Acta Médica Colombiana • Vol. 51 N°4 • Octubre - Diciembre | 2026

Crisis del sistema de salud colombiano

Soluciones basadas en evidencia

Colombian healthcare system crisis

Evidence-based solutions

Juan Sebastián Therán-León, Carlos Enrique Arenas, Kerlyn Yuliana Contreras-Carvajal, Keli Alejandra Contreras-Carvajal • **Bucaramanga (Colombia)**

Dr. Juan Sebastián Therán León: MSc. Médico Familiar. Universidad de Santander, Facultad de Ciencias de la Salud. Sub-Investigador del Centro de Investigación Clínica SERVIMED; **Dr. Carlos Enrique Arenas**: Médico General Universidad de Santander (UDES); **Dra. Kerlyn Yuliana Contreras Carvajal:** Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB); **Dra. Keli Alejandra Contreras-Carvajal**: Médico General. Universidad de Santander (UDES) y Universidad de Pamplona (UP). Pamplona. Bucaramanga (Colombia).

Correspondencia:
Dr. Juan Sebastián Therán-León. Bucaramanga (Colombia).

Resumen

El sistema de salud colombiano enfrenta una crisis estructural caracterizada por una deuda acumulada de $32.9 billones hacia las instituciones prestadoras, más de 100 EPS liquidadas desde 1995, y deterioro progresivo en la oportunidad de atención, con impacto directo en la práctica clínica cotidiana. Esta crisis afecta a médicos generales, internistas y médicos familiares que enfrentan demoras sistemáticas en autorizaciones, fragmentación del cuidado de pacientes crónicos y sobrecarga administrativa. El presente artículo documenta la magnitud del problema con datos oficiales verificables, analiza los factores estructurales subyacentes—incluyendo fragmentación del aseguramiento, financiación insuficiente, y debilidades en la atención primaria—y propone dominios de reforma basados en evidencia internacional. Se argumenta que superar la polarización política requiere un enfoque técnico que priorice el fortalecimiento de la atención primaria, la sostenibilidad financiera y la protección del paciente.

Palabras clave: *sistemas de salud, reforma de la atención de salud, atención primaria de salud, financiación de la atención de la salud, Colombia.*

Abstract

The Colombian healthcare system is facing a structural crisis marked by a cumulative debt of $32.9 trillion pesos owed to healthcare institutions, more than 100 health insurance companies liquidated since 1995, and progressive deterioration in the availability of care, with a direct impact on daily clinical practice. This crisis affects general physicians, internists, and family doctors who face systematic authorization delays, fragmented care for chronic patients, and administrative overload. This article

CC BY SA

E-Mail: juansebastianthera@gmail.com

Recibido: 31/I/2026
Aceptado: 04/IX/2026

documents the magnitude of the problem with verifiable official data, analyzes the underlying structural factors—including fragmented insurance, insufficient funding, and weaknesses in primary care—and proposes international evidence-based reform domains. The article argues that overcoming political polarization requires a technical perspective that prioritizes primary care strengthening, financial sustainability, and patient protection.

Keywords: *healthcare systems, healthcare reform, primary healthcare, healthcare financing, Colombia.*

Introducción

El sistema de salud colombiano, establecido mediante la Ley 100 de 1993, logró uno de los mayores éxitos de cobertura en América Latina: la afiliación pasó de 29% en 1993 a 98.5% en 2024 (1). Sin embargo, este logro cuantitativo coexiste con una crisis financiera y operativa que amenaza la viabilidad del sistema y compromete directamente la práctica clínica cotidiana (Figura 1).

Los médicos que ejercen en el sistema—generales, internistas, familiares y especialistas—experimentan las consecuencias de esta crisis en su quehacer diario: demoras sistemáticas en autorizaciones que retrasan tratamientos urgentes, fragmentación del seguimien-

Viñeta clínica ilustrativa

Considérese el caso de una paciente de 58 años con diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedad renal crónica estadio 3, atendida en consulta de medicina familiar. En los últimos tres años ha sido afiliada a cuatro EPS diferentes: dos liquidadas, una intervenida, y la actual en proceso de reestructuración. Cada transición implicó pérdida de continuidad en su historia clínica, reinicio de trámites de autorización para sus medicamentos de alto costo, e interrupción de su seguimiento por nefrología durante meses. Su último control de hemoglobina glicosilada, que debía realizarse hace seis meses, sigue pendiente de autorización. Esta paciente no es un caso excepcional; representa la experiencia cotidiana de millones de colombianos con enfermedades crónicas que navegan un sistema fragmentado.

