

**MARZO
9 DE 2026**

No. 1694

**EQUIPO DE
INVESTIGACIONES**

Presidente

José Ignacio López

Vicepresidente

Luz Magdalena Salas

**Jefe de estudios
macroeconómicos**

Valentina Guio

**Jefe de estudios
sectoriales**

Fabián Suárez

Investigadores

María Carolina Gutiérrez

María Paula Campos

Thomas Martínez

Daniel Aguilar

Luis Felipe González

Nicole Torres

ISSN 1794-2616

CON EL APOYO DE:



Reasignación territorial del aseguramiento: un paso en falso

- En un contexto de crisis del sistema de salud en el país, la expedición del Decreto 0182 el pasado 25 de febrero fija la reorganización territorial del aseguramiento, sustentando la medida como una herramienta para garantizar la capacidad operativa de los servicios de salud a nivel local.
- La evidencia sugiere que en territorios altamente poblados y donde existe una amplia red de aseguradores, la tasa de quejas por cada 10.000 habitantes puede ser igual de alta que en territorios de menor tamaño, evidenciando problemas generalizados en la prestación de los servicios, que no necesariamente responden a la densidad poblacional, desvirtuando la motivación del Decreto.
- Estimamos que, aplicando únicamente los criterios de exclusividad de operación municipal, la Nueva EPS, entidad con una de las mayores tasas de reclamos, recibiría al menos 2.7 millones de nuevos afiliados, desbordando su capacidad actual, particularmente en departamentos como Nariño y Caquetá.
- Si bien las economías de escala son necesarias para potenciar el aseguramiento, la reasignación propuesta amenaza con empeorar el acceso efectivo a los servicios de salud de millones de colombianos.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) atraviesa una de sus coyunturas más críticas desde su creación, con señales de alerta simultáneas en financiamiento, operación y acceso. Desde ANIF hemos advertido sobre el deterioro financiero del sistema: la insuficiencia de recursos girados ha debilitado las finanzas de las EPS y generado mayores barreras de acceso para millones de usuarios.

De manera reciente, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 0182 del 25 de febrero de 2026, que reordena territorialmente la operación de las EPS bajo criterios de escala poblacional. La medida, presentada como un instrumento para mejorar la sostenibilidad y eficiencia de prestación de servicios de salud, podría tener el efecto contrario: concentrar millones de afiliados en EPS que ya operan al límite, saturar su infraestruc-

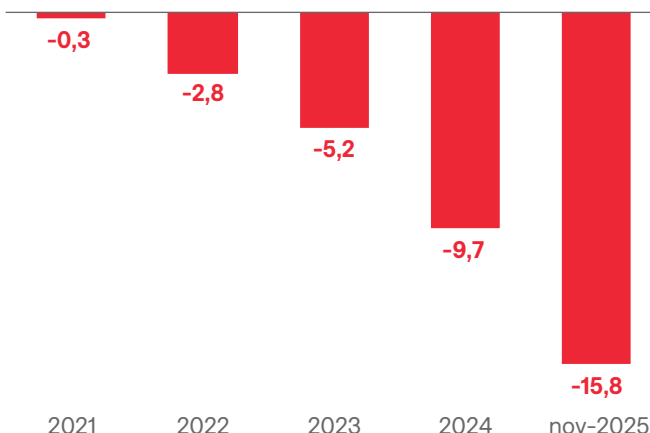
tura y comprometer el acceso efectivo a los servicios de salud. El Decreto no corrige una falla estructural; la traslada y amplifica.

EL SISTEMA HOY

El panorama reciente del SGSSS evidencia un deterioro en varias dimensiones. En materia financiera, el patrimonio agregado de las EPS pasó de -0,3 billones de pesos en 2021 a -15,8 billones en noviembre de 2025, incluso sin los reportes de la Nueva EPS (Gráfico 1), una caída sustancial que se ha traducido en deudas crecientes con la red hospitalaria, llevando a la limitación o cierre de servicios.

