la brecha creciente entre los recursos disponibles y las necesidades reales del sistema. El próximo gobierno debería concentrarse menos en reemplazar actores y más en garantizar recursos suficientes, mejorar la calidad y reducir las barreras de acceso. Ese debe ser el criterio central de aproximación.

Tres mensajes para el próximo gobierno

1. 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.
2. El debate no debería centrarse en eliminar actores, sino en corregir los incentivos para mejorar la calidad, el acceso y la sostenibilidad entre los actores existentes.
3. Colombia necesita una estrategia diferenciada: los problemas del sistema urbano no son los mismos que los de las regiones rurales y periféricas.

El diagnóstico en breve

- **Un sistema con logros que preservar.** La cobertura de aseguramiento llegó al 99 % en 2025, tras pasar de menos del 25 % de la población en tres décadas, con una reducción sostenida del gasto de bolsillo que protegió a millones de hogares. Parte de las tensiones actuales proviene de que la cobertura y el acceso crecieron más rápido que el financiamiento.
- **Presión financiera sobre todos los actores por una UPC insuficiente.** La siniestralidad del sistema —gastos sobre ingresos por UPC— alcanzó 109,5 % en 2025, el patrimonio neto consolidado de las EPS es negativo (−\$10,2 billones) y la deuda con hospitales y clínicas llega a \$25,7 billones.
- **Crisis de liquidez que ya se transmite a la operación cotidiana.** Se acumulan retrasos en los pagos, tensiones entre EPS, hospitales y operadores, y problemas de abastecimiento de medicamentos esenciales. La afiliación a seguros privados creció cerca del 24 % en 2024, reflejo de que un número creciente de usuarios busca alternativas ante el deterioro percibido del sistema general.

- **Acceso deteriorado y judicialización masiva.** Aumentaron los tiempos de espera y, en 2025, se radicaron 312.500 tutelas en salud y 1.932.664 reclamos por barreras de acceso a tecnologías y servicios —el 92,6 % del total de reclamos—, señal de que los canales administrativos ordinarios están fallando.
- **Un costo humano regresivo.** El gasto de bolsillo del quintil más pobre aumentó 71 % en un solo año: la carga recae con más fuerza sobre los hogares de menores ingresos, revirtiendo parte de los avances históricos en protección financiera.
- **Desigualdad territorial profunda.** Colombia opera de facto con dos sistemas. En cerca de once departamentos —unos 3,5 millones de personas en el 45 % del territorio— el problema no es la competencia entre aseguradores sino la ausencia misma de oferta, y el 45 % de los especialistas se concentra en Bogotá, Antioquia y el Valle del Cauca.
- **Corrupción e insuficiencia estructural son problemas concurrentes, no rivales.** La captura de rentas existe y debe combatirse con severidad, pero no explica por sí sola la magnitud de la crisis: incluso EPS intervenidas por el Estado registran deterioros financieros importantes.

Las recomendaciones

El próximo gobierno probablemente deberá destinar más recursos públicos a la salud, pero mayores recursos no bastarán sin reformas que mejoren los incentivos y la eficiencia del gasto. El eje no es eliminar actores, sino corregir los incentivos entre los existentes.

- **Corregir el financiamiento: UPC y deudas.** Reconocer la insuficiencia y ajustar progresivamente la UPC con criterios técnicos verificables, y sanear de forma parcial y ordenada las deudas entre la ADRES, las EPS, las IPS y los operadores farmacéuticos.
- **Reorientar los incentivos hacia la calidad y los resultados.** Ligar los pagos a resultados en salud —calidad, acceso y coordinación de la atención— y no únicamente al control de costos, publicando indicadores comparables de desempeño clínico para EPS y prestadores.
- **Adoptar una estrategia territorial diferenciada.** Un modelo dual: aseguramiento reformado en las ciudades y municipios con densidad suficiente, y provisión directa estatal en el primer nivel en zonas de extrema ruralidad, mediante Centros de Salud Familiar Rural y telemedicina, con incentivos potentes para llevar talento humano a los territorios desatendidos.
- **Resolver los problemas más urgentes de los usuarios.** Asegurar el abastecimiento de medicamentos —incluida la inyección de liquidez sectorial mediante bonos farmacéuticos— y reducir los tiempos de espera.
- **Fortalecer la regulación, la información y la supervisión.** Mejorar los sistemas de información e interoperabilidad, robustecer las auditorías de la ADRES, aumentar la transparencia de los indicadores de calidad e introducir criterios explícitos de priorización por costo-efectividad.
- **Asegurar la sostenibilidad fiscal y reconstruir la confianza.** Definir una senda creíble de recursos ante el envejecimiento y las enfermedades crónicas —no hay agenda de salud viable sin una agenda fiscal explícita— y recuperar la confianza entre EPS, hospitales, gobierno, industria farmacéutica y pacientes.