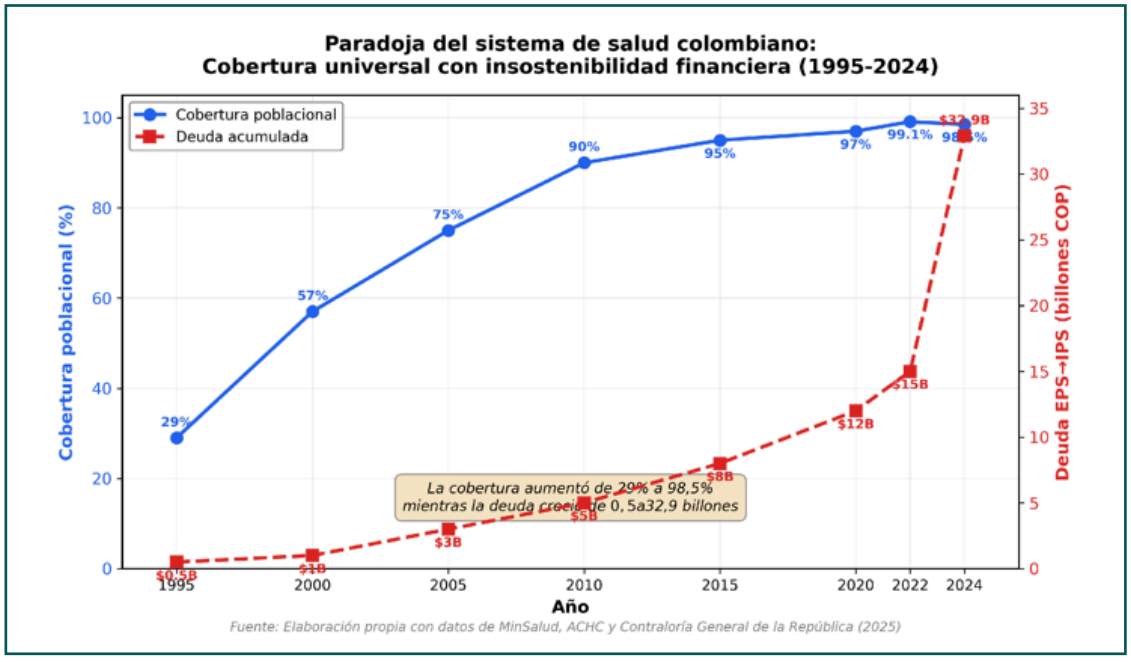


Figura 1. *Paradoja del sistema de salud colombiano: cobertura poblacional versus deuda acumulada (1995–2024). Serie temporal de la cobertura poblacional de aseguramiento en salud (porcentaje) y de la deuda acumulada de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), expresada en billones de pesos colombianos (COP), entre 1995 y 2024. El eje vertical izquierdo representa la cobertura poblacional (%) y el eje vertical derecho la deuda EPS→IPS (billones COP). La figura muestra el incremento sostenido de la cobertura de aseguramiento, junto con un aumento progresivo de la deuda acumulada del sistema durante el mismo periodo. Fuente: Elaboración propia con datos de MinSalud, ACHC y Contraloría General de la República (2025).*

to de pacientes crónicos que saltan entre aseguradoras, y una carga administrativa creciente que consume tiempo que debería dedicarse a la atención directa. Estos problemas no son anecdóticos sino manifestaciones de fallas estructurales que requieren soluciones sistémicas.

