

Medicamentos inaccesibles, derechos vulnerados

Un análisis con enfoque territorial en Colombia



“

Los derechos fundamentales cuando se vulneran generan víctimas. Entonces, una persona afectada de su derecho a la salud, lo que es, es una víctima, y así lo atendemos desde la Defensoría.”

Defensor Regional del Pueblo

© Defensoría del Pueblo, 2025

Obra de distribución gratuita.

El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o replicar, total o parcialmente, citando la fuente.

Colombia. Defensoría del Pueblo. Medicamentos inaccesibles, Derechos Vulnerados: Un análisis con enfoque territorial en Colombia

Páginas: 104

Bogotá, D. C., 2025

Calle 55 N.º 10-32 – Sede nacional

Apartado aéreo: 24299 – Bogotá, D. C.

Código postal: 110231

PBX: (601) 314 7300 – (601) 314 4000

www.defensoria.com

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

IRIS MARÍN ORTIZ

Defensora del Pueblo

ROBERTO MOLINA PALACIOS

Vicedefensor del Pueblo

MARGARITA BARRAQUER

Secretaría General

CAROLINA VERGEL TOVAR

Directora Nacional de Promoción y Divulgación de los Derechos Humanos

LINDA MARIA CABRERA CIFUENTES

Directora Nacional de Atención y Trámite de Quejas

MONICA ALEXANDRA CRUZ OMAÑA

Directora nacional de Recursos y Acciones Judiciales

DIANA PATRICIA MENDIETA DURÁN

Defensoría Delegada para las Regiones y la Articulación Territorial en materia de Derechos Humanos y de Derecho Internacional Humanitario

BETY EUGENIA MORENO MORENO

Defensoría Delegada para Orientación y Asesoría de las Víctimas del Conflicto Armado Interno

ANDREA NATHALIA ROMERO FIGUEROA

Defensoría Delegada para la Prevención de Riesgos de Violaciones de Derechos Humanos y D.I.H.

ANA MARIA SANCHEZ GUEVARA

Defensoría Delegada para La Infancia y la Vejez

JUAN CAMILO MORALES SALAZAR

Defensoría Delegada para Asuntos Agrarios, Territorialidades y Derechos del Campesinado

LISA CRISTINA GOMEZ CAMARGO

Defensoría Delegada para Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género

ERIKA JOULIETH CASTRO BUITRAGO

Defensoría Delegada para Derechos Colectivos y del Ambiente

MILENA MARGOTH MAZABEL CUASQUER

Defensoría Delegada para Grupos Étnicos

CLAUDIA PATRICIA VACA GONZALEZ

Defensoría Delegada para Derecho a la Salud y Seguridad Social

JHON VLADIMIR MARTIN RAMOS

Defensoría Delegada para Derechos de la Población en Movilidad Humana

SERGIO ANDRES CORONADO DELGADO

Defensoría Delegada para Derechos Económicos, Sociales y Culturales

JORGE IVAN PALOMINO CASTRO

Defensoría Delegada para el Buen Futuro de las Juventudes y la Protección del Derecho al Deporte

JORGE ENRIQUE CALERO CHACON

Defensoría Delegada para la Prevención y la Transformación de la Conflictividad Social

MARIANA ARDILA TRUJILLO

Defensoría Delegada para la Justicia Transicional y el Derecho a la Paz

Coordinación y edición general

Claudia Patricia Vaca González

Carlos Andrés Sarmiento Hernández

Juanita Vahos Zambrano

Sergio Ramón Márquez Nossa

Álvaro Andrés Morales Montenegro

Luisa Fernanda Vargas Aponte

Paola Andrea Camelo Urrego

Pablo Andrés Martínez Silva

Diana Zamira Romero Criollo

Doris Adriana Martínez Peñuela

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Diana Rocío Bernal Camargo

Alejandro Escobar Gabanzo

Camillo Ernesto Torres Pastrana

Corrección de estilo

CAROLINA NORATO ANZOLA

Diseño y diagramación

Fotografías

Banco de fotos de la Defensoría del Pueblo

Este documento debe citarse así: Defensoría del Pueblo (2025).

Medicamentos inaccesibles, derechos vulnerados: Un análisis con enfoque territorial en Colombia

Contenido

Resumen ejecutivo	8
Introducción: Los medicamentos como trazadores del funcionamiento del sistema de salud y del derecho a la salud	11
Metodología del informe	14
Parte 1. La problemática de la vulneración del derecho a la salud	16
1. Antecedentes ¿Una nueva crisis o un agravamiento de las vulneraciones del derecho a la salud en Colombia?	23
1.1 Situación de las tutelas en salud	24
1.2 El riesgo de una crisis financiera	25
1.3 La ausencia o retraso en la prestación de servicios de salud que incrementa las reclamaciones	27
1.4 Las transformaciones del sistema de salud y su impacto	32
2. Factores contribuyentes a la problemática de acceso a medicamentos	35
2.1 Alteraciones de la cadena logística y del mercado farmacéutico	36
2.2 Las capacidades territoriales y el papel de los gestores farmacéuticos en la problemática	40
2.3 El sector privado en salud, el acceso a medicamentos y los derechos humanos	42
2.4 Desabastecimiento, escasez o demanda insatisfecha	43
3. La afectación social, económica y cultural de los territorios y su relación con las vulneraciones a la salud	47
4. Situación de salud en los programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)	55
Parte 2. La falta de acceso a medicamentos como indicador del derecho a la salud	52
5. Resultados de la estrategia de respuesta inmediata para la atención de problemáticas de acceso a medicamentos en Colombia	62
5.1. Los PMU como escenario de coordinación institucional para el diseño de medidas administrativas:	67
5.2. Los PMU evidenciaron una problemática multifactorial:	68
6. Vulneración del acceso a medicamentos en Colombia: Una medición del problema y sus consecuencias	74
6.1. Estimación del impacto económico para el paciente por la compra de los medicamentos no entregados	77
6.2. Impacto en el bienestar y calidad de vida de los pacientes por la no entrega de medicamentos	80

Parte 3. Conclusiones y recomendaciones	70
7. Diagnóstico del Problema: Vulneración Generalizada del Acceso a Medicamentos y del Derecho a la Salud	84
7.1. Causas directas	84
7.2. Causas indirectas	85
7.3. Consecuencias	86
8. Recomendaciones	89
8.1. Recomendaciones sobre aspectos coyunturales de la crisis actual	89
8.2. Recomendaciones desde una perspectiva estructural	93
Referencias	85

Índice de figuras

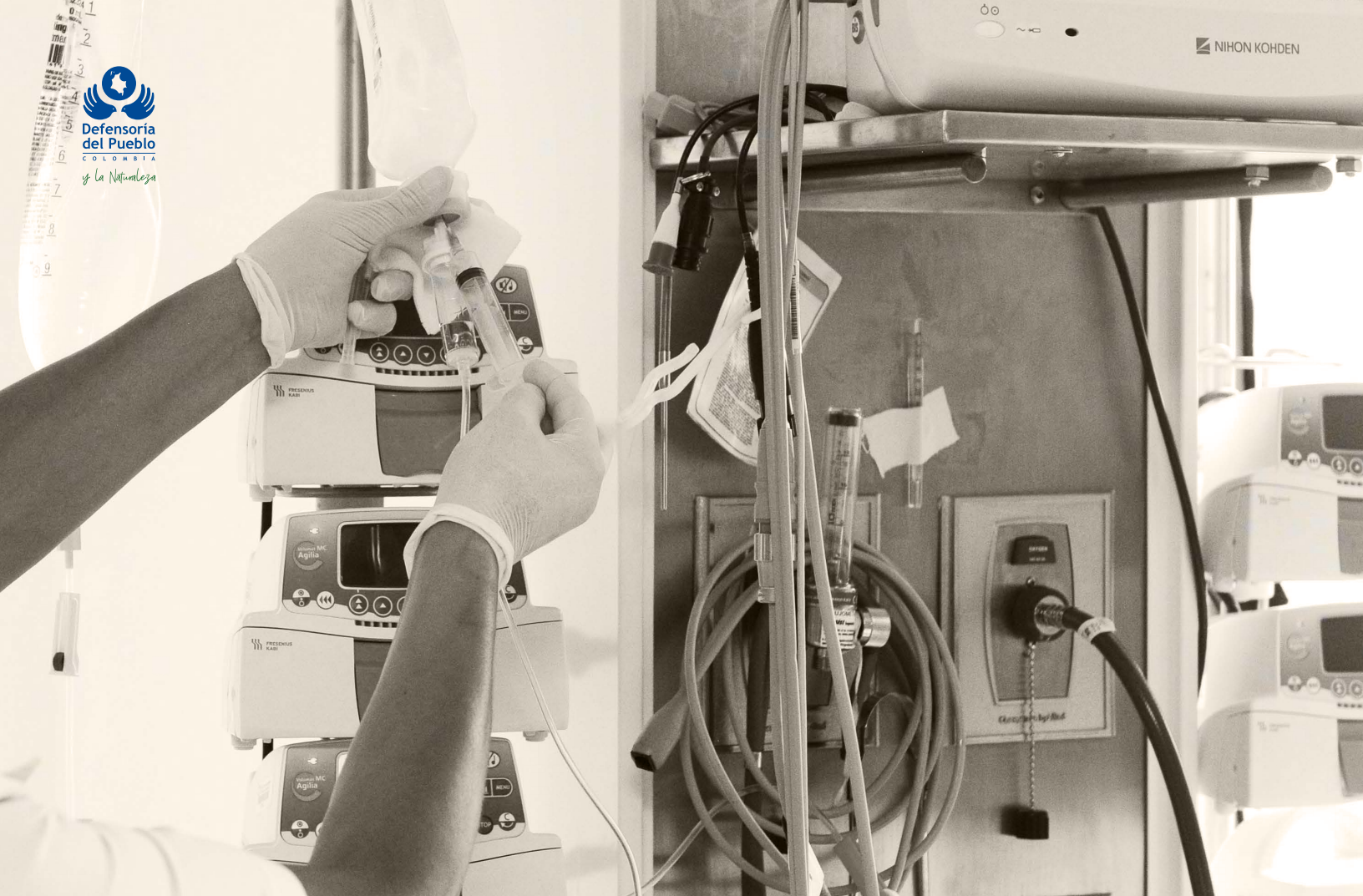
Figura 1. Situación de reclamos de medicamentos registrados ante Supersalud	29
Figura 2. Top 5 de distribución de reclamos registrados en Supersalud por medicamentos según departamento y motivo específico	30
Figura 3. Distribución territorial de quejas por presuntas vulneraciones del derecho a la salud relacionadas con medicamentos entre 2022 y 2025	32
Figura 4. Unidades promedio trimestrales entre 2022 y 2025	37
Figura 5. Distribución del mercado mensual de medicamentos [2010-2025] en canal comercial e institucional	38
Figura 6. Distribución del valor de medicamentos de alto costo por canal	38
Figura 7. Correlación entre los ingresos per cápita promedio, el IPM y el gasto de bolsillo en salud [2024]	49
Figura 8. Tasa de reclamos en salud acumulado año 2024 – Supersalud	50
Figura 9. Mortalidad infantil 2008-2023	51
Figura 10. Mortalidad materna 2008-2023	51
Figura 11. Distribución porcentual de asignaciones SGP al sector de la salud en 2023	53
Figura 12. Comportamiento acumulado de las PQRD EPSI, histórico Supersalud 2017 a 2025	57
Figura 13. Comportamiento PQRD EPSI, Supersalud año 2025 por motivo	58
Figura 14. Distribución de territorios priorizados en el marco del PMU y presencia de municipios en donde operan los PDET	63
Figura 15. Línea del tiempo de reuniones y seguimientos	65
Figura 16. Mapa de actores: Sistema solar del derecho a la salud y el acceso a medicamentos	68
Figura 17. Top 10 de medicamentos con mayor reporte de no entrega	75

Figura 18. Top de condiciones en salud donde son utilizados los medicamentos con mayor reporte de no entrega	76
Figura 19. Clasificación de principales síntomas manifestados por los pacientes tras la no entrega de los medicamentos	77
Figura 20. Proporción del ingreso por departamento necesario para cubrir el costo de tratamiento del ácido valproico, quetiapina, metformina e insulina glargina para departamentos seleccionados	80
Figura 21. Árbol de problemas de las vulneraciones del derecho a la salud]	88

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de principales gestores farmacéuticos en departamentos y EPS	42
Tabla 2. Resumen de compromisos derivados de los PMU en cada departamento donde se implementó la Estrategia de respuesta inmediata	72
Tabla 3. Descripción de costo diario de tratamiento.....	78
Tabla 4. Proporción del ingreso necesario para comprar el tratamiento por 30 días para medicamentos seleccionados	78





Resumen ejecutivo

El derecho a la salud en Colombia se enfrenta a una problemática estructural asociada con el funcionamiento y la financiación del sistema de salud que, sin ser nueva, en 2025 se ha hecho más crítica. Esta problemática se caracteriza por un incremento sostenido de barreras en el acceso y en la disponibilidad de medicamentos en todo el país, sin distinción de tipo de afiliación de los ciudadanos, y afecta especialmente a poblaciones vulnerables, zonas rurales y territorios con alta dispersión geográfica y baja conectividad.

Esta afectación se sustenta en indicadores críticos:

- Las tutelas en salud aumentaron un 34,10 por ciento entre enero de 2024 y julio de 2025.
- La tasa de reclamos de la Superintendencia Nacional aumentó un 34,2% entre 2024 y 2025 y este año registró cerca de 685.000 reclamos por medicamentos, la mayoría incluidos en el Plan de Beneficios (PBS).
- Entre 2022 y 2025, la Defensoría del Pueblo recibió cerca de 35.000 quejas relacionadas con el derecho a la salud a nivel nacional, aproximadamente 32% más que en el año 2023. Entre enero y agosto de 2025, hay cerca de 28.000 quejas radicadas.
- La Defensoría del Pueblo aplicó una encuesta de verificación del derecho al acceso a medicamentos a 3.449 personas en puntos de dispensación de todo el territorio nacional y estableció que el 90% de los encuestados no recibieron o recibieron parcialmente y con demoras sus medicamentos. El seguimiento a 1.798 de estos casos, entre uno y tres meses después de encuestados, indica que el 48% se resolvió. Se estima que las personas que

no acceden a medicamentos podrían gastar entre el 10 y más del 90% de sus ingresos, para garantizar la continuidad de sus tratamientos, tomando como referencia el índice de pobreza multidimensional.