La percepción ciudadana refleja este mismo deterioro, pues la tasa de reclamos por cada 10.000 afiliados pasó de niveles cercanos a 10 en 2017 a 43 en el régimen contributivo y 23,7 en el subsidiado al inicio de 2026, evidenciando una brecha creciente entre los servicios que el sistema debe garantizar y los que efectivamente entrega (Gráfico 2). Las principales causas de inconformi-

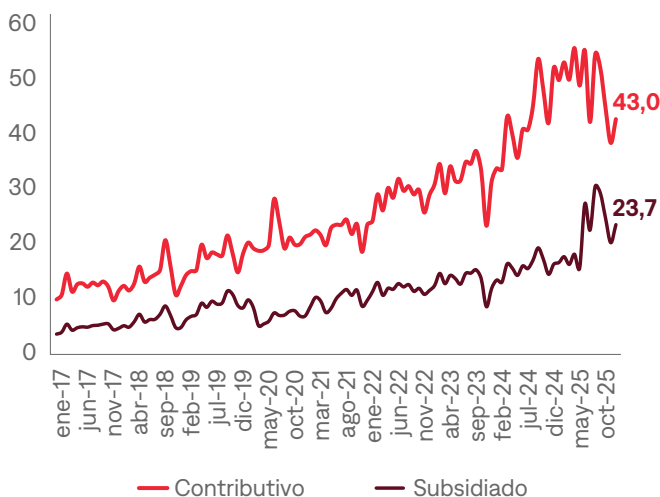
Gráfico 2. Patrimonio agregado de las EPS (billones de pesos)



Nota: Nueva EPS no tiene registro para 2024 y 2025.
Fuente: elaboración ANIF información financiera de las EPS reportada a Supersalud.

dad son la negación de tecnologías en salud, de servicios autorizados, de citas y exámenes, y dificultades en el acceso a la atención.

Gráfico 1. Tasa reclamos en salud por régimen (por cada 10.000 afiliados)



Fuente: elaboración ANIF con base en Supersalud.

LO QUE ORDENA EL DECRETO 0182

El Decreto 0182 se sustenta en tres argumentos centrales. El primero, una fragmentación excesiva del aseguramiento en territorios de baja densidad poblacional impide alcanzar economías de escala para la gestión integral del riesgo. El segundo, las EPS con bases pequeñas de afiliados no pueden sostener redes de prestación suficientes ni gestionar adecuadamente el riesgo epidemiológico de su población. Por último, el deterioro de una EPS pequeña puede generar efectos en cadena que comprometan la continuidad del aseguramiento en todo un territorio. Con base en estos argumentos, el Decreto adopta un modelo de ordenación técnica territorial que define cuántas EPS pueden operar en cada municipio y departamento, y en qué condiciones mínimas de participación de afiliados.

Ahora, al detallar la relación entre el número de EPS que operan en cada departamento, la tasa de quejas y el volumen de afiliados, se evidencia una relación que pone en entredicho uno de los supuestos centrales del Decreto. A mayor número de afiliados en un departamento, mayor es la tasa de quejas y reclamos, lo que sugiere que la escala poblacional por sí sola no garantiza una mejor operación de los prestadores de servicios de salud. Se observa que departamentos con baja densidad de afiliados y pocas EPS operando, registran tasas de quejas igualmente elevadas, lo que indica que la concentración del aseguramiento no se ha traducido históricamente en mejores resultados para los usuarios (Gráfico 3). Si bien el Decreto busca reordenar el número de EPS en los territorios para asegurar su capacidad operativa, reducir la oferta de aseguradores en territorios con servicios ya deteriorados, podría agravar las dificultades de acceso, especialmente cuando las EPS receptoras enfrentan restricciones financieras y operativas.