La Contraloría General de la República documentó en diciembre de 2024 un pasivo acumulado de $32.9 billones del sistema hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), además de $15.79 billones en recursos cuyo destino no pudo verificarse entre 2020 y 2024 (2). La Superintendencia Nacional de Salud reporta más de 100 EPS liquidadas desde 1995 y un incremento de 23% en peticiones, quejas, reclamos y solicitudes (PQRS) durante el primer semestre de 2025 respecto al mismo período de 2024 (3). La mortalidad evitable en Colombia alcanza 419 defunciones por 100 000 habitantes, casi el doble del promedio OCDE de 222 (4). El Instituto Nacional de Salud estima que 19.7% de las muertes ocurridas entre 1979 y 2021 fueron evitables por fallas en el sistema de salud (5).

Este artículo tiene tres objetivos: primero, documentar la magnitud del problema con datos oficiales verificables que ilustren la paradoja cobertura-sostenibilidad; segundo, analizar los factores estructurales que perpetúan la crisis, incluyendo los problemas que afectan directamente la práctica clínica; y tercero, proponer dominios de reforma basados en evidencia internacional, sin pretender agotar el debate ni desconocer que existen alternativas legítimas, incluyendo la propuesta gubernamental de eliminación de la intermediación de las EPS. El enfoque adoptado aquí privilegia reformas incrementales, pero reconoce que otros actores defienden transformaciones más profundas del modelo.

Magnitud del problema: datos que ilustran la paradoja

La Tabla 1 sintetiza indicadores clave que evidencian la evolución del sistema. La cobertura aumentó de 57% en 2000 a 98.5% en 2024, mientras la deuda creció de niveles manejables a $32.9 billones según la Contraloría (2), o $20.2 billones según la cartera reportada por las IPS a la ACHC (6). Esta diferencia metodológica es importante: la Contraloría incluye pasivos totales del sistema incluyendo servicios no facturados y glosas pendientes, mientras la ACHC mide específicamente cuentas por cobrar documentadas. Ambas cifras reflejan una crisis de liquidez que compromete la operación de hospitales y clínicas.

Las PQRS aumentaron de aproximadamente 1.2 millones en 2022 a más de 1.8 millones en el primer semestre de 2025, reflejando deterioro en la satisfacción del usuario (3). El gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud ha aumentado progresivamente, y la afiliación a planes voluntarios creció significativamente, sugiriendo que quienes pueden pagar buscan alternativas ante las deficiencias del sistema obligatorio (7).

Las consecuencias no son solo financieras. Los datos de mortalidad evitable revelan que Colombia presenta 419 defunciones evitables por 100 000 habitantes frente a un promedio OCDE de 222 (4). Esta brecha es mayor en estratos socioeconómicos bajos (67.4% de muertes evitables en clase obrera vs. 64.1% en clase media) y en territorios con menor acceso a

Tabla 1. *Indicadores clave del sistema de salud colombiano (2000-2025)*

Indicador	2000	2010	2022	2024-2025*
Cobertura poblacional (%)	57	90	99.1	98.5
Deuda EPS→IPS (billones COP)	~1	~5	15	32.9
EPS activas	>40	~30	~25	<20
EPS liquidadas (acumulado)	~10	~40	>80	>100
EPS intervenidas	ND	ND	5	9
PQRS (millones)	ND	ND	~1.2	>1.8
Mortalidad evitable (/100.000)	ND	ND	~400	419

**Columna 2024-2025: datos de 2024, excepto PQRS, que corresponde únicamente al primer semestre de 2025.*
ND: No disponible. Fuentes: MinSalud (1), Contraloría (2), SuperSalud (3), OCDE (4), INS (5), ACHC (6).

servicios de salud, incluyendo Amazonía, Orinoquía y Pacífico (5).

Análisis estructural: ¿Por qué persiste la crisis?

Fragmentación del aseguramiento

El modelo de competencia regulada entre múltiples EPS generó fragmentación administrativa que incrementa costos de transacción y dificulta la coordinación del cuidado. La movilidad de afiliados entre aseguradoras desincentiva inversiones en prevención y promoción cuyos beneficios se materializan en el largo plazo (8). Esta fragmentación se traduce, para el clínico, en pacientes que llegan sin historia previa accesible, tratamientos interrumpidos por cambios de aseguradora, y dificultades para coordinar atención entre niveles.