- En 2024, las ventas de medicamentos en el canal institucional [aquel que se cubre con recursos del sistema de salud] registraron un crecimiento del 17% frente a 2022, con una reducción del 7% respecto al 2022 en las unidades vendidas. Mientras que el canal comercial incrementó las unidades vendidas en un 5% en comparación con 2022. El gasto en medicamentos crece, pero el acceso decrece.

La afectación generalizada y regresiva del derecho a la salud, medida a través de los problemas de acceso a medicamentos, resulta de una combinación de factores estructurales y coyunturales:

- La ausencia de transparencia y claridad de la información financiera de las EPS, IPS y gestores farmacéuticos y las falencias en la rendición de cuentas incrementan la desconfianza y desinformación de la ciudadanía y de todos los agentes del sistema de salud.
- El atasco de recursos y retrasos en los pagos de deudas corrientes y acumuladas entre las EPS e IPS y los gestores farmacéuticos, alteran las relaciones en la cadena de la prestación y afectan directamente la disponibilidad de medicamentos y servicios.
- La distorsión severa de la cadena logística de medicamentos, manifestada en un desplazamiento hacia establecimientos

farmacéuticos privados [canal comercial] de la venta de medicamentos de uso común e indispensables; mientras el canal institucional se responsabiliza de medicamentos de alto costo, en medio de un desorden generalizado en la entrada, la cobertura, la financiación y la provisión de los mismos.

- Las barreras administrativas y burocráticas constituyen mecanismos de exclusión que interrumpen la continuidad de tratamientos médicos.
- Las bajas capacidades en la prestación de servicios farmacéuticos en buena parte del territorio nacional y las irregularidades derivadas de cambios de gestores farmacéuticos, especialmente en las EPS intervenidas.

Ante este panorama, la Defensoría del Pueblo establece un conjunto de recomendaciones coyunturales y estructurales. Dentro de las recomendaciones coyunturales se destaca la necesidad de diseñar una estrategia de coordinación y diálogo con el sector privado para superar la falta de entrega de medicamentos y garantizar la atención primaria integral, que reconozca la importancia de la territorialización de la atención, de la sostenibilidad del sistema de salud y en consonancia con las políticas de soberanía sanitaria.

Por otro lado, se propone crear mecanismos de seguimiento periódico a la dispensación en el nivel territorial, reducir barreras administrativas y fortalecer tanto la rectoría y gobernanza, como la vigilancia sobre decisiones que pongan en riesgo la cadena de suministro de medicamentos y de

prestación de servicios. Respecto del problema de acceso a medicamentos de alto costo y para enfermedades huérfanas, este implica un abordaje independiente con una coordinación institucional más robusta, para superar el desorden en la entrada al mercado de los medicamentos y preferir la selección de centros de excelencia integrados a redes de prestación de servicios, a la vez que transformar la forma como se financian estos medicamentos.

Este documento se considera un documento vivo, con seguimiento territorial a mediano y largo plazo, a través de un tablero de indicadores que permita mitigar los problemas de disponibilidad y acceso a medicamentos y a servicios de salud. Además, hace parte de la doctrina e investigación que la Defensoría del Pueblo construye sobre el sistema general de seguridad social en salud y a la cual dará continuidad con la realización del estudio de tutelas, integrando los hallazgos de este informe e implementando un énfasis de determinantes de la judicialización en salud, y un análisis integral de la jurisprudencia en la materia y la protección de las acciones judiciales como una herramienta fundamental de protección de los derechos ciudadanos.

Sobre las recomendaciones estructurales, la Defensoría del Pueblo establece la necesidad de una reforma al sistema de salud consensuada, en cumplimiento a las recomendaciones que recientemente ha formulado el Comité DESC en salud, respecto de la necesidad de una reforma integral con garantías de suficiencia presupuestaria, atendiendo a la progresividad del derecho, la inclusión de sujetos de especial

protección, la eficiencia en el deber de fiscalización del Estado, los enfoques territoriales y la salud mental.

A su vez, llama la atención sobre la necesidad de avanzar en un sistema de salud que incorpore enfoques diferenciales (de género, étnico y rural y sobre salud mental) para una salud integral. Y, de otro lado, se destaca la necesidad de resolver las débiles capacidades de gestión y vigilancia en el nivel territorial a través del diseño de competencias y la disposición de recursos en

el nivel descentralizado para la financiación en salud.

Finalmente hay que destacar que el enfoque de las propuestas se alinea con las recomendaciones del Informe del Examen Periódico Universal (EPU) 2023 para Colombia, que destaca la necesidad de nuevas medidas en relación con el derecho a lograr servicios de salud equitativos y no discriminatorios, especialmente para territorios remotos y con alta ruralidad, a fin de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.



Introducción:

Los medicamentos como
trazadores del funcionamiento
del sistema de salud y del
derecho a la salud

“

No hay medicamentos. El paciente va a reclamar medicamentos, pero como no hay, el paciente se desestabiliza. ¿Qué pasa con ese paciente desestabilizado? Va a dar a urgencias [...]. ¿Qué pasa con ese paciente que está en urgencias? Pasa a cuidados intensivos y de cuidados intensivos, ¿a dónde pasa? A la tumba. Y eso está pasando acá en el departamento. Por favor, ayúdenos”.

Representante de usuarios de una EPS intervenida en el Eje Cafetero.

La Constitución Política de Colombia de 1991, en sus artículos 2 y 49, establece que el Estado tiene, entre sus fines esenciales, la promoción de la prosperidad general y la efectividad de los derechos, y, más específicamente, establece el deber de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación en salud. A su vez, el derecho fundamental a la salud en Colombia, reconocido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, establece que toda la población colombiana tiene derecho a acceder a los servicios y tecnologías de salud necesarias para una atención integral, oportuna y de calidad, independientemente de las condiciones sociodemográficas, epidemiológicas o de aseguramiento de los ciudadanos [Congreso de Colombia, 2015].

El acceso a medicamentos funciona como un indicador y un trazador, longitudinal y transversal, del derecho a la salud y del funcionamiento de un sistema de salud. Es longitudinal porque los medicamentos pueden utilizarse en el manejo o tratamiento de problemas de salud de cualquier persona que requieran atención en salud, a lo largo del curso de vida. Es transversal porque debe garantizarse que todas las entidades e instituciones que participan del sistema de salud [aseguramiento, regulación, financiamiento, prestación y vigilancia y control] brinden el acceso a medicamentos, cuando estos se necesiten, en condiciones de eficiencia y uso razonado.

A su vez, para algunas patologías, los medicamentos son un factor determinante de la evolución favorable y del control de cualquier enfermedad o condición. En enfermedades

como la diabetes, en la que se requiere el uso de insulina, la hipertensión arterial o en ciertos tipos de cáncer, los medicamentos son además esenciales para evitar futuras complicaciones, garantizar el derecho a una vida digna y mejorar la calidad de vida de quienes las padecen, junto a otras intervenciones, incluidos los determinantes sociales. Por estas razones, el acceso a los medicamentos que cuentan con evidencia de un beneficio claramente comprobado se considera parte esencial del derecho a la salud e, incluso, a nivel internacional se discute la necesidad de que se considere como un derecho autónomo [Consejo de Derechos Humanos, 2019].

La situación de acceso y entrega oportuna de medicamentos en el país ha sido fluctuante. En el año 2008, del total de personas atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] de Colombia, el 37% no recibió o recibió de manera incompleta las medicinas prescritas. En 2011, esta cifra disminuyó al 32,5% [Consejo Nacional de Política Económica y Social & Departamento Nacional de Planeación, 2012] y, para el año 2021, según el estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS, se estableció que, en más del 20% de los casos, las personas no recibieron los medicamentos la primera vez que fueron a reclamarlos [Ministerio de Salud y Protección Social, 2021].

Tres años después, en 2024, la Encuesta de Calidad de Vida del DANE estableció que cerca del 40% de los encuestados no pudieron acceder o accedieron parcialmente a sus medicamentos. Si bien estas mediciones utilizan metodologías distintas, la encuesta del DANE, que utiliza una

muestra nacional representativa, evidencia un deterioro relevante en el acceso a medicamentos en los últimos años. Los datos de 2024 revelan, dentro de las principales razones de no acceso a sus tratamientos, la falta de disponibilidad, en contraste con datos del 2012 en donde la principal razón era la existencia de barreras administrativas al acceso y la falta de inclusión dentro del Plan Obligatorio de Salud [POS], ahora llamado Plan de Beneficios en Salud [DANE, 2013, 2025a].

Estas cifras, en primer lugar, reflejarían la existencia de problemas de accesibilidad y disponibilidad (escasez, demanda insatisfecha y desabastecimiento), que se han presentado de forma crónica en el país. Segundo, obedecen a los problemas de flujo de recursos financieros que alteran gravemente la cadena logística entre laboratorios farmacéuticos, EPS, IPS, gestores farmacéuticos y operadores logísticos. Y, tercero, dan cuenta de los pulsos, tensiones e incertidumbres derivados de la discusión del Proyecto de Ley nro. 312 /24C-410/25S¹, que se encuentra en trámite en el Congreso de la República, y de otras transformaciones en marcha. Desde inicios de 2025, al menos 20 de las 42 regionales de la Defensoría del Pueblo, han reportado dificultades en el acceso y disponibilidad de medicamentos y tecnologías sanitarias. Esta escasez genera retrasos en los tratamientos y causan, incluso, que los pacientes deban desplazarse largas distancias para conseguir sus medicamentos, o recurrir a servicios de urgencias por descompensación o agravamiento de la enfermedad, causando congestión hospitalaria.

¹ Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.

En respuesta a esta situación, la Defensoría del Pueblo, con el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la ADRES y otras entidades del nivel nacional, impulsó la estrategia de respuesta inmediata para atender la problemática de acceso a medicamentos y a otros servicios de salud [Puestos de Mando Unificados en Salud -PMU-]. La estrategia incluye una metodología orientada a identificar los problemas de acceso a servicios, y a medicamentos, a mejorar la resolutiveidad de los casos de falta de atención, y a establecer espacios de concertación entre los actores del sistema de salud (hospitales, EPS, gestores farmacéuticos, organismos de control y entidades gubernamentales del nivel nacional y local), para actuar sobre las causas que complican la atención oportuna. En estos espacios, se promueve la participación de veedores, organizaciones de la sociedad civil, acompañados por la conferencia episcopal y agremiaciones médicas.

En este contexto, este informe tiene como objetivo analizar las vulneraciones al derecho a la salud, tomando como indicador y como trazador los problemas de acceso a los medicamentos, con un enfoque territorial, en medio de los cambios que el sistema de salud ha experimentado en los últimos dos años. El análisis utiliza la información en salud disponible en fuentes oficiales e información recolectada en el marco de los PMU en 16 departamentos del país y 18 regionales de la Defensoría del Pueblo, para atender y dar seguimiento a la problemática mencionada.

La investigación realizada se presenta en tres apartados. En el primero, se realiza una descripción

de los antecedentes y problemática de acceso a medicamentos, enfocándose en la situación a nivel territorial, étnico y rural. En el segundo, se presentan los resultados y hallazgos de los PMU y de la aplicación de los instrumentos aplicados por todas las regionales de la Defensoría del Pueblo

para verificar el acceso a los medicamentos, así como las barreras que enfrentan las personas para acceder a sus tratamientos. Finalmente, en el tercero se ofrecen las recomendaciones para la búsqueda de una protección efectiva del derecho a la salud en el marco de la situación actual.



Metodología del informe

“

Gracias por escucharnos,
eso es defender el pueblo”.

Paciente en un PMU en el sur del país.

El presente informe defensorial se construyó a partir del análisis de dos niveles de información. El primero lo constituye la descripción y cruce de datos disponibles en tableros de seguimiento e informes públicos de entidades de carácter nacional, como el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), la Corte Constitucional de Colombia, la Contraloría de la República, la Procuraduría General de la Nación (PGN), el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la Administradora de Recursos en salud (ADRES), la información de Quejas, Trámites y Atenciones y de las tutelas radicadas ante la Defensoría del Pueblo, y fuentes bibliográficas.

El segundo nivel proviene de los resultados y datos recuperados en el marco de la estrategia de PMU. La metodología de los PMU parte de convocatorias a las autoridades y las instituciones del orden local y nacional, del diagnóstico de la problemática relacionada con el derecho al acceso a medicamentos y a los servicios de salud, y de las principales causas. Esto ha llevado en todas las sesiones a establecer planes y compromisos de solución, con el establecimiento de cronogramas de seguimiento detallado a 90 días, con cortes quincenales de balance y acompañamiento.

Con base en esta información, se realizó un análisis cualitativo que incluyó una revisión documental de las relatorías de las reuniones, los registros de compromisos interinstitucionales, los relatos y las declaraciones. De esta forma, se pudo realizar una reconstrucción narrativa de las afectaciones e impactos al derecho a la salud en el nivel territorial y en conexión con otros derechos.

El trabajo de las mesas de PMU se complementó, desde el mes de junio de 2025, con un instrumento de verificación de derechos en formato de encuesta, dirigido a las personas presentes en los puntos de dispensación de medicamentos de los gestores farmacéuticos que operan en el territorio nacional. El instrumento fue aplicado en las 42 regionales de la Defensoría del Pueblo, con una cobertura de la totalidad de los departamentos del país, para caracterizar la falta de oportunidad o negación en la entrega de medicamentos, las barreras y las consecuencias de estas barreras sobre el bienestar de las personas. Se realizó un análisis cuantitativo de los datos utilizando medidas y gráficos de frecuencia para identificar las poblaciones y territorios afectados, las EPS, los gestores farmacéuticos y los medicamentos que no se entregaban. A partir de los resultados de la encuesta, se realizó una estimación con enfoque mixto [cualitativa y cuantitativa] de los efectos de esta situación para las poblaciones, en términos económicos, de salud y de bienestar, impactando el ejercicio.

El presente informe incluye una desagregación a nivel departamental, priorizando el análisis de los territorios donde operan los PMU: Caldas, Risaralda, Quindío, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Bolívar, Sucre, Córdoba, Boyacá, Valle del Cauca, Nariño, Chocó, Santander, Norte de Santander, Guainía, Putumayo, Vaupés y Vichada. A su vez, presenta un análisis en territorios con concentración de población étnica y rurales y rurales dispersos. El documento no realiza un análisis específico sobre atención en salud de personas privadas de la libertad, ni de la población con condición

de discapacidad o capacidades diversas, puesto que, dada la relevancia y protección específica que requieren, estos grupos son abordados en estrategias específicas impulsadas desde la Defensoría del Pueblo ².