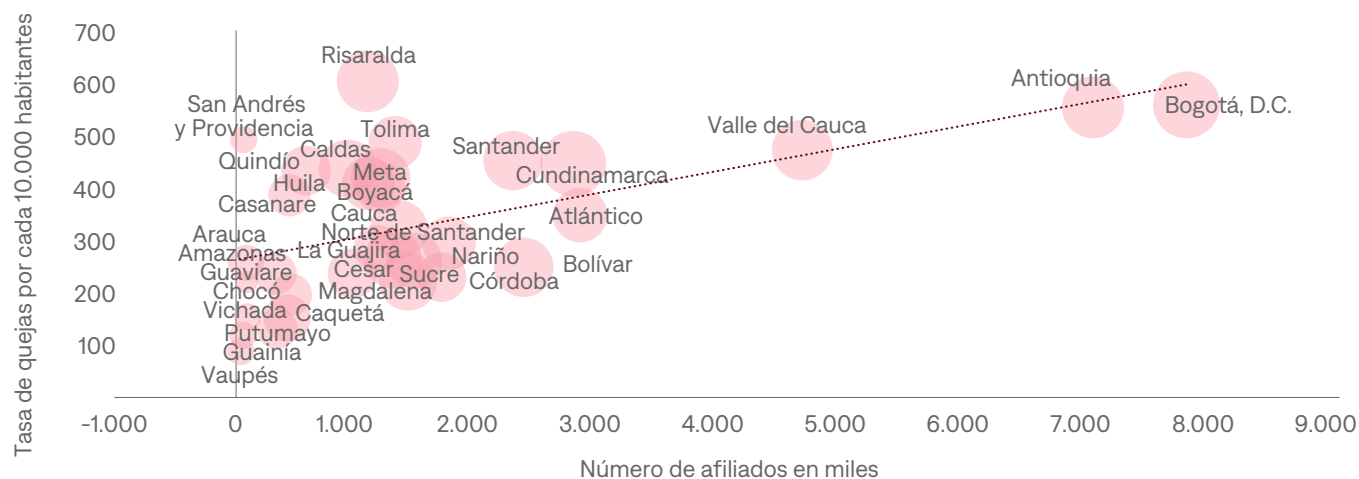
La reorganización territorial implica que algunas EPS dejarán de operar en ciertos municipios según los criterios de

participación definidos en el Decreto, derivando en el traslado forzoso de millones de afiliados hacia las entidades que mantengan su autorización. Este proceso, sin embargo, no opera de forma simétrica entre todas las aseguradoras.

Un elemento dentro del Decreto que merece la mayor atención es que la Nueva EPS, al ser la única EPS en concentrar más del 20% de los afiliados a nivel nacional (23,1%), queda exenta de la reorganización y mantiene su autorización en todo el país sin restricciones. Esto implica que en los municipios donde los criterios reduzcan la operación a una sola EPS, la Nueva EPS operaría como receptora preferente, concentrando un volumen significativo de traslados precisamente en los territorios donde hoy coexisten varias aseguradoras.

En particular, uno de los criterios municipales establece que en municipios donde la población sea hasta de 20.000 habitantes, solo podrá operar una EPS, con lo cual la única autorizada será la Nueva EPS. El Gráfico 4, panel A, muestra el número de traslados departamentales por

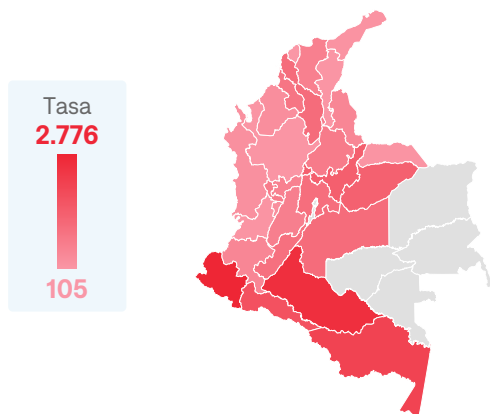
Gráfico 3. Tasa reclamos en salud por departamento según número de afiliados (por cada 10.000 afiliados)