Financiación estructuralmente insuficiente

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) ha sido históricamente calculada por debajo del costo real de prestación de servicios, generando un déficit estructural que se acumula como deuda hacia las IPS (9). Los mecanismos de ajuste por riesgo son insuficientes para compensar la selección adversa, y los recobros por servicios no incluidos en el plan de beneficios han creado incentivos perversos. La ADRES reporta retrasos sistemáticos en los giros que agravan la situación de liquidez de las EPS y, en cascada, de las IPS (10).

Debilidad de la atención primaria

A pesar de la retórica sobre atención primaria en salud (APS), Colombia no ha logrado implementar un modelo de APS que funcione como puerta de entrada efectiva y coordinadora del sistema. Guerrero, Tuesca y Hernández documentaron que el país ha recorrido un "camino inconcluso" hacia la APS integral, con fragmentación territorial, financiación insuficiente y falta de integración entre niveles de atención (11). El resultado es sobreutilización de urgencias, diagnósticos tardíos de condiciones crónicas, y hospitalizaciones evitables. Para el médico de atención primaria, esto significa trabajar sin las herramientas, el tiempo ni los recursos necesarios para hacer prevención efectiva y manejo integral.

Fallas de gobernanza y supervisión

Las intervenciones de la Superintendencia Nacional de Salud sobre EPS en crisis no han logrado revertir el deterioro financiero en la mayoría de los casos. Los datos disponibles no permiten concluir con certeza que las intervenciones hayan revertido el deterioro financiero, aunque tampoco es posible determinar qué habría ocurrido sin ellas (3). La Defensoría del Pueblo ha documentado sistemáticamente barreras

Tabla 2. *Dominios de reforma, barreras y estrategias de mitigación.*

Dominio de reforma	Barreras principales	Estrategias de mitigación
Fortalecimiento APS	Déficit de recurso humano en zonas rurales; resistencia de especialistas; infraestructura insuficiente	Incentivos salariales territorializados; formación de equipos multidisciplinarios; telemedicina para zonas dispersas (modelo Tailandia)
Sostenibilidad financiera	Restricciones fiscales; oposición de actores beneficiados por el statu quo; complejidad técnica del cálculo actuarial	Metodología transparente con participación de academia y sociedad civil; capitación cerrada con negociación basada en evidencia (modelo Tailandia)
Transformación digital	Brecha digital territorial; resistencia al cambio; costos de implementación; intereses de proveedores actuales	Implementación gradual desde APS; estándares abiertos de interoperabilidad; X-Road como infraestructura base (modelo Estonia: €7.50/persona)
Gobernanza	Captura regulatoria; debilidad institucional; rotación de funcionarios; presiones políticas	Fortalecimiento técnico de SuperSalud; sistemas de alerta temprana; trazabilidad en tiempo real de recursos públicos
Participación social	Asimetría de información; cooptación de espacios de participación; fatiga ciudadana	Información accesible y oportuna; fortalecimiento de veedurías; rendición de cuentas vinculante

Fuente: Elaboración propia basada en experiencias internacionales y literatura citada (refs. 13-16).

de acceso que persisten a pesar de la normatividad vigente (12). La Contraloría identificó $15.79 billones cuyo destino no pudo verificarse entre 2020 y 2024, evidenciando fallas graves en los mecanismos de control y trazabilidad de recursos (2).

Dominios de reforma basados en evidencia

Sin pretender que estas propuestas representen la única alternativa viable—el debate sobre si mantener, reformar o eliminar el modelo de aseguramiento es legítimo y está abierto—se proponen cinco dominios de reforma basados en experiencias internacionales exitosas y adaptados al contexto colombiano. La Tabla 2 presenta cada dominio con sus barreras específicas y estrategias de mitigación.

Fortalecimiento de la atención primaria

La experiencia de Tailandia con el Universal Coverage Scheme (UCS) demuestra que un modelo de APS robusto puede mejorar resultados sanitarios y contener costos simultáneamente. El sistema tailandés implementó las Contracted Units for Primary Care (CUP) como puerta de entrada obligatoria, con capitación cerrada que incentiva la resolución en primer nivel. Cada distrito de salud (aproximadamente 50 000 habitantes) cuenta con un hospital de referencia y 10-15 centros de salud integrados. El resultado fue una reducción del gasto catastrófico de 31 - 15% entre 2000 y 2004, sostenida en el tiempo (13). Colombia podría adaptar este modelo fortaleciendo las redes integradas de servicios con equipos multidisciplinarios territorializados, aunque debe reconocerse que Tailandia invirtió décadas en construir infraestructura rural antes de implementar la cobertura universal.