² Decálogo de la Defensoría del Pueblo: https://www.defensoria.gov.co/documents/20123/3046744/Decalogo_DP-Iris-Marin.pdf/5393864f-e3e7-36a2-b507-2826ba3d6388?t=1733329418643



Parte 1.

La problemática de la
vulneración del derecho
a la salud

“

Es una bola de nieve que no se va a detener y se lleva por delante a pacientes y hospitales.”

Funcionaria de Secretaría de Salud Municipal (Norte del país)

1. Antecedentes

¿Una nueva crisis o un agravamiento de las vulneraciones del derecho a la salud en Colombia?

“

No hay norte, no hay respuesta. Todo es responsabilidad de la línea central; todo es responsabilidad jurídica nacional; todo es responsabilidad de la intervención; y entonces para el territorio no hay respuesta. Mi conclusión hoy para este PMU es que la salud en este departamento está de rodillas, la tenemos de rodillas, señora Defensora”.

Delegado de la Personería en un municipio del Eje Cafetero.

El derecho a la salud es un derecho interdependiente de otros derechos humanos, es decir, que solo puede realizarse si existe una articulación entre ellos. No responde solamente a la disponibilidad de hospitales, tecnologías médicas y medicamentos. Implica también el acceso al agua potable, vivienda digna, alimentación suficiente y saludable, saneamiento básico, trabajo, educación, información y participación. El núcleo fundamental del derecho a la salud consiste en la posibilidad de que todas las personas, sin discriminación, puedan disfrutar del más alto nivel posible de bienestar físico y mental, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y el final de la vida digna, de manera integral y progresiva, y que pueda ser reclamado judicialmente, cuando su acceso efectivo se vea vulnerado [Comité DECS, 2000; Congreso de Colombia, 2015; Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016; Organización Mundial de la Salud, 2014].

Sin embargo, el funcionamiento del sistema de salud presenta fallas estructurales que ocasionan desigualdad en el acceso, barreras administrativas y falta de un enfoque integral y territorial para atender las necesidades de las poblaciones más vulnerables [Sarmiento Hernández et al., 2023]. Estas situaciones se evidencian a través de la jurisprudencia, informes defensoriales, investigaciones académicas, gubernamentales y legislativas.

Así, la Defensoría del Pueblo ha afirmado que el estado actual del sistema de salud no es compatible con el goce efectivo del derecho a la salud. Además, se ha señalado que, con o

sin reforma legal, deben tomarse medidas que permitan resolver las problemáticas del sistema que conllevan afectaciones graves y masivas a la garantía del derecho a la salud en Colombia [Defensoría del Pueblo, 2025a].

A pesar de los avances en los indicadores de salud pública de los últimos treinta años en el Sistema de Salud Colombiano [Defensoría del Pueblo, 2025c], existe una clara inequidad en el acceso a la atención en salud, particularmente de la población rural y de la periferia del país y de las grandes ciudades, derivada de barreras geográficas, sociales, culturales y económicas. Entre los años 2014 y 2021, cerca del 43% de la población afiliada al SGSSS, tanto en áreas urbanas como rurales, percibió una dificultad en el acceso a los servicios de salud [Ministerio de Salud y Protección Social, 2021]

1.1 Situación de las tutelas en salud

Las ineficiencias y fallas en la regulación del Sistema han ocasionado una violación generalizada y persistente del derecho fundamental a la salud y a sus características fundamentales [Corte Constitucional de Colombia, 2008]. Esta situación se ha visto reflejada, por ejemplo, con el incremento anual de las tutelas que son radicadas a la Corte Constitucional, en donde se manifiesta la negación, calidad deficiente y existencia de barreras para la atención y prestación de los servicios. Para el año 2024, las tutelas en salud aumentaron un 34,10% respecto al año 2023 y un 26,47% entre el 2023 y 2022 [Corte Constitucional de Colombia, 2025c].

Asimismo, en cuanto a las solicitudes de tutela interpuestas o acompañadas por la Defensoría del Pueblo, se han recibido 18.451 casos entre enero y agosto de 2025, en donde se solicita la protección del derecho a la salud. De estas solicitudes de acción de tutela, el 24% está relacionado con la negación de la entrega o el acceso a medicamentos esenciales. Los departamentos con mayores casos registrados son Quindío (14%), Caldas (12%) y Antioquia (8%) [Defensoría del Pueblo & Directora Nacional de Recursos y Acciones Judiciales, 2025].

El uso masivo de la tutela es un indicador de las fallas del funcionamiento y distorsiones del sistema de salud, pues implica que, en el ejercicio del derecho a la salud, no se está asegurando que los servicios se presten con oportunidad y calidad [Defensoría del Pueblo, Defensoría Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social, 2023], forzando a los usuarios a buscar apoyo desde lo judicial para acceder a ellos. Así lo ha resaltado la Corte Constitucional desde el año 2008, a través de la Sentencia T-760, en donde se reconocen las fallas estructurales del sistema de salud y se ordena a todos los actores del SGSSS adoptar medidas y planes de contingencia para corregir estas falencias [Corte Constitucional de Colombia, 2008].

La Corte Constitucional ha emitido un conjunto de autos que buscan dar seguimiento a lo estipulado por la sentencia T-760. Si bien este seguimiento se ha realizado juiciosamente desde el año 2008, en el periodo entre 2022 a 2025 la Corte Constitucional ha publicado con mayor frecuencia

autos específicos³, en los cuales alerta sobre cómo las decisiones del gobierno actual podrían implicar cumplimientos bajos o generalizados de la sentencia y, por lo tanto, vulnerar directamente el goce efectivo del derecho a la salud.

1.2 El riesgo de una crisis financiera

Durante el último año, se ha hecho más evidente el acumulado de deudas de las EPS con laboratorios, distribuidores, hospitales, gestores farmacéuticos e IPS. Los montos alcanzan cifras críticas en distintos departamentos: en Nariño, las EPS deben más de 74.000 millones a gestores farmacéuticos y 88.931 millones a las IPS [Defensoría del Pueblo, 2025e]; en el Chocó, la deuda con los principales hospitales públicos supera los 40.000 millones [ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís, 2025; Hospital Ismael Roldán, 2025]; y, en Vaupés, tan solo Nueva EPS adeuda cerca de 28.000 millones de pesos al Hospital departamental [ESE Hospital San Antonio, 2025].

Aunque MinSalud y la ADRES señalan que existen recursos suficientes [ADRES, 2025], los actores del sistema cuestionan que la Unidad de Pago por Capitación [UPC] no cubre ni las obligaciones pendientes, ni las necesidades reales de salud de la población [Soleibe Mejía, 2024]. Al respecto, en

³ Por ejemplo: **Auto 999/22**: mediante el cual la sala evaluó los cronogramas remitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en atención a lo ordenado en el auto 584 de 2022. **Auto 1174/25**, Declaró el nivel de cumplimiento bajo respecto de lo ordenado en el Auto 2882 de 2023 concerniente al componente de flujo oportuno en el sistema de salud de la orden vigésima cuarta de la sentencia T-760 de 2008, en relación con la fluidez del dinero con más agilidad, la mitigación del desabastecimiento de los medicamentos, la ejecución de recursos aprobados en el marco del APF y la entrega de informes cuatrimestrales. **Declaró** el nivel de cumplimiento medio del componente flujo oportuno en el sistema de salud de la orden vigésima cuarta de la sentencia T-760 de 2008 solo sobre el saneamiento de la cartera de Acuerdo de Punto Final en el régimen subsidiado.

enero de 2025, la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional emitió el Auto 007⁴. En el auto se analizó el cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la Sentencia T-760, referentes a lograr la unificación de planes de beneficios, con inclusión de prioridades poblacionales y sostenibilidad financiera para la UPC, con especial énfasis en el análisis de suficiencia para el año 2024.

La Sala declaró el incumplimiento general en relación con la suficiencia de la UPC, al considerar que: i) no se han implementado herramientas de contraste y verificación de datos de las EPS contra fuentes independientes; ii) existen graves desacuerdos en las frecuencias de uso, especialmente luego de la pandemia por COVID-19; iii) el proceso de validación de los datos allegados por las EPS no permitió contar con información representativa de entidades y afiliados al sistema; y iv) el proceso de determinación de la UPC del régimen subsidiado no contó con información de EPS del régimen, y consideró únicamente, como insumo, los datos de facturación de entidades públicas [ESE].

Como producto de estas consideraciones, la Sala ordenó al MinSalud la conformación de mesas de trabajo para revisar la UPC 2024 y reajustar la metodología del cálculo que tuviese en cuenta la inclusión de tecnologías, procedimientos, y la inclusión de ajustadores de riesgo ex post [Corte Constitucional de Colombia, 2025a]. El argumento de fondo en esta providencia es que la existencia de información confiable, validada y contrastada en materia del cálculo de la UPC

es responsabilidad de la administración pública, ante lo cual es la misma administración quien tiene la obligación de aplicar los correctivos para garantizar un proceso de asignación de recursos que se ajuste a los criterios que la jurisprudencia constitucional ha desarrollado desde 2008.

Un análisis realizado entre 2019 y el primer semestre de 2025 sobre la situación financiera de las EPS en Colombia reporta pérdidas en el patrimonio en cerca de 11,4 billones de pesos. En este estudio, se concluye que los resultados negativos de la gestión financiera de las EPS representan una crisis estructural de sostenibilidad y estabilidad del SGSSS [Así Vamos en Salud, 2025].

Asimismo, un informe realizado por la Contraloría de la República, sobre la situación de la Nueva EPS encontró que la gestión fiscal de dicha aseguradora presentaba graves deficiencias estructurales que comprometen su transparencia, solvencia y sostenibilidad. Entre ellas, destaca el endeudamiento elevado y descontrolado, tanto por anticipos como por facturas pendientes; la falta de control y eficiencia administrativa, evidenciadas en duplicaciones, retrasos y desorganización en la facturación; la inadecuada documentación contractual y registros financieros, lo que limita el control y la vigilancia; y reservas técnicas subestimadas, con un enorme impacto en la capacidad real de afrontar sus obligaciones [Muñoz, A, 2025]. Recientemente, se han anunciado hallazgos por el crecimiento inusitado de anticipos pendientes por legalizar, que para junio de 2025 suman cerca de 15 billones [Quinceno, 2025].

⁴ Corte Constitucional. Auto 007 de 23 de enero de 2025. Magistrado Sustanciador: José Francisco Reyes Cuartas. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a007-25.htm>

Por otra parte, un análisis realizado por la misma Contraloría durante el año 2020 encontró que la gestión fiscal ejecutada por veinticuatro EPS habilitadas en Colombia no cumple con los principios de legalidad, eficiencia, economía y eficacia. Además, detectó el uso de los recursos de UPC de vigencias actuales para cubrir deudas de vigencias previas, contraviniendo la destinación específica de estos fondos. Esto implicó un desvío de más de \$5,4 billones de pesos en 2020 [Contraloría General de la República, 2024].

No obstante, la Procuraduría General de la Nación, en comunicación del 27 de agosto de 2024, indicó desacuerdo por parte del equipo auditor de la Contraloría respecto a este concepto. La Procuraduría indicó, según su interpretación de las normas que rigen el presupuesto general de la nación, que no es aplicable el principio de anualidad del presupuesto a los recursos que maneja la ADRES. En esta lectura por parte de la PGN, se entiende que la aplicación del Decreto 111 de 1996 no puede ser extendida a recursos que se giran a las EPS, dado que dichas entidades no hacen parte de los niveles de cobertura del presupuesto [Procuraduría General de la Nación, 2025]. Aun así, el Decreto 2265 de 2017 indica que los recursos de ADRES deben ser presupuestados en la sección correspondiente al MinSalud.

Al margen de cuál sea la interpretación adecuada del principio de anualidad, queda claro que existen interrogantes al interior del sistema de salud acerca de cómo debe darse la administración de los recursos, y hasta qué punto estos dineros deben seguir o no los parámetros que le son aplicados al presupuesto que se

maneja por parte de entidades públicas. Como resultado de esta diferencia interpretativa, existe hoy un cierto estado de inseguridad jurídica que, sumado al nivel de desconfianza entre los múltiples actores, crea una tormenta perfecta cuyo efecto inmediato es el bloqueo en el flujo de recursos del sistema. Este es un problema mayor, dado que la garantía de la financiación de un sistema de salud representa a su vez la garantía del derecho al acceso a servicios de salud de la población asegurada en términos de equidad, oportunidad y justicia.

1.3 La ausencia o retraso en la prestación de servicios de salud que incrementa las reclamaciones

Esta problemática incrementa el sufrimiento y la desesperación de millones de pacientes, quienes, a la fecha, no han encontrado resolución suficiente a sus solicitudes para el acceso a atenciones médicas, traslados, procedimientos médicos e incluso continuidad en sus tratamientos farmacológicos [Defensoría del Pueblo, 2025e]. En consecuencia, durante el año 2025 se han activado las alertas desde diferentes instituciones a nivel nacional y regional para abordar y mitigar la situación.

Ejemplos críticos se presentan en Sucre, donde los 23 municipios registran problemas de suministro; en el departamento de Nariño, donde para el mes de abril de 2025 existían reportes de 32.000 fórmulas pendientes y 2,29 millones de unidades farmacéuticas no entregadas; en la regional de Bolívar, donde la ciudad de Cartagena concentra cerca de 60.000 quejas, lo que la ubica como

la sexta ciudad del país con mayor número de reclamos relacionados con medicamentos; y en Manizales [Caldas], donde, para enero de 2025, se reportaron cerca de 140.000 medicamentos pendientes de entrega. Estos hallazgos dan cuenta de la creación de barreras para la prestación de servicios de salud, especialmente en áreas rurales y en poblaciones vulnerables (Defensoría del Pueblo, 2025b).