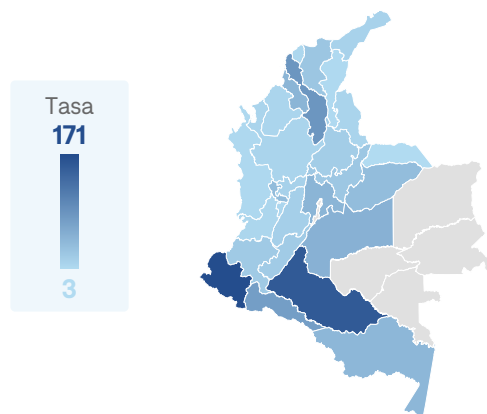
Nota: Tamaño de la burbuja representa el número de EPS que operan dentro del departamento.
Fuente: elaboración ANIF con base en Supersalud y Minsalud.

Gráfico 4. Traslados departamentales a la Nueva EPS

Panel A: Por cada 10,000 habitantes.



Panel B: Como proporción de sus afiliados



Nota 1: Se toman en cuenta únicamente los traslados de municipios en los cuales se permitiría máximo una EPS, y se descartan afiliados de EPS que por operar únicamente en un departamento, se mantienen inalteradas.

Nota 2: Bajo ese criterio, Bogotá, Vichada, Guainía, Guaviare, Vaupés, y San Andrés y Providencia no registran traslados.

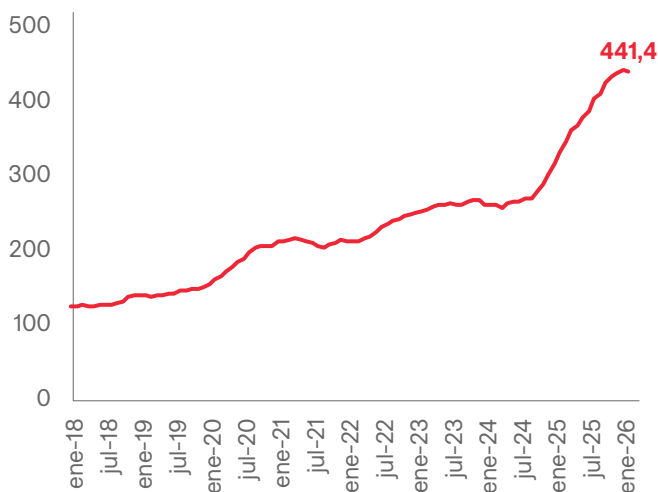
Fuente: elaboración ANIF con base en Minsalud y DANE.

cada 10.000 habitantes. La zona sur y sur occidental del país son las de mayores movimientos. En total, bajo los criterios expuestos, estimamos que el número de traslados a la Nueva EPS ronda los 2.670.000. El problema surge al tener en consideración la capacidad instalada y de atención de las sedes de la EPS. En algunos departamentos, como lo son Nariño y Caquetá, la Nueva EPS recibiría más del doble de afiliados que posee actualmente. Bolívar, Putumayo, Sucre y Cundinamarca son los departamentos que siguen en ese escalafón, casos donde se supera el número actual de afiliados en 85%, 75%, 48%, y 48%, respectivamente (panel B). Absorber ese volumen de nuevos usuarios exige ampliar contratos con IPS, garantizar disponibilidad de personal médico y especialistas, actualizar registros de riesgo y antecedentes clínicos, y reorganizar procesos administrativos, todo ello dentro de los escasos 3 meses que contempla el Decreto.

La situación se agrava al examinar el desempeño reciente de la Nueva EPS. Su tasa de quejas alcanzó 441 reclamos por cada 10.000 afiliados al inicio de 2026 y ha venido aumentando de forma sostenida en la medida en que esta

entidad ha concentrado una mayor participación de afiliados en el país. Que la principal receptora de traslados sea precisamente una EPS que tiene una de las tasas de

Gráfico 5. Tasa reclamos en salud en Nueva EPS (por cada 10.000 afiliados, año móvil)



Fuente: elaboración ANIF con base en Supersalud.

quejas más altas a nivel nacional, no es una anomalía menor: es una señal de que la reorganización podría trasladar a millones de colombianos hacia una entidad que ya opera con pobres indicadores de prestación del servicio, empeorando la situación de millones de colombianos.