Sostenibilidad financiera con protección del paciente

Es necesario recalcular la UPC con metodología actuarial transparente, basada en costos reales de prestación y no en disponibilidad presupuestal. El modelo tailandés de negociación presupuestal basada en evidencia, donde el fondo nacional de salud negocia precios y volúmenes con base en estudios de costo-efectividad, ofrece lecciones aplicables (13). Paralelamente, deben fortalecerse los mecanismos de protección del paciente ante la transición entre aseguradoras, garantizando continuidad de tratamientos y portabilidad de historia clínica.

Transformación digital e interoperabilidad

Estonia ofrece un modelo de transformación digital en salud que Colombia podría adaptar. El sistema estonio se construyó sobre la infraestructura X-Road, que permite interoperabilidad segura entre todas las instituciones del sistema de salud. El Estonian Health Insurance Fund (EHIF) opera como pagador único con provisión mixta pública-privada. Los resultados incluyen 100% de prescripciones digitales, 99% de datos de salud digitalizados, y un costo de implementación de apenas €7.50 por persona (14). El paciente tiene control sobre quién accede a su información, y el sistema permite continuidad del cuidado independientemente de dónde se atienda. Para Colombia, esto requeriría inversión en infraestructura digital y estándares de interoperabilidad que permitan que la historia clínica del paciente esté disponible donde se necesite, cuando se necesite.

Gobernanza y rendición de cuentas

Se requiere fortalecer las capacidades técnicas de la Superintendencia Nacional de Salud con sistemas de alerta temprana basados en indicadores financieros y de calidad. La transparencia en el flujo de recursos debe ser absoluta, con trazabilidad en tiempo real desde la UPC hasta el prestador final. Los hallazgos de la Contraloría sobre recursos no verificables exigen mecanismos de control más robustos (2).

Participación social informada

Los mecanismos de participación ciudadana en salud deben trascender la formalidad. Las veedurías ciudadanas y las asociaciones de usuarios requieren información accesible y capacidad técnica para ejercer control social efectivo. La experiencia de países con sistemas de salud exitosos muestra que la participación social informada es un factor protector contra la captura del sistema por intereses particulares (15).

Limitaciones y agenda de investigación

Este artículo presenta varias limitaciones que deben considerarse. Primero, se basa principalmente en fuentes secundarias (informes oficiales, reportes institucionales), y aunque se privilegiaron fuentes primarias verificables, algunos datos pueden tener limitaciones metodológicas propias de su origen. Segundo, las comparaciones internacionales deben interpretarse con cautela dado que los contextos institucionales, políticos y culturales difieren sustancialmente; ni Estonia ni Tailandia enfrentaron exactamente los mismos desafíos que Colombia. Tercero, el enfoque panorámico adoptado—cubriendo cinco dominios de reforma—sacrifica inevitablemente profundidad analítica en cada uno; artículos focalizados en APS, transformación digital o gobernanza podrían desarrollar con mayor detalle las implicaciones de cada dominio. Cuarto, el enfoque incremental tiene sus propios su-

puestos; quienes abogan por reformas estructurales más profundas podrían considerar insuficientes las propuestas presentadas.

Las propuestas de reforma requieren operacionalización específica para el contexto colombiano que excede el alcance de este artículo. Se identifican las siguientes preguntas para investigación futura: ¿Cómo implementar interoperabilidad digital (modelo X-Road) en un sistema con más de 50 aseguradoras con sistemas incompatibles? ¿Qué entidad debería liderar la transición y con qué recursos? ¿Cuál sería el costo de implementación por persona en Colombia comparado con los €7.50 de Estonia? ¿Cómo adaptar el modelo de distritos sanitarios tailandeses a la heterogeneidad territorial colombiana? ¿Qué mecanismos de transición protegerían a los pacientes durante una reforma del modelo de aseguramiento? Estas preguntas configuran una agenda de investigación necesaria para traducir los dominios propuestos en políticas implementables.