Sobre esta agudización de la problemática, a través del Auto 559 del 29 de abril⁵, la Corte Constitucional analizó treinta acciones de tutela interpuestas por personas que reclamaban el suministro oportuno y continuo de medicamentos, tras enfrentar interrupciones por desabastecimiento, falta de disponibilidad o cambios en la presentación de los medicamentos. De las decisiones de instancia, dieciocho concedieron la entrega inmediata, ocho lo hicieron parcialmente y cuatro la negaron o declararon improcedente por hecho superado. Con fundamento en la apariencia de buen derecho [integralidad, continuidad y oportunidad del derecho], el riesgo grave para la vida y la integridad por la suspensión de tratamientos y la ausencia de carga desproporcionada para los actores del sistema, la Corte adoptó medidas provisionales urgentes.

Estas medidas ordenaron la entrega del medicamento pendiente en un máximo de 48 horas [a domicilio o punto habitual], la programación de las siguientes entregas con fecha cierta y la entrega de nuevas prescripciones con al menos 72 horas de anticipación al

agotamiento de la formulación anterior. En caso de desabastecimiento informado por el Invima, se ordenó valoración médica de bioequivalencia cinco días antes y suministro del sustituto en 48 horas tras la prescripción. Para el seguimiento, la Corte activó a la Procuraduría, a la Defensoría del Pueblo y a la Supersalud, quienes deben acompañar y supervisar el cumplimiento con informes mensuales. Además, remitió el expediente a la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 para un abordaje estructural (Corte Constitucional de Colombia, 2025b).

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Supersalud, los reclamos en salud han mostrado una tendencia creciente en los últimos años. Solo en el mes de junio de 2025, se han recibido aproximadamente 154.000 reclamos contra EPS, lo que equivale a un promedio diario de 5.200 reclamaciones. Esto representa un incremento del 29% frente al mismo mes de 2024. La tasa de reclamos acumulada en los últimos 12 meses [julio 2024 a junio 2025] se situó en 385,81 por cada 10.000 afiliados, con un aumento del 34,2% respecto al año anterior (Supersalud, 2025a). El principal motivo de los reclamos registrados consiste en la negación de acceso a tecnologías o servicios de salud.

Específicamente en medicamentos, los registros de Supersalud indican que entre enero de 2024 y julio de 2025 se recibieron alrededor de 685.000 reclamos (Ver figura 1), con un promedio diario de 1.600. La mayoría corresponde a medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios (PBS) que no son entregados o se entregan de manera

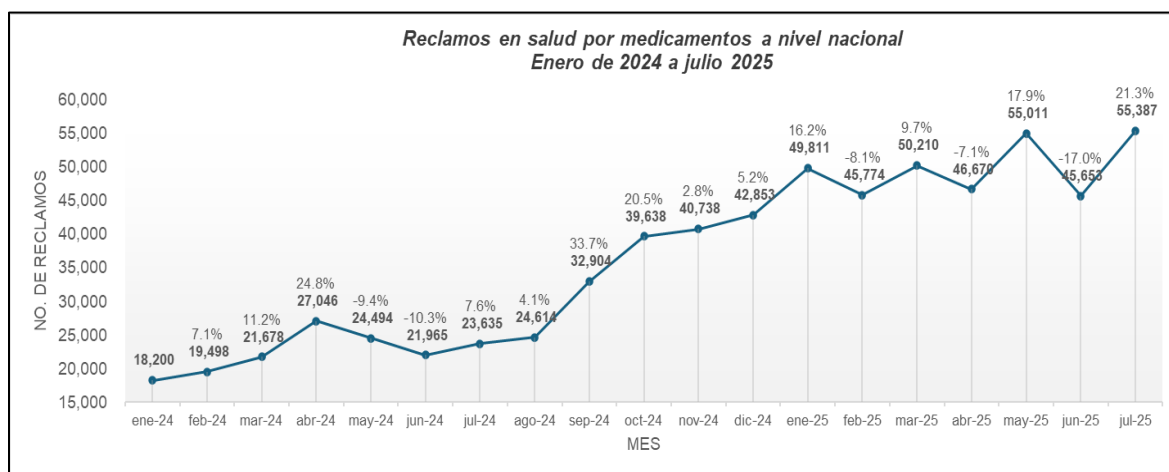
⁵ Corte Constitucional. Auto 559 de 29 de abril de 2025. Magistrado Sustanciador: Juan Carlos Cortés González. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a559-25.htm>

incompleta. Esta situación es regresiva en relación con los hallazgos previos de las encuestas de calidad de vida [ECV] realizadas por el DANE, en las que predominaban las autorizaciones de los medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios [DANE, 2013].

Ahora bien, aunque la Supersalud señala que cerca del 90% de los reclamos por medicamentos se encuentran cerrados, esto no garantiza que los pacientes hayan recibido efectivamente los

medicamentos faltantes, ni que la situación no se repita en el futuro. Esto se debe a que, en ejercicio de sus funciones, la Supersalud recibe los reclamos de los usuarios y los traslada en línea a las entidades responsables del aseguramiento [entre ellas las EPS]. Estas entidades son las encargadas de dar respuesta y cierre a los casos, conforme al tipo de riesgo, tal como lo establece el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y las Circulares 047 de 2007, 008 de 2018 y 2023151000000010-5 de 2023.

Figura 1. Situación de reclamos de medicamentos registrados ante Supersalud

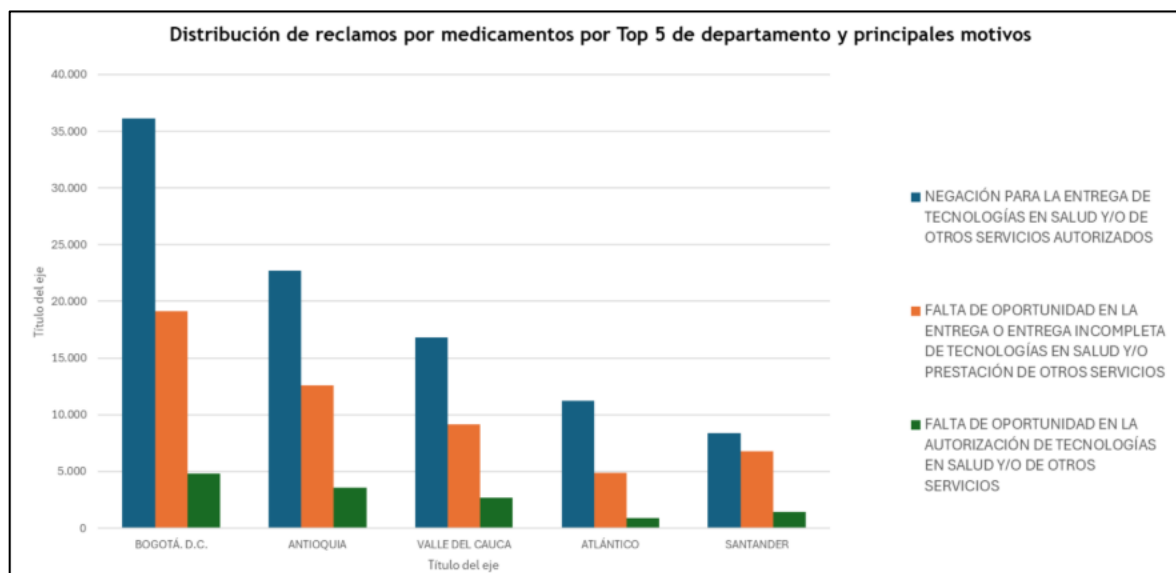


Fuente: Repositorio AnálSalud. Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2025a)

Para el año 2025, la figura 2 describe el top 5 de distribución de los reclamos relacionados con medicamentos por departamentos y desagregados según el motivo de la reclamación.

En este caso persisten como principales situaciones la negación y la falta de oportunidad o entrega incompleta de medicamentos.

Figura 2. Top 5 de distribución de reclamos registrados en Supersalud por medicamentos según departamento y motivo específico



Fuente: Repositorio AnaliSalud. Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2025a)

Adicionalmente, entre enero de 2024 y agosto de 2025, se registraron 42.019 quejas de usuarios relacionadas con problemáticas en los servicios de transporte, alojamiento y alimentación. El principal motivo de estos reclamos fue la falta de oportunidad en la autorización [46%], seguido por la entrega tardía o incompleta de estos servicios [27%]. A nivel territorial, las mayores concentraciones de estos casos se presentaron en los departamentos de Santander [9,6%], Valle del Cauca [7,9] y Antioquia [6,9%].

Es importante considerar que la presentación de reclamos está condicionada por diversos factores internos y externos. Entre los internos se destacan la capacidad instalada y el recurso humano disponible en los canales de atención; por ejemplo, la distribución geográfica de los

puntos de atención, los horarios de atención, así como los niveles de servicio en los canales telefónicos (tiempos de espera, abandono de la llamada, entre otros). Por su parte, los factores externos incluyen el nivel de conocimiento de los usuarios sobre su derecho a reclamar ante la Supersalud, junto con una adecuada sensibilidad organizacional ante los usuarios de la existencia de estos mecanismos. También influyen las condiciones socioeconómicas y territoriales, como el nivel de pobreza, el nivel educativo, la residencia en zonas remotas, la falta de acceso a tecnologías de la información y las barreras económicas para desplazarse.

Asimismo, el régimen de afiliación (contributivo o subsidiado) condiciona la frecuencia y tipo de reclamos. La cultura de la queja (particularmente

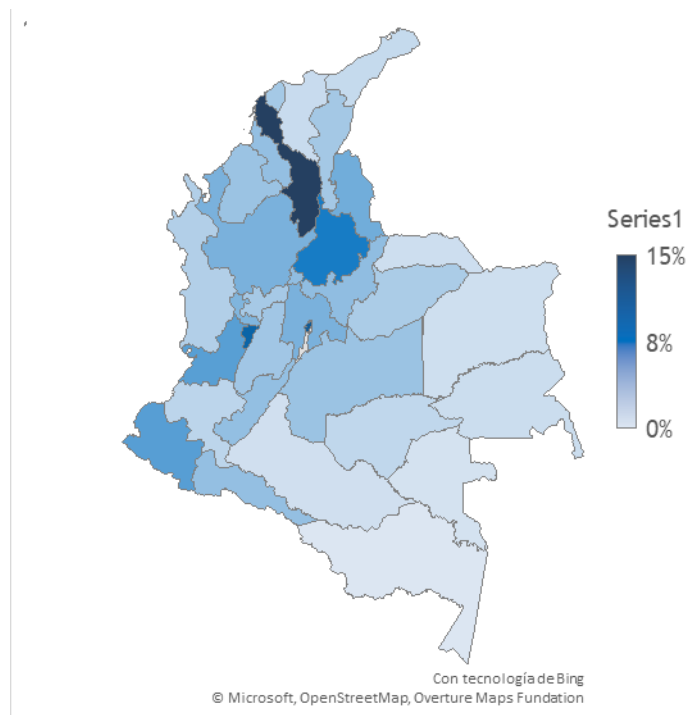
en el régimen subsidiado] suele manifestarse en el desconocimiento de derechos y en la minimización del reclamo, pues los usuarios no suelen sentirse plenamente legitimados para exigirlos [Arrieta Flórez et al., 2018]. Estos factores hacen que las ciudades principales de Colombia, como Bogotá, Medellín y Cali, en donde la población tiende a contar con mayor conocimiento y acceso a las herramientas para la presentación de los reclamos, sean aquellas con mayor frecuencia de reporte.

Al interior de la Defensoría del Pueblo, en el marco de sus funciones de protección a las vulneraciones del Derecho a Salud y Seguridad Social, se ha identificado un incremento constante en las quejas y peticiones relacionadas con la vulneración del derecho a la salud. Entre 2022 y 2025, se han recibido un total de 107.000 casos en el periodo. En el 2024, se radicaron cerca de 35.000 quejas a nivel nacional, aproximadamente 32% más que en el año 2023. Entre enero y agosto de 2025, ya hay cerca de 28.000 quejas radicadas relacionadas con el derecho a la salud [Defensoría del Pueblo, 2025b].

Cerca del 25% de las quejas y peticiones recibidas entre 2022 y 2025 se relacionan con barreras en los servicios de salud, específicamente, respecto de la asignación de citas médicas especializada o general. Esto va seguido de falta de oportunidad en otros servicios con un 21% y problemáticas derivadas por falta de oportunidad, así como de la negación en la entrega o entrega incompleta de medicamentos, también con un 21% de participación. Los principales actores a quienes se les atribuyen las quejas y reclamos son las EPS y las IPS.

Entre los años 2022 y 2025, el departamento de Bolívar concentra el mayor número de quejas por vulneración al derecho a la salud, con 3.408 registros, lo que representa el 15,39% del total. Le sigue Bogotá, con 2.490 peticiones (11,24%). Quindío ocupa el tercer lugar con 2.148 peticiones (9,70%), seguido por Santander, con 1.528 peticiones (6,90%), Nariño, con 1.036 registros (4,68%) y Valle del Cauca, con 1.025 quejas registradas (4,63%). Estos seis departamentos en conjunto acumulan más de la mitad de las quejas (52%) por vulneración al derecho a la salud presentadas a la Defensoría del Pueblo [Ver figura 3].

Figura 3. Distribución territorial de quejas por presuntas vulneraciones del derecho a la salud relacionadas con medicamentos entre 2022 y 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas. Defensoría del Pueblo. Fecha de corte: 26 de agosto de 2025.

Estas cifras y hechos sugieren un deterioro en la disponibilidad de servicios de salud en los últimos dos años, a la vez que un deterioro de la confianza de la ciudadanía en las instituciones y mecanismos de atención. Por ejemplo, los resultados de la encuesta de pobreza multidimensional del DANE evidencian que durante 2024 se observó un aumento del 16,5% en el uso de servicios de salud privados, en comparación con 2023. Por contraste, entre 2023 y 2024, el porcentaje de personas que acudieron a instituciones de salud disminuyó de 68% a 63,4%, señalando un aumento en el uso de remedios caseros, de 9,9% a 13,2%, y autorrecetas, de 7,2% a 10,3% [DANE, 2024].

1.4 Las transformaciones del sistema de salud y su impacto

Las acciones efectuadas en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y los actos administrativos que lo reglamentan ya han causado transformaciones en la forma como funciona el sistema de salud colombiano [Congreso de Colombia, 2023]. Intervenciones a las EPS con mayor proporción de afiliados; conformación de redes de prestación territoriales y equipos básicos de salud; incremento en el uso del giro directo; y modificaciones al plan de infraestructura hospitalaria, son algunos de los resultados más relevantes [Defensoría del Pueblo, 2025d].