Finalmente, permitir que opere una única EPS en un municipio elimina en la práctica el derecho a la libre escogencia, pues los afiliados no tendrían a dónde trasladarse. La restricción no se limita a los municipios con una

sola entidad, también en aquellos donde por criterios de reasignación, deban trasladarse afiliados. Ese derecho queda supeditado a que las entidades disponibles tengan cupo de afiliación y redes de prestación diferenciadas en el territorio. Si bien los usuarios podrían trasladarse luego de 60 días de que tenga lugar su primera reubicación, el Decreto convierte la libre escogencia en un derecho limitado y subordinado a las dilaciones administrativas, particularmente en los territorios donde la cantidad de EPS se reduce de manera drástica.

INDICADORES ECONÓMICOS

	\$MM(1)	CAMBIO PORCENTUAL ANUAL				
	Fecha de corte	20 febrero 2026	A la última fecha	Un mes atrás	Tres meses atrás	Un año atrás
1. Medios de pago (M1)		224.798	11,4	11,0	13,4	12,3
2. Base monetaria (B)		185.933	13,1	16,6	14,5	13,2
3. Efectivo		147.328	13,6	15,4	16,1	20,8
4. Cuentas corrientes		77.470	7,4	3,1	8,9	-0,3
5. Cuasidineros		703.149	12,8	13,0	10,4	7,4
6. Total ahorro bancos comerciales		346.914	15,3	16,9	10,5	7,7
7. CDTs		356.077	10,4	9,3	10,2	7,2
8. Bonos		19.398	-9,2	-10,4	-13,1	-23,9
9. M3		975.772	12,0	12,1	10,3	7,6
10. Cartera total		707.202	9,4	8,4	7,0	3,5
11. Cartera moneda legal		691.589	9,8	8,9	7,8	3,3
12. Cartera moneda extranjera		15.613	-6,3	-9,7	-19,5	11,8
13. TES®	6-mar-26	689.029	18,0	16,0	22,4	14,2
14. I.P.C.	Feb		5,29	5,35	5,30	5,28
15. IPC sin alimentos	Feb		5,16	5,41	5,20	5,44
16. IPC de alimentos	Feb		5,84	5,11	5,74	3,52
17. TRM (\$/US\$)	Mar6	3.767,94	-8,67	-11,68	-12,89	4,48
VALORES ABSOLUTOS						
18. Reservas internacionales®			66.930	66.642	66.144	63.555
19. Saldo de TES (\$MM)			689.029	662.844	707.884	584.076
20. Unidad de Valor Real (UVR)	Mar6		\$ 401,5	\$ 398,0	\$ 356,8	\$ 381,4
21. DTF efectiva anual	9-mar/1-mar		9,70	9,15	8,65	9,24
22. Tasa interbancaria efectiva	Mar4		10,25	10,25	9,16	9,50

FECHAS CLAVE Marzo 9 al 13 de 2026

LUNES 9
México: Inflación, febrero

MIÉRCOLES 11
EE.UU: Inflación, febrero

JUEVES 12
Brasil: Inflación, febrero.
Perú: Decisión de tasa de interés.

VIERNES 13
EE.UU: Encuesta JOLTS, enero.
EE.UU: Confianza del Consumidor, marzo.

(1) Miles de millones de pesos. (2) Saldo TES del sector público. (3) Millones de dólares.
Nota: Las reservas internacionales y el saldo de TES están con corte al 6 de marzo, último corte disponible.
La tasa interbancaria está con corte al último resultado disponible.
Fuente: cálculos ANIF con base en el Banco de la República.