Conclusiones

El sistema de salud colombiano enfrenta una crisis que no se resolverá con medidas paliativas. La deuda acumulada, la inviabilidad financiera de múltiples aseguradoras, el deterioro en indicadores de oportunidad y satisfacción, y las tasas de mortalidad evitable superiores al promedio de la OCDE exigen respuestas estructurales. La polarización política ha obstaculizado el debate técnico necesario para diseñar e implementar reformas efectivas.

Este artículo propone que el camino hacia adelante requiere: fortalecer la atención primaria como eje del sistema con mecanismos como la capitación cerrada y equipos territorializados; garantizar sostenibilidad financiera mediante cálculo actuarial transparente y protección efectiva del paciente; avanzar en transformación digital con interoperabilidad real siguiendo modelos como el estonio; fortalecer la gobernanza con supervisión técnica independiente y trazabilidad de recursos; y promover participación social informada como mecanismo de control democrático.

Mientras las reformas sistémicas avanzan—proceso que tomará años independientemente del modelo adoptado—los médicos pueden contribuir desde su práctica cotidiana: documentar sistemáticamente las barreras de acceso que enfrentan sus pacientes para alimentar los sistemas de información; participar activamente en las asociaciones profesionales que inciden en política sanitaria; aprovechar los espacios de participación en comités técnico-científicos de las EPS; y mantener comunicación directa con los pacientes sobre sus derechos y los mecanismos de reclamación disponibles. La transformación del sistema requiere tanto reformas estructurales como acciones coordinadas desde la base clínica.

El éxito de cualquier reforma dependerá de la capacidad de construir consensos técnicos que trasciendan las divisiones políticas, aprender de experiencias internacionales adaptándolas al contexto colombiano, y mantener como norte el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos. La evidencia internacional demuestra que sistemas de salud más equitativos, eficientes y sostenibles son posibles. Colombia tiene los recursos humanos y la experiencia acumulada para lograrlo; lo que se requiere es voluntad política y rigor técnico.

Referencias

1. **Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.** Cifras de aseguramiento en salud. Bogotá D.C.: MinSalud; 2024
2. **Colombia. Contraloría General de la República.** Informe sobre el estado de los recursos del sistema de salud 2020-2024. Bogotá: *CGR*; 2025.
3. **Colombia. Superintendencia Nacional de Salud**. Informe de gestión y estadísticas del sector salud. Bogotá: *SuperSalud*; 2025.
4. **OECD.** Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: *OECD Publishing*; 2025.
5. **Colombia. Instituto Nacional de Salud.** Carga de mortalidad evitable en Colombia 1979-2021. Bogotá D.C.: *INS*; 2023.
6. **Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.** Informe de cartera del sector salud. Bogotá: *ACHC*; 2025.
7. **Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral.** Informe del sector de medicina prepagada. Bogotá: *ACEMI*; 2024.
8. **Federación Médica Colombiana.** Diagnóstico del ejercicio médico en Colombia. Bogotá: *FMC*; 2024.
9. **Colombia. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Informe de gestión y giros del sistema de salud. Bogotá: *ADRES*; 2025.
10. **Colombia. Presidencia de la República de Colombia.** Gobierno Nacional decreta intervención de EPS con medidas de vigilancia especial. Comunicado oficial. Bogotá; 2024. Disponible en: https://www.presidencia.gov.co (Consultado: enero 2026).

11. **Guerrero E, Tuesca R, Hernández E.** Atención primaria en salud en Colombia: un camino inconcluso. *Rev Salud Pública.* 2024;26(1):e401.
12. **Colombia. Defensoría del Pueblo.** Informe sobre barreras de acceso al sistema de salud. Bogotá: *Defensoría del Pueblo*; 2024.
13. **Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A.** Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet.* 2018;391(10126):1205-1223.
14. **Estonia. Estonian Business and Innovation Agency.** Healthcare digitization: building a patient-centric system. Tallinn: *e-Estonia Briefing Centre*; 2024.
15. **World Health Organization.** Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: *WHO*; 2018.
16. **Hernández-Álvarez M.** La salud en Colombia: entre el derecho a la salud y la sostenibilidad financiera. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2024;23(46):e3954.