Estas transformaciones se han hecho más evidentes en departamentos como Bolívar, Eje Cafetero [Caldas, Quindío y Risaralda], Nariño, Valle del Cauca y Santander, así como en regímenes especiales como el FOMAG. Y han tenido efectos negativos que se manifiestan en el incremento de las tutelas, quejas y reclamaciones radicadas ante la Supersalud y la Defensoría del Pueblo [Defensoría del Pueblo, 2025d].

Toda esta situación refleja que, si bien muchos casos se descongestionan con acciones inmediatas, estas situaciones vuelven a acumularse porque

el problema es circular y estructural: el bloqueo del flujo de recursos y las deudas de las EPS. No se trata de una nueva crisis, sino de transiciones mal gestionadas que están generando impactos negativos para la atención y el acceso a la salud, especialmente en departamentos donde se concentra una elevada proporción de población rural, de pueblos étnicos y con un histórico rezago en inversión y presencia estatal. Superar estas barreras requiere la creación de acciones inmediatas a nivel interinstitucional, sin causar daños colaterales al ejercicio directo del derecho a la salud.

“

Hoy ustedes [EPS] están en una situación muy crítica, y la situación crítica acá la anunció el Secretario de Salud. El doctor no lo va a decir, pero seguramente hay, próximamente, cierre de servicios: 100 camas de urgencias menos de una clínica de alta complejidad y, el cierre de una clínica psiquiátrica con 440.000 afiliados. Es un panorama desolador, dan ganas de llorar, porque nosotros hemos luchado mucho. ¿Qué estamos haciendo mal? ¿Qué nos falta por hacer? ¿Cuánto más vamos a aguantar? ¿Cuánto más va a aguantar la gente?”.

Funcionario de la Procuraduría General de la República

2. Factores contribuyentes a la problemática de acceso a medicamentos

“

El desabastecimiento es una situación jurídica que debe ser establecida por las autoridades competentes, en este caso el Ministerio de Salud o el INVIMA, y no por el distribuidor de medicamentos, porque uno no puede tratar de justificar una ineficiencia administrativa en la adquisición de los medicamentos que debe suministrar con la excusa de que hay desabastecimiento nacional”.

Funcionaria de la Procuraduría regional al sur del país.

Además de la compleja situación de financiamiento y el tamaño de las deudas de las EPS, que podrían explicar en parte la falta de entrega de los medicamentos, existe un conjunto de factores que han sido mencionados a lo largo de los diferentes PMU y en las reuniones sostenidas por la Defensoría del Pueblo con actores involucrados. Estos factores se analizan en detalle a continuación.

2.1 Alteraciones de la cadena logística y del mercado farmacéutico

De acuerdo con datos del MinSalud, a través del Sistema de Información de Medicamentos (SISMED), entre los años 2022 a 2024, el valor de las ventas de medicamentos⁶ aumentó un 9%, que equivale a \$19,6 billones de pesos. En el mismo periodo, las unidades de medicamentos vendidas⁷ fueron de 26.600 millones, que, en comparación con el año 2022, representan una reducción de 2%. Es decir, se gasta más, pero se cubre una menor cantidad de medicamentos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

En 2024, el canal institucional [aquel que se cubre con recursos del sistema] registró ventas por un valor de \$13,2 billones, lo que representó un crecimiento del 17% frente a 2022. Sin embargo, se observó una reducción del 7% respecto al 2022 en las unidades vendidas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

⁶ Las ventas se extrajeron de la información reportada al SISMED por parte de los fabricantes e importadores de medicamentos. Los valores acá presentados se expresan en términos reales, es decir ajustados por la inflación para el periodo de observación.

⁷ Entiéndase por unidades la suma de las unidades de dispensación (p. ej., tableta, vial, parche) de los medicamentos vendidas.

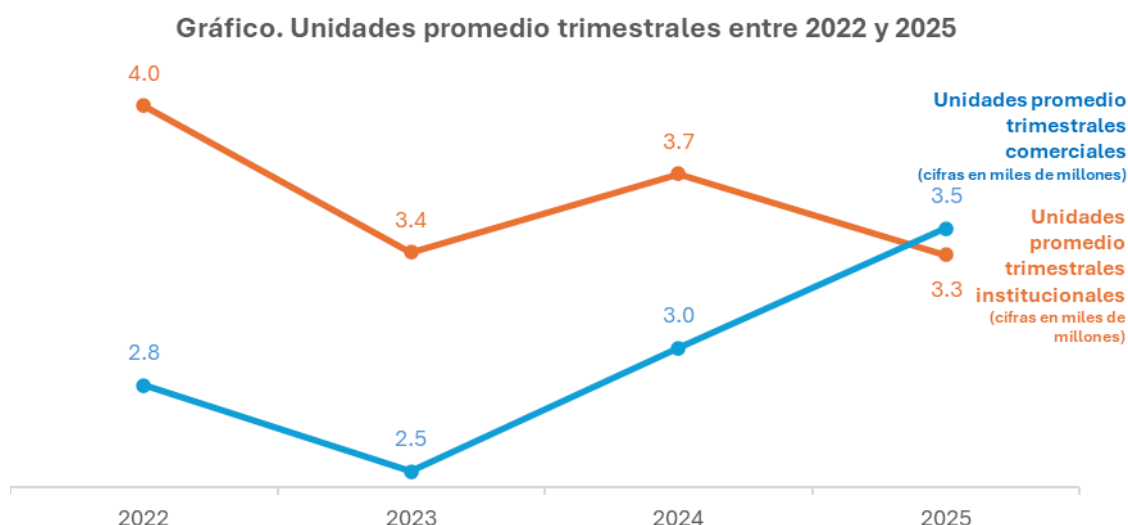
Por su parte, el canal comercial [donde los medicamentos son pagados con recursos privados] sumó un valor de \$6,4 billones en ventas, con una disminución del 4% frente a 2022; pero en términos de unidades vendidas llegó a 11,8 mil millones, lo que significó un incremento del 5% en comparación con 2022⁸. Es decir, aunque crece el gasto de medicamentos para el sistema de salud, no crecen las unidades entregadas. En contraste, las personas se han visto en la necesidad de conseguir sus medicamentos en las droguerías comerciales con recursos propios.

El comportamiento de las unidades vendidas de medicamentos en 2025 sigue el mismo patrón (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Al comparar el volumen promedio de unidades trimestrales⁹ en el periodo analizado, en el canal comercial la tendencia es creciente: -3,5 mil millones de unidades trimestrales. Esta es la primera vez en los últimos tres años en que el canal comercial supera el volumen de unidades del canal institucional (Ver figura 4). Los resultados descritos se encuentran en línea con el incremento de gasto de bolsillo reportado por diversos estudios (ACEMI, 2024; DANE, 2025c) y evidencian que, ante la falta de entrega de medicamentos, los pacientes optan por comprar sus medicamentos en farmacias y droguerías, en donde sí hay unidades disponibles y suficientes.

⁸ Puede existir un subregistro en el SISMED, especialmente del canal comercial, pero con valores cercanos a otras fuentes. Por ejemplo, el radar farmacéutico establece que, en 2024, la venta primaria de medicamentos en el país alcanzó los \$29,61 billones, lo que representa un crecimiento del 16,5% frente a los \$25,4 billones registrados en 2023. Las ventas se distribuyen entre dos grandes canales: Canal comercial (gasto de bolsillo): \$9,82 billones en ventas a farmacias, con un crecimiento del 16,8% respecto al año anterior. Canal institucional: \$19,79 billones en ventas a operadores logísticos y entidades del sistema de salud. En este canal, los productos importados representan el 84,5% del total (\$16,73 billones), mientras que los medicamentos de producción nacional alcanzan apenas el 13,8% (\$2,34 billones).

⁹ El cálculo del promedio de las unidades trimestrales para los años 2020 a 2024 corresponde a dividir las unidades totales de cada año en cuatro.

Figura 4. Unidades promedio trimestrales entre 2022 y 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISMED [(Ministerio de Salud y Protección Social, 2025)].

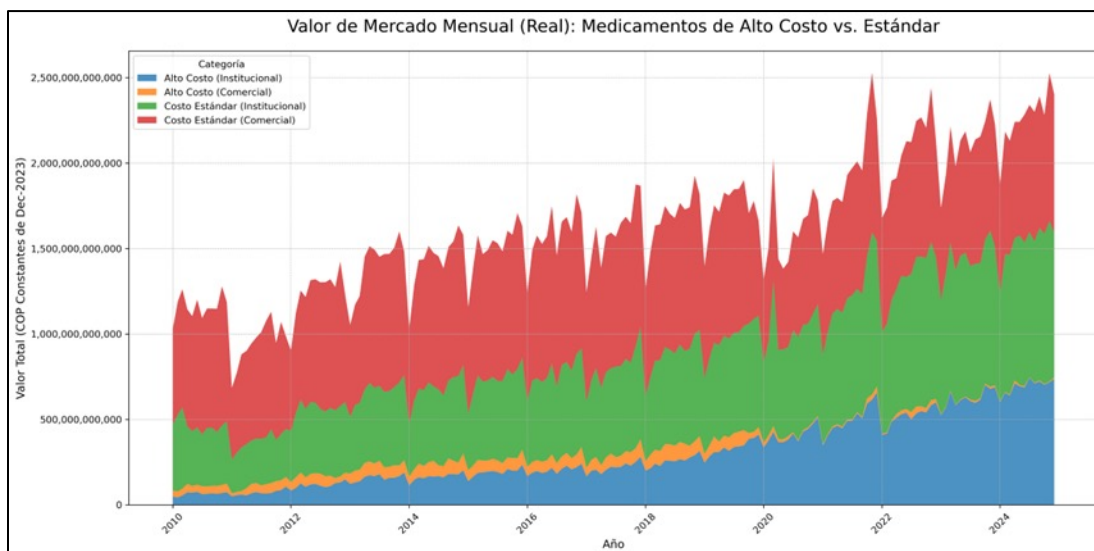
El análisis de las cifras revela, además, que en el canal institucional las ventas se orientan cada vez más hacia medicamentos de alto costo¹⁰, con un volumen bajo de unidades, mientras que, en el canal comercial, los datos indican que se están vendiendo cada vez más medicamentos de uso regular en la población con altos volúmenes de unidades. Es decir, aunque el sistema de salud sigue cubriendo los medicamentos de alto costo, los demás medicamentos (que son cerca del 90% del mercado) se están vendiendo con mayor frecuencia en las farmacias y droguerías comerciales.

¹⁰ Los medicamentos de alto costo (MAC) son aquellos que tratan enfermedades raras, crónicas o de alto impacto económico, como enfermedades huérfanas o catastróficas, y que presentan un elevado valor unitario

Al analizar el mercado de los medicamentos en Colombia, para el periodo entre enero de 2010 y junio de 2025, se identifica que el 4,3% de los medicamentos vendidos caen dentro de la categoría de alto costo¹¹ [precio igual o mayor a un millón de pesos, ver figura 5]. Sin embargo, estos representaron más del 28% de las ventas totales en el país. Casi la totalidad de las ventas de medicamentos de alto costo, cerca de \$700.000 millones de pesos mensuales, se concentró en el canal institucional (Figura 6) .

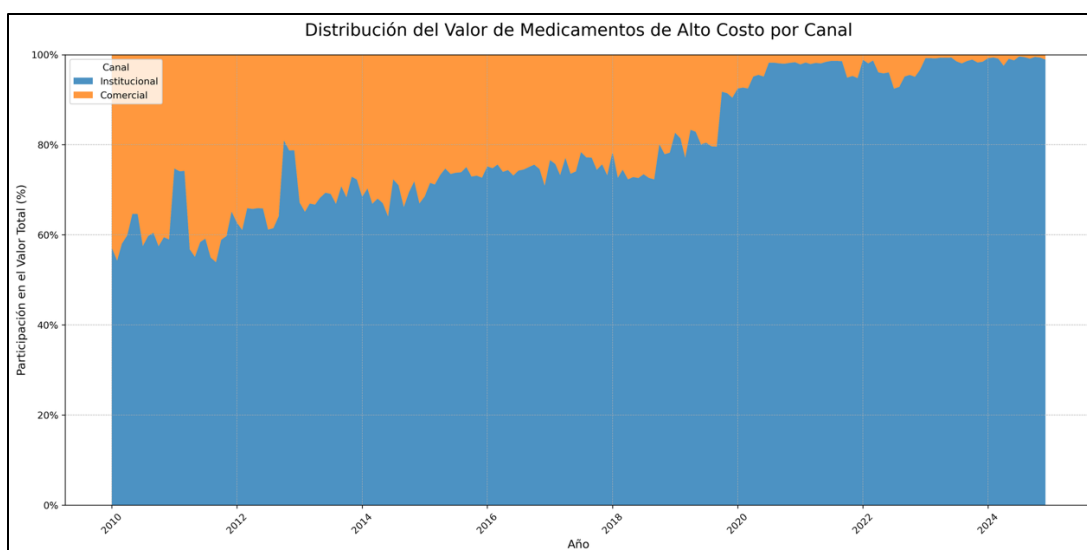
¹¹ Si bien esta es una definición ambigua, para efectos de análisis consideramos como alto costo toda presentación comercial cuyo precio de comercialización fuese igual o mayor a un millón de pesos (dado que se toma el valor real de las ventas, el valor corresponde al estimado para diciembre de 2023).

Figura 5. Distribución del mercado mensual de medicamentos (2010-2025) en canal comercial e institucional



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIMED (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

Figura 6. Distribución del valor de medicamentos de alto costo por canal



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIMED (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

La concentración de los medicamentos de alto costo en el canal institucional (o sea pagados con recursos del sistema de salud) muestra marcados crecimientos desde finales de 2019 y una tendencia de crecimiento de ventas mayor que la tendencia general del mercado. Eso es indicativo de una creciente presión financiera de los medicamentos de alto costo sobre los recursos del Sistema de Salud; una tendencia que no es exclusiva de Colombia.

La presión tecnológica afecta a todos los sistemas de salud del mundo y refleja los retos para gestionar el monopolio farmacéutico que concentra una porción relevante de recursos para su financiamiento. Pero en el caso de Colombia, la problemática es aún más crítica, pues el derecho del acceso al Plan de Beneficios de Salud incluye la totalidad de los medicamentos que entran al país, lo cual implica un reto mayor en la gestión de los recursos para su cobertura, y, por lo tanto, afecta las dinámicas de financiamiento del sistema.