La agenda secuenciada, 2026–2030

La agenda debe ser concreta, secuenciada y verificable. Los primeros 100 días concentran el alivio financiero y las reglas que habilitan el resto; el primer año, las primeras reformas de incentivos, territorio y supervisión; y el mediano y largo plazo, la sostenibilidad y las reformas estructurales.

Fase	Acciones clave
<p>Primeros 100 días <i>Arranque y habilitación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocer explícitamente la insuficiencia financiera y publicar una hoja de ruta creíble de ajuste progresivo de la UPC, con criterios técnicos verificables. – Iniciar el saneamiento parcial y ordenado de las deudas acumuladas entre la ADRES, las EPS, las IPS y los operadores farmacéuticos. – Blindar la determinación técnica de la UPC y hacer pública la línea de base de indicadores como referencia de desempeño.
<p>Primer año <i>Primeras reformas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Reorientar los incentivos hacia la calidad, el acceso y la coordinación, con pagos ligados a resultados. – Desplegar la estrategia territorial diferenciada, con un piloto de Centros de Salud Familiar Rural en al menos cuatro departamentos. – Asegurar el abastecimiento de medicamentos (bonos farmacéuticos) y reducir los tiempos de espera. – Fortalecer la ADRES, los sistemas de información y los criterios de priorización por costo-efectividad.
<p>Mediano y largo plazo <i>Consolidación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Consolidar el modelo dual territorial y asegurar la sostenibilidad financiera de largo plazo (senda de recursos y eficiencia del gasto). – Iniciar la agenda estructural pendiente: rebalanceo del rol de las EPS hacia la gestión integral del riesgo, presencia rural y talento humano para los territorios. – Reconstruir la confianza institucional y avanzar en reformas graduales, evitando el falso dilema entre desmontar el sistema y defenderlo íntegramente.

Quién debe liderar la agenda

- **Ministerio de Salud y Protección Social:** rectoría de la política, hoja de ruta de la UPC y modelo territorial diferenciado.
- **ADRES:** administración de los recursos, saneamiento de las deudas y auditorías.
- **Superintendencia Nacional de Salud:** supervisión, sistemas de información y transparencia de los indicadores de calidad.
- **Ministerio de Hacienda y DNP:** senda fiscal y sostenibilidad financiera de la agenda.
- **EPS, IPS, hospitales, industria farmacéutica y pacientes:** gestión del riesgo, prestación de los servicios y reconstrucción de la confianza.

Cómo medir el éxito

El éxito no debería medirse por la actividad institucional —cuántos actores se reorganizaron o cuántas leyes se expidieron— sino por resultados concretos en sostenibilidad financiera, acceso y calidad. El documento propone una línea de base de indicadores estratégicos contra la cual evaluar el desempeño del próximo gobierno:

- **Patrimonio neto consolidado de las EPS:** -\$10,2 billones (2024).
- **Siniestralidad del sistema (gastos sobre ingresos por UPC):** 109,5 % (2025).

- **Deuda de EPS con hospitales y clínicas:** \$25,7 billones (2025).
- **Cobertura de aseguramiento:** 99 % (2025).
- **Tutelas en salud y reclamos por barreras de acceso:** 312.500 y 1.932.664 —el 92,6 % del total— al año (2025).
- **Oferta de servicios:** 1,94 camas hospitalarias y 2,5 médicos por cada mil habitantes (2024–2025).

Lo que el próximo gobierno no debería hacer. Presentar la corrupción como causa única del desfinanciamiento; negar o postergar el ajuste de la UPC; concentrar el debate en desmontar o reemplazar actores en lugar de corregir incentivos; aplicar una solución uniforme que ignore las diferencias territoriales; o ampliar los compromisos de gasto sin una agenda fiscal explícita.

Esta Nota de Política resume el documento de política del mismo nombre. El diagnóstico completo —la crisis financiera y de acceso, el desafío fiscal, la línea de base de indicadores estratégicos y la agenda de reformas para 2026–2030— se encuentra en el Documento de Política.