La reducción observada en el canal institucional tiene implicaciones en la órbita del derecho constitucional. Así, la orden decimosexta de la sentencia T-760 de 2008 prescribe como obligación del Estado garantizar que los contenidos de los planes de beneficios sean entregados oportuna y efectivamente por las entidades que conforman el sistema de salud. Un aumento en las ventas de fármacos a través del canal comercial, aparejado a una disminución del canal institucional, indica que dicha orden podría entrar en una fase de incumplimiento.

Estos hechos tienen, asimismo, implicaciones desde la perspectiva de la progresividad, principio

reconocido en el ordenamiento interno [Ley 1751 de 2015] y el derecho internacional [artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos]. La Sentencia C-313 de 2014, citando a Abramovich y Courtis [2002] indica que la progresividad abarca dos sentidos, por un lado, que exista una gradualidad y, por el otro, que se implementen mejoras en las condiciones de goce y ejercicio del derecho [2014]. Contiene también este principio una faceta negativa, o de protección, consistente en no adoptar medidas que resulten ser regresivas [Sentencia C-262 [2013]]. También se ha argumentado que, en esta faceta del principio de progresividad, cualquier retroceso frente a un nivel de protección previamente alcanzado es, prima facie, inconstitucional [C-671 [2001]].

La Corte ha señalado que el principio de progresividad se relaciona en forma directa con la reducción de las desigualdades y el impacto en los determinantes sociales de la salud [Sentencia C-313 de 2014]. Se entiende así, porque el alcance de mayores niveles de goce efectivo del derecho permite que los grupos históricamente vulnerables superen las brechas que les han impedido acceder a bienes y servicios esenciales. En ese sentido, los datos analizados advierten un deterioro y regresividad en el derecho a la salud, pues el resultado más notorio del aumento en el canal comercial de ventas de medicamentos, en detrimento del institucional, es que aquellas personas con capacidad económica suficiente puedan mantener la continuidad de sus tratamientos, mientras que el resto de la población experimenta una barrera, de tipo económico, para acceder a los medicamentos, tecnologías y otras prestaciones y bienes del sistema de salud.

2.2 Las capacidades territoriales y el papel de los gestores farmacéuticos en la problemática

Según datos de Supersalud, los gestores farmacéuticos¹² acumulan una deuda superior a los \$6,4 billones de pesos con los laboratorios farmacéuticos, con corte a marzo de 2025. Cruz Verde y Audifarma acumulan el 60% del total de la deuda (Supersalud, 2025b). La deuda de las EPS con los gestores farmacéuticos, según la Contraloría General de la República, asciende a los \$2,8 billones de pesos con corte al 31 de diciembre de 2024. De esta deuda, el 52,3% corresponde a la Nueva EPS (Contraloría Delegada para el Sector Salud, 2025).

Los 4 billones de pesos de diferencia entre estas dos cifras corresponderían a la deuda entre los gestores y los laboratorios farmacéuticos y generaría un atasco de recursos que afecta gravemente la cadena logística. Esta hipótesis proviene de los distintos PMU y mesas de trabajo con las autoridades locales sobre la situación de los medicamentos pendientes de entrega. En todos los casos, se argumenta el bloqueo de entrega de medicamentos por los proveedores, el establecimiento de cuotas restringidas de entrega de medicamentos y el despacho de medicamentos solo contra pago anticipado.

Precisar y confirmar esta hipótesis requiere un análisis riguroso de la información del desempeño financiero y operativo de los

gestores farmacéuticos, pero es claro que, para efectos de la garantía de disponibilidad de los medicamentos en los sitios que se necesitan para atender a las personas, hay una alteración de la cadena logística que afecta el derecho a la salud. Independiente de quiénes y cómo se pagan las deudas, la situación ha alterado la dinámica de relacionamiento comercial en la cadena. En la actualidad, los laboratorios farmacéuticos, que antes despachaban contra pagos a 60 o 90 días, ahora exigen pagos anticipados o condiciones más estrictas en el flujo de recursos.

Esta alteración es crítica porque los pagos de las EPS a los gestores o a los prestadores de servicios, en general, no se dan en esos tiempos. En las distintas reuniones de PMU se mencionó que los laboratorios farmacéuticos establecen cupos máximos de despacho para cada gestor en cada territorio, es decir, no se despacha lo que se pide, sino una porción de lo solicitado.

Este requisito para el despacho pone en crisis la gestión y logística de la dispensación de los medicamentos, debido a que la deuda acumulada y corriente de los prestadores de servicios dificulta la disponibilidad de efectivo para esos pagos. En reacción, los operadores y gestores farmacéuticos de gran tamaño y alta capacidad de negociación, bajo el argumento de un incumplimiento en los pagos, anunciaron la finalización de contratos con algunas EPS. Esto ha obligado a la búsqueda de nuevos operadores o distribuidores locales, con bajas capacidades de cobertura, pocos puntos de dispensación y bajo músculo financiero.

¹² Se entiende como **gestor farmacéutico**, como aquel intermediario entre los laboratorios farmacéuticos y los usuarios, que se encarga de la gestión integral del servicio farmacéutico, abarcando la adquisición, almacenamiento, dispensación y entrega de medicamentos y otros productos farmacéuticos.

En consecuencia, la distorsión en la logística de la cadena de suministro de medicamentos ¹³ afecta de manera directa el ejercicio de derechos de las personas y el funcionamiento de la red de prestación de los servicios de salud. La afectación del derecho se da directamente en el elemento esencial de asequibilidad (llamado accesibilidad económica). Es así puesto que, ante las cesaciones de pagos y contraprestaciones entre actores del sistema, se reduce el suministro de un bien esencial de salud (medicamentos), incluido en el plan de beneficios, lo que implica para las personas y familias que el acceso a las medicinas se logre solo a través del gasto de bolsillo.

La asequibilidad como principio implica que los bienes y servicios del sistema estén al alcance económico de todas y todos, y, por ende, que no exista una carga desproporcionada sobre los hogares en situación de pobreza [Parra, O, 2003]. Esta situación no se logra consolidar si los bienes deben ser adquiridos por cada persona según su capacidad económica.

De otro lado, de acuerdo con datos del SISMED, entre el primer trimestre de 2022 y el de 2025, las unidades vendidas por los principales gestores farmacéuticos crecieron en un 23%, tanto en el canal comercial como en el institucional¹⁴. No obstante, en el primer trimestre de 2025, se registró una disminución del 9% en comparación con el mismo periodo de 2024 [Ministerio de Salud y Protección Social, 2025]. Este cambio podría ser

el reflejo de los retrasos en la facturación y los pagos y, en consecuencia, en el reporte al SISMED o de una reducción real en la dispensación de medicamentos por parte de dichos gestores.

De otro lado, según la ADRES a través del giro directo de recursos UPC, entre 2022 y agosto de 2025, los proveedores (incluidos los gestores farmacéuticos) han recibido en total \$8,2 billones. La mayor parte de estos recursos se concentró en 2024 y en lo corrido de 2025, con \$6,6 billones, que representan un crecimiento del 323% frente a 2022. Mientras en 2022 y 2023, los giros a proveedores equivalían al 4% del total, en 2024 y 2025 aumentaron al 7%. En el periodo analizado, Cruz Verde recibió el 27% de los recursos [\$2,2 billones] y Audifarma el 23% [\$1,9 billones] (ADRES, 2024)

El contraste de las cifras, con la problemática de entrega oportuna de medicamentos, indica que, aunque hay mayores cantidades de recursos girados, no se perciben mejoras en el acceso. A esto se suman las bajas capacidades de infraestructura de dispensación de medicamentos en los territorios, la dependencia del sistema de salud de pocos proveedores de medicamentos y los intereses comerciales que superan la obligación de la provisión de un servicio público. Preocupa, además, que en las reuniones territoriales se mencione que, en la totalidad de los casos en los que las EPS cambiaron su red de dispensarios, estos han sido insuficientes en cantidad de puntos de atención y en capacidad para cubrir los pendientes y faltantes de los medicamentos requeridos. Mientras departamentos como Valle del Cauca, Cundinamarca y Boyacá cuentan con

¹³ La cadena logística de medicamento se entiende a todo el proceso de distribución de medicamentos, que abarca desde su salida del laboratorio farmacéutico, el almacenamiento, el transporte y la entrega final al paciente, ya sea en farmacias u hospitales

¹⁴ Se consideran principales gestores farmacéuticos aquellos que acumularon el 80% de las ventas en el periodo analizado, que totalizaron 24.

más de diez gestores farmacéuticos distribuidos entre las EPS para atender la demanda, regiones como Vichada, Amazonas, Guainía y San Andrés y Providencia disponen de menos de tres (Ver tabla 1).

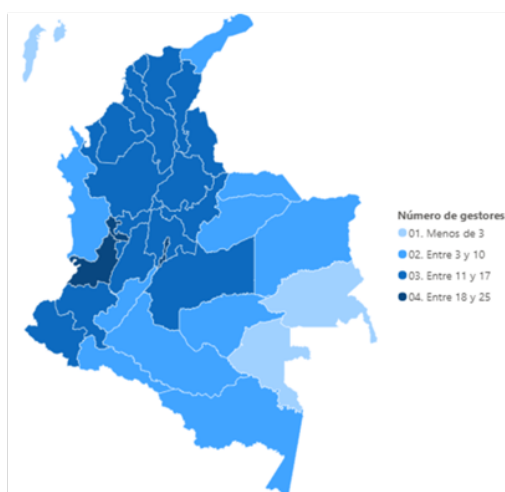
A esto se suma la heterogeneidad en la capacidad operativa de dichos gestores. Por ejemplo, empresas de amplia cobertura nacional, como Audifarma, con presencia en más de 20 departamentos, contrastan con operadores más pequeños como Insercoop o Insumedic,

cuya operación se limita a un solo territorio. Las diferencias geográficas en la capacidad de respuesta impactan directamente la equidad en el acceso, porque los gestores con menor infraestructura enfrentan mayores dificultades para garantizar la entrega oportuna y continua de medicamentos, especialmente en zonas con baja cobertura o condiciones logísticas adversas, haciendo la problemática más crítica en estos departamentos periféricos específicos.

Tabla 1. Distribución de principales gestores farmacéuticos en departamentos y EPS

Gestor	Número de departamentos con presencia	Número de EPS con acuerdos
ETICOS	31	2
AUDIFARMA	23	2
COLSUBSIDIO	14	3
CRUZ VERDE	14	1
CAFAM	13	2
DISCOLMETS	13	4
DISFARMA	13	3
OFFIMEDICAS	12	2
BIHOSPHARMA	10	1
EVE	10	5
MEDISFARMA	7	4
EVEDISA	6	1
COHAN	4	3
MEDIC COLOMBIA SAS	4	2
SUPLYMEDICAL	4	1
LOGIFARMA	3	1
MARCAZSALUD	3	2
RAMEDICAS	3	1
CM COLOMBIA	2	1
FARMACIA SIGMA MEDICAL	2	1

Distribución de gestores farmacéuticos en los territorios



Fuente: Elaboración propia a partir de información recuperada en PMU y redes de farmacia disponibles en cada la página web de cada EPS y/o gestor farmacéutico

2.3 El sector privado en salud, el acceso a medicamentos y los derechos humanos

Tal como ha sido establecido por diferentes instrumentos internacionales, entre ellos los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre Empresas y Derechos Humanos, el sector

privado cumple un papel de primera importancia en el respeto y garantía de los derechos de la población. Diferentes aspectos presentados en este informe, en particular con la acción de las empresas frente a la disponibilidad y acceso a medicamentos esenciales, pueden analizarse a través de los postulados contenidos en estos principios.

Los principios señalan, entre otras obligaciones, que las empresas eviten que sus propias actividades provoquen o pongan en riesgo la garantía de los derechos humanos, o generen riesgos relativos a su vulneración. Esto implica que, dentro de sus procedimientos internos, las empresas deben prever y considerar aquellos factores que generen situaciones de riesgo para la protección y garantía de derechos humanos de la población y tomar medidas orientadas a reducir o mitigar estos riesgos. En caso de que la actividad empresarial haya causado daños, las empresas deben involucrarse en actividades de reparación orientadas a resarcir el daño acontecido.

La gestión de los medicamentos en Colombia debe entenderse más allá de una lógica de relaciones comerciales para situarse desde una perspectiva de derechos humanos. Esto implica que se deben evitar situaciones que conlleven riesgos para la garantía del derecho a la salud, entre ellas, el desabastecimiento o la escasez o la demanda insatisfecha de medicamentos.

Es importante resaltar que estos escenarios son previsibles, en el marco de la operación de las empresas involucradas en la gestión farmacéutica. Las empresas deben tomar medidas orientadas a evitar que se configuren estos escenarios de vulneración de derechos.

Estas medidas, en medio de los problemas de flujo de recursos, pueden gestionarse en un escenario de diálogo político amplio. En él, el sector privado que participa en la totalidad de la cadena de suministro de medicamentos asumirá compromisos sobre la eliminación de barreras

de acceso a los medicamentos, especialmente aquellos que deben estar disponibles para la atención primaria e integral y las autoridades nacionales y territoriales ofrecen las condiciones financieras, en el marco de su obligación de garantizar la protección los derechos de la población.

2.4 Desabastecimiento, escasez o demanda insatisfecha

Para el MinSalud, el desabastecimiento se refiere a la ausencia total y prolongada de un medicamento en el mercado, es decir, cuando no hay oferta para cubrir la demanda de un medicamento. En contraste, **la escasez** implica una disminución temporal en la disponibilidad del medicamento, es decir, puede seguir existiendo en el mercado, pero en cantidades tan reducidas que dificultan su acceso oportuno [Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-a].

Por otro lado, de acuerdo con términos utilizados por el Ministerio, **la demanda insatisfecha** es un fenómeno más complejo, en donde el medicamento no llega a quien lo necesita, incluso si existe en el país, por diversas complicaciones a través de toda la cadena de suministro, por razones como la priorización del canal comercial, la falta de registro sanitario, el incumplimiento en la entrega, la confidencialidad en los datos de oferta o la selección limitada de marcas por parte de los dispensadores [Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-a].

Estas situaciones problemáticas del acceso a medicamentos impactan negativamente los

elementos esenciales del derecho a la salud, estos es, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad [Comité DESC, 2000]. El desabastecimiento y la escasez impiden la disponibilidad de los medicamentos en las cantidades que son suficientes para garantizar la prestación. Por otra parte, la demanda insatisfecha refleja que la accesibilidad y la asequibilidad (accesibilidad económica) no se estarían logrando para los grupos, personas y comunidades que no logran acceder a la distribución de los bienes y servicios de salud.

Todas estas situaciones se venían presentando, con distinta intensidad en el país desde antes de 2022 [Centro de Pensamiento Medicamentos Información y Poder, 2024]. Sin embargo, como se describe hasta el momento en este informe, la escasez y la demanda insatisfecha se agudizaron de manera preocupante desde 2023 y muy dramáticamente en 2025.

En 2022, MinSalud publicó un listado de 30 principios activos con alertas de abastecimiento priorizadas [Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a], entre los cuales se destacan Acetaminofén (para el dolor), Valsartán y Losartán (para la tensión alta), Quetiapina (para tratar problemas de salud mental), Claritromicina (para tratar infecciones) y Rosuvastatina (para el colesterol alto). El Acetaminofén y la Claritromicina, en particular, correspondían a medicamentos con una tendencia decreciente en las cantidades vendidas desde 2021, según datos del SISMED. Para 2025, ninguno de estos medicamentos figura en las listas oficiales de desabastecimiento ni en riesgo de desabastecimiento publicadas por

el INVIMA (INVIMA, s. f.), lo que sugiere que se resolvieron las alertas emitidas y no habría razón para que no se les entregaran a las personas que los necesitan.

A pesar de que existe un abastecimiento adecuado de medicamentos en el país, según los reportes del MinSalud e Invima (INVIMA, s. f.; Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-a), productos como el Valsartán, Losartán, Acetaminofén y rosuvastatina se encuentran actualmente dentro del top 10 de medicamentos con mayor reporte de no entrega, según los resultados de las encuestas de verificación de derechos realizadas por la Defensoría del Pueblo [Ver apartado siguiente].

Aunque en 2022 estos medicamentos ya estaban priorizados por alertas de abastecimiento, su ausencia en las listas de desabastecimiento de 2025 sugiere que el problema actual corresponde o bien a una escasez o bien a una demanda insatisfecha. Esto puede ser causado por fallas en otros eslabones de la cadena de suministro, incluidas las deudas persistentes y la falta de flujo de recursos entre EPS o a disponibilidad insuficiente de unidades en los gestores farmacéuticos, por despacho insuficiente de los laboratorios farmacéuticos.

Adicionalmente, en materia de infraestructura, el gobierno nacional ha impulsado el desarrollo de capacidades para la soberanía y suficiencia farmacéutica. Entre los años 2023 y 2025, a través del Fondo de Investigación en Salud (FIS), se han invertido cerca de 33 mil millones de pesos en la financiación de proyectos de investigación,

desarrollo y producción. Estos son avances importantes para disminuir la dependencia farmacéutica internacional y promover el desarrollo de capacidades nacionales en esta materia. Sin embargo, es un esfuerzo de largo aliento que no logra compensar las dificultades actuales de acceso a medicamentos esenciales. Con base en estos resultados, se podría pensar que las disputas administrativas, económicas y políticas se están trasladando a los pacientes y, en consecuencia, se reflejarían en el incremento de las vulneraciones de su derecho fundamental a la salud. El desabastecimiento de medicamentos no es la causa principal de la problemática de acceso a medicamentos del país; los patrones de escasez y demanda insatisfecha corresponden a dificultades en la coordinación de la cadena de suministro y falta de transparencia en el seguimiento de deudas y gestiones administrativas que requieren abordajes urgentes.

Esta situación puede ser superada a través de estrategias en las que se reconozcan los esfuerzos de territorialización de la atención en salud y acercamiento del sistema de salud a las comunidades que realiza el Gobierno nacional. Pero también requiere un reconocimiento del Gobierno a los interlocutores privados del sector farmacéutico y las autoridades locales de salud, para que se de paso a una solución concreta a los problemas de disponibilidad de medicamentos de alta frecuencia de uso y bajos precios, para garantizar la atención primaria integral.

De otro lado, la problemática de acceso a medicamentos de alto costo y para enfermedades huérfanas implica un abordaje

independiente. Se requiere una coordinación institucional más robusta que permita superar la forma desordenada como entran los nuevos medicamentos y nuevas tecnologías al mercado, la manera como se ingresan a los protocolos de tratamiento y la proliferación de sitios de atención que no obedecen del todo a estándares de excelencia y de distribución territorial, y trasformas la forma como se financian y se remuneran [presupuestos máximos]. Este abordaje debe basarse en la sensibilidad a la problemática de las y los pacientes que sufren la fragmentación en la atención y la dilación en las autorizaciones y prestación de los servicios, y enfocarse en garantizar el derecho a la salud con dignidad.

Además, preocupa el difícil acceso a la información de fuentes oficiales como derecho conexo al derecho a la participación en salud. Esta falta de datos impide el análisis y la identificación de problemáticas en el acceso a medicamentos, lo cual pudiera facilitar la búsqueda de soluciones. Por ejemplo, la información de la Supersalud no permite identificar sobre qué medicamentos específicos se concentra la demanda insatisfecha, las cifras de falta de entrega, ni los pendientes de los gestores farmacéuticos. Los puntos de atención no son fáciles de identificar y no es posible conocer con detalle aquellos laboratorios farmacéuticos que limitan el despacho a los gestores por las deudas pendientes.

A pesar de los importantes esfuerzos del MinSalud por disponer la información de desabastecimiento y escasez (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-a), que fue presentada en los PMU, esta información no permite entender o identificar

las zonas municipales o departamentales, donde pueden existir divergencias. El valioso tablero de seguimiento individualizado de la ADRES sobre los giros directos podría identificar las redes de prestación de servicios y de dispensación y las dificultades de operación, pero aún es rígido para la consulta.

En conclusión, las alteraciones graves a la cadena logística de medicamentos impactan de manera grave el derecho a la salud y, si bien requiere un desbloqueo del flujo de recursos, requiere también

esfuerzos del Gobierno y del sector privado para que la regresividad que se observa en el acceso a medicamentos necesarios para la atención primaria integral no se vuelva permanente, debido a la creciente dominancia del canal comercial y a las bajas capacidades territoriales. Se requiere disposición de coordinación de todos los agentes de la cadena, diferenciando las estrategias para mejorar el acceso a medicamentos de alto costo, de las de la disponibilidad de medicamentos para la atención primaria integral.

3. La afectación social, económica y cultural de los territorios y su relación con las vulneraciones a la salud



No es lo mismo un problema de medicamentos en Bogotá, Medellín, Cali, donde si a mí no me lo garantiza el prestador o el asegurador, de alguna manera salgo a buscarlo en el mercado. Diferente a Guainía, donde en Inírida tenemos dos o tres farmacias adicionales al gestor farmacéutico que pueda tener la nueva EPS. Necesitamos ser garantistas.”

Funcionario de la Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018 del DANE, la población del país ascendía a 48.258.494 personas, de las cuales el 84,2% residía en cabeceras municipales y centros poblados, mientras el 15,8% en rural disperso [DANE, 2019].

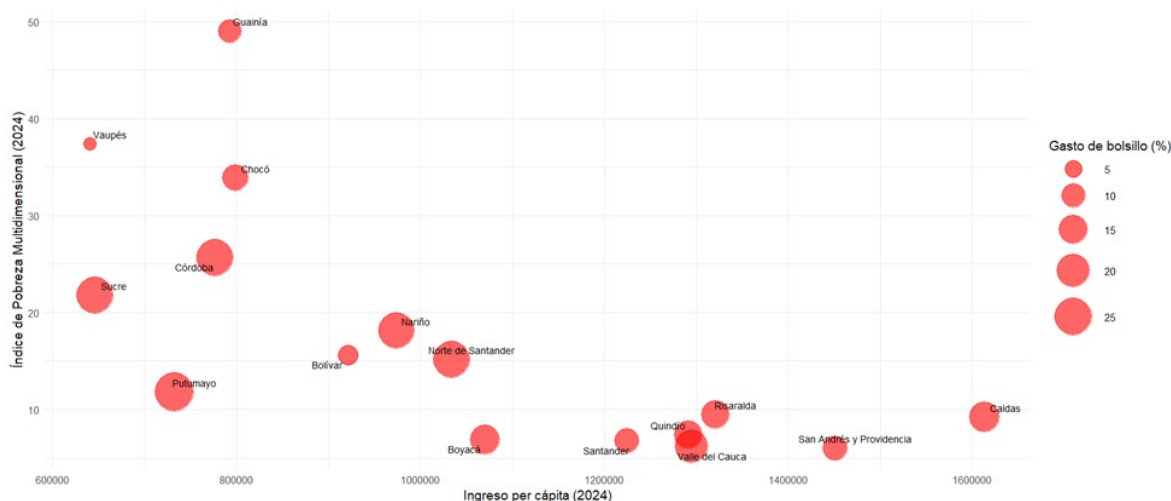
La ruralidad constituye una barrera estructural para el acceso efectivo a los servicios de salud: la dispersión poblacional, las mayores distancias y la limitada conectividad incrementan tiempos y costos de desplazamiento y afectan la oportunidad de atención. En departamentos con alta proporción de población rural, como Vaupés [70%] y Chocó [57%], estas restricciones se intensifican, y se generan mayores dificultades en la atención de urgencias, en la entrega oportuna de medicamentos y en la disponibilidad y acceso a tecnologías. En estos mismos departamentos, confluyen rezagos socioeconómicos que profundizan las brechas de acceso.

Los departamentos de Nariño [23,1%], Norte de Santander [22,6%], Boyacá [20%] y Valle del Cauca [19%] registraron las proporciones más altas de gasto de bolsillo en salud. Para 2024, los mayores niveles correspondieron a Putumayo [26,7%], Norte de Santander [24,5%], Sucre [24,5%], Córdoba [24%] y Nariño [23,3%].

La Figura 7 presenta un diagrama de burbujas, donde el eje X muestra el ingreso per cápita promedio por departamento en 2024, [en este eje el desplazamiento hacia la derecha significa un mayor ingreso]; y en el eje Y se diagrama el Índice de Pobreza Multidimensional por departamento en 2024, [que entre más alto es, mayor nivel de pobreza refleja]. El tamaño de la burbuja representa el gasto de bolsillo en salud durante 2024. Entre más grande es, mayor es el gasto de bolsillo en el departamento.

En la figura 7, también se observa que Guainía, Vaupés y Chocó registran ingresos per cápita bajos y niveles elevados de pobreza multidimensional. Los ingresos per cápita bajos limitan el acceso de las personas a servicios básicos como educación, salud y vivienda, afectando directamente sus derechos económicos, sociales y culturales. Mientras que Caldas, San Andrés, Risaralda, Quindío y Valle del Cauca presentan ingresos per cápita altos, menor pobreza multidimensional, y niveles relativamente bajos de gasto de bolsillo, destacan Putumayo, Sucre y Córdoba por combinar un gasto de bolsillo elevado con menores ingresos per cápita. Estos últimos son los más afectados por la problemática actual del sistema de salud y las barreras de acceso a medicamentos.

Figura 7. Correlación entre los ingresos per cápita promedio, el IPM y el gasto de bolsillo en salud (2024)



Fuente: elaboración propia con base en datos del DANE.

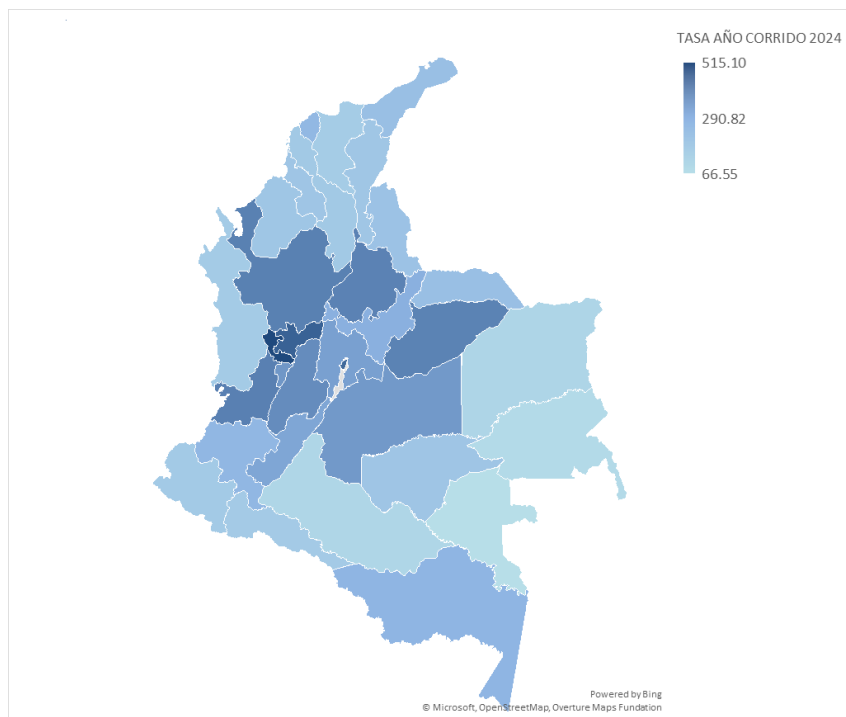
Este panorama se encuentra en línea con los hallazgos y preocupaciones pronunciados por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su evaluación realizada a Colombia durante el 2025. En él, se resalta la persistencia de las altas cifras de pobreza, que se concentra especialmente en familias encabezadas por mujeres, indígenas, afrocolombianos y personas con discapacidad [Comité DESC, 2025].

A lo anterior se suman las brechas en materia de conectividad digital. En 2024, los departamentos de Vaupés (218 accesos) y Guainía (1.699 accesos) registraron las cifras más bajas de accesos residenciales a internet, limitando el alcance de la telemedicina y restringiendo la posibilidad de presentar Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias [PQRD] ante las EPS y autoridades

competentes a través de canales virtuales. Esta situación se corresponde con los datos de reclamos que recibe la Supersalud, donde Vaupés y Guainía son los departamentos con menor tasa de reclamos por cada 10.000 afiliados durante el acumulado del año 2024, [Ver figura 8].

Ello sugiere la existencia de una posible correlación entre el acceso a internet y la presentación de quejas. Es decir, el análisis de la cantidad de quejas debe tener en cuenta la conectividad, ya que una baja cantidad de reclamos no significa que no existan vulneraciones al derecho a la salud, pero sí que los mecanismos para hacer solicitudes y reclamaciones a las diferentes instituciones no consideran de manera diferencial a las personas que habitan en departamentos con menor infraestructura digital.

Figura 8. Tasa de reclamos en salud acumulado año 2024 – Supersalud



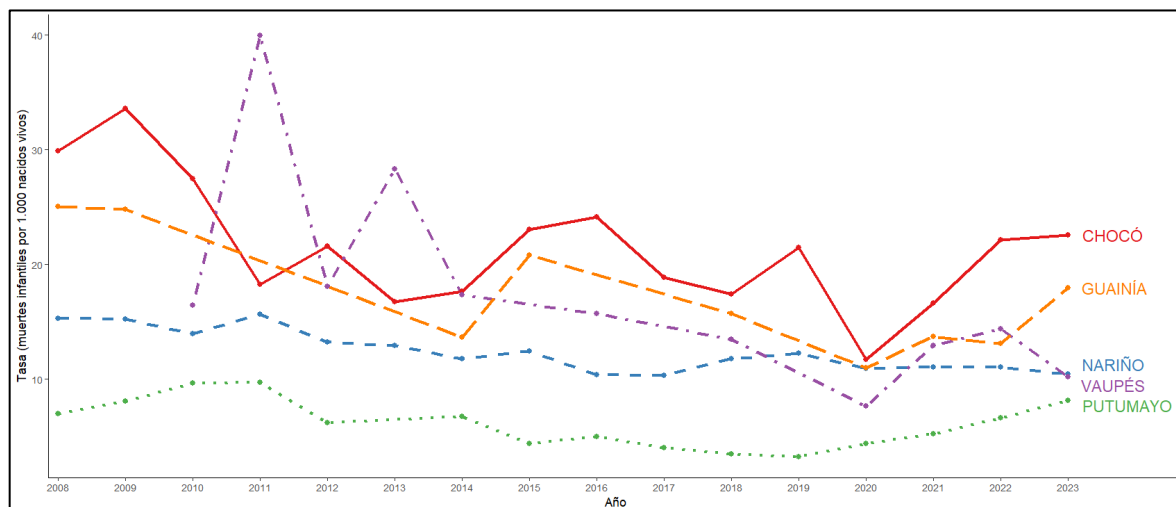
Fuente: Tablero Reclamos en salud Supersalud – Análisis (Año 2024) [Supersalud, 2025a]

Sumado a las condiciones económicas, el panorama en las entidades territoriales estudiadas se ve aún más comprometido debido a que también presentan altas tasas de mortalidad materna e infantil. En las Figuras 9 y 10, se ilustra la evolución de estos indicadores entre 2008 y 2023 [último dato público disponible en el DANE] para los departamentos seleccionados.

A diferencia de lugares como Bogotá, donde las tasas se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo, en departamentos

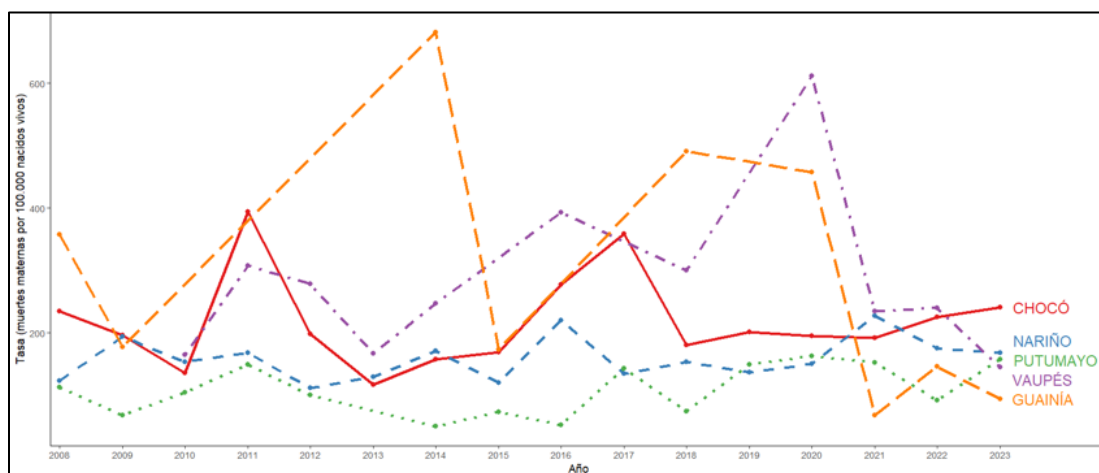
como Vaupés, Guainía y Chocó se observa un comportamiento marcado por alta volatilidad y variabilidad en el tiempo. Esto se explicaría por rezagos estructurales en materia de acceso y calidad de servicio de salud, sumados a otros factores socioeconómicos de inequidad estructural. En conjunto, estos elementos posicionan a Vaupés, Guainía y Chocó como algunos de los departamentos con mayores niveles de vulnerabilidad, tanto en términos económicos como en resultados de salud.

Figura 9. Mortalidad infantil 2008-2023



Fuente: elaboración propia con base en datos de Estadísticas Vitales (EEVV) del DANE (DANE, 2025b)

Figura 10. Mortalidad materna 2008-2023



Fuente: elaboración propia con base en datos de Estadísticas Vitales (EEVV) del DANE (DANE, 2025b).

Además de los factores asociados a la demanda de servicios en salud, resulta igualmente relevante analizar las condiciones de la oferta. Como se mencionó, el sistema de salud en Colombia atraviesa un panorama desfavorable, que se

explica, actualmente, en gran medida por la crisis financiera derivada de las deudas acumuladas de las EPS con laboratorios, distribuidores, hospitales, gestores farmacéuticos e IPS.

En este contexto, los departamentos con mayor número de afiliados a EPS intervenidas en el régimen subsidiado son Valle del Cauca [1.832.159 afiliados], Norte de Santander [985.656 afiliados], Santander [928.580 afiliados], Nariño [922.501 afiliados], Boyacá [580.426 afiliados] y Bolívar [552.178 afiliados]. No obstante, estos departamentos cuentan también con un mayor número de prestadores habilitados [992, 280, 651, 353, 339 y 527, respectivamente], lo cual ofrece cierta capacidad de respuesta del sistema, aunque la población de estos territorios sería la más afectada.

Específicamente, Vaupés, Guainía, San Andrés, Putumayo y Chocó [departamentos con elevada concentración de pueblos étnicos] presentan una oferta mucho más limitada de prestadores de servicios de salud. La situación es particularmente crítica en Vaupés y Guainía, donde a las limitaciones estructurales en términos económicos y sanitarios se suma la baja disponibilidad de IPS y medicamentos, lo que incrementa la vulnerabilidad de sus habitantes.

Se evidencia que existen grandes sectores de la población con dificultades de acceso a servicios de salud, incluso aquellos de atención primaria. También, hay gran disparidad en la accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios de salud entre zonas rurales y urbanas, entre los diferentes regímenes de aseguramiento, y con mayor impacto en pueblos y comunidades indígenas, afrocolombianas, campesinas y afectadas por el conflicto armado [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), 2025].

El Ministerio de Salud ha utilizado los Equipos Básicos en Salud [EBS] como una herramienta para superar estas brechas de atención en salud en las zonas rurales y más apartadas del país. Si bien los EBS son herramientas que se han puesto en marcha en distintos territorios del país, desde antes de su impulso por parte del actual gobierno, esta iniciativa se ha visto fortalecida durante los últimos tres años [Ministerio de Salud y Protección Social, 2024].

En términos de inversión, y de acuerdo con las resoluciones públicas disponibles sobre este tema, el 50% del total de los recursos asignados están distribuidos en los departamentos de Antioquia, Tolima, Valle del Cauca, Cesar, Santander y Cundinamarca; no obstante, en departamentos como La Guajira, el distrito de Buenaventura y el Casanare los porcentajes de recursos asignados por las diferentes resoluciones no superan el 4% del total ; siendo estas regiones históricamente afectadas por inequidades, barreras y vulneraciones al derecho a la salud [Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-b].

Además, en la actualidad no es clara la inclusión y la entrega de medicamentos en la estructura general de los EBS y la información sobre este rubro es ambigua en los procesos que se adelantan en las regiones priorizadas. A esto se suma la tensión histórica entre el departamento, el municipio, la gerencia de los hospitales (incluidos los públicos -las Empresas Sociales del Estado-) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio frente a la financiación y puesta en marcha tanto de los EBS, como de la financiación y entrega de los medicamentos. Estas situaciones

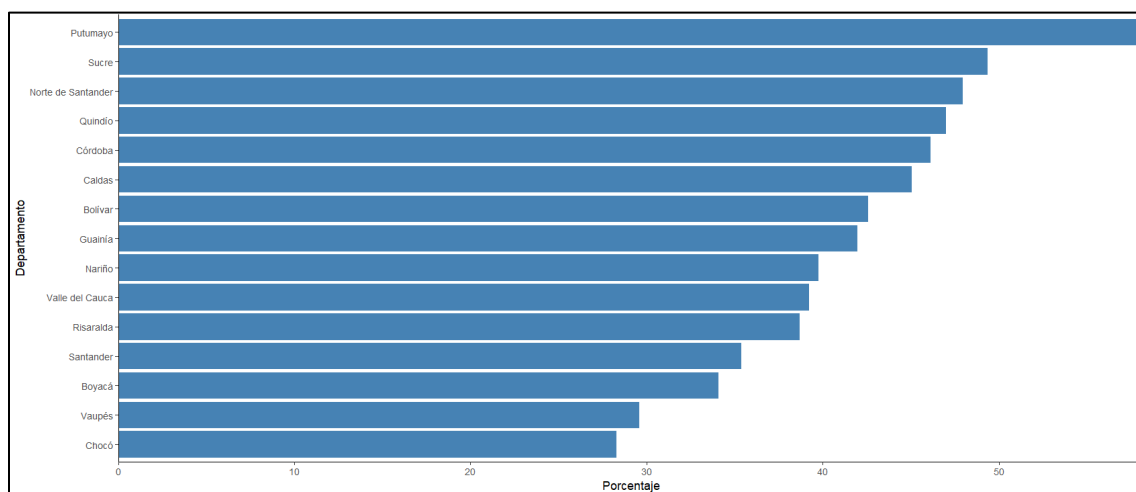
limitan los beneficios de los EBS como estrategia de territorialización de la APS.

Esta problemática también se refleja, tanto en la base de datos de tutelas de la Corte Constitucional [Corte Constitucional de Colombia, 2025c], como en los reclamos registrados a Supersalud [Supersalud, 2025a]. Allí, la principal causa de reclamos en el primer semestre de 2025, en departamentos de la periferia, estaba relacionada con la falta de oportunidad y acceso a servicios complementarios, tales como los traslados entre la red hospitalaria, seguido de la falta de oportunidad en las citas y consultas.

Adicionalmente, como se mencionó anteriormente, departamentos como Nariño, Chocó y Vaupés destacan por concentrar las mayores deudas de las EPS. Esto repercute directamente en la sostenibilidad financiera de las

instituciones prestadoras y, en última instancia, en la capacidad de las comunidades, especialmente las de Chocó y Vaupés, con mayores rezagos socioeconómicos y sanitarios, para acceder a servicios, medicamentos y tecnologías en salud. Respecto a los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) que cada departamento destina al sector de la salud (Figura 11), se puede observar que, para los departamentos incluidos en la estrategia de respuesta inmediata de la Defensoría, Chocó [28%] y Vaupés [30%] son los departamentos que asignan la menor proporción de asignaciones SGP a salud. Esto es contradictorio, pues son territorios con rezagos históricos en condiciones socioeconómicas y de salud, lo que podría sugerir un desbalance entre necesidades y asignaciones y podría agravar sus condiciones de acceso al derecho a la salud, la educación, el saneamiento, la vivienda digna y la alimentación, principalmente.

Figura 11. Distribución porcentual de asignaciones SGP al sector de la salud en 2023



Fuente: elaboración propia con base en datos de TerriData del DNP.

También se resalta que Bolívar, Boyacá y Santander concentran, además, un número significativo de personas migrantes de Venezuela que reportan haber recibido servicios de salud en instituciones de salud ubicadas en estos departamentos. Esta

población, en su mayoría, se encuentra afiliada al régimen subsidiado [76,2%]. Esta situación genera una presión adicional sobre el sistema y requiere un análisis más profundo en términos de multiplicidad de vulneración de derechos.



4. Situación de salud en los programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)

Los PDET surgieron tras el Acuerdo Final de Paz de 2016, como un instrumento de planificación participativa para transformar los territorios más afectados por el conflicto armado, la pobreza, las economías ilícitas y la debilidad institucional. Se enmarcan en la Reforma Rural Integral y buscan cerrar brechas históricas entre el campo y la ciudad [Agencia de renovación del territorio, 2025b].

Actualmente, los PDET abarcan 16 subregiones, con 170 municipios en 19 departamentos, donde viven más de 7 millones de personas. Estas zonas concentran alta pobreza multidimensional (72,8 % frente a 49 % nacional), fuerte afectación por el conflicto (67 % de municipios con alta o muy alta incidencia) y el 94,2 % de los cultivos de coca del país [Agencia de renovación del territorio, 2025b]. De los 16 departamentos que se priorizaron en la estrategia de respuesta inmediata, nueve cuentan con municipios que hacen parte de los PDET.

Estos municipios, además, cuentan con importantes retos en salud, relacionados con falencias en el aseguramiento, débil e insuficiente red de servicios e infraestructura, ausencia de enfoques de género, étnico, de discapacidad y orientación sexual, acceso limitado a medicamentos y otras tecnologías sanitarias, alto consumo de sustancias psicoactivas, violencias, entre otros.

Si bien se ha avanzado en términos de inversión y planificación relacionados con el Plan Nacional de Salud Rural [PNSR], a través del Decreto 0351 de 2025, hasta el momento no se ha hecho pública información relacionada con el estado de cumplimiento de esta estrategia. Por su parte, en el marco de las acciones del PDET, se estableció un conjunto de iniciativas propuestas por las comunidades con el fin de transformar el territorio y superar los retos propios de estos municipios afectados por el conflicto armado [Agencia de renovación del territorio, 2025a].

Con corte al 30 de agosto de 2025, de las 33.007 iniciativas planteadas, un total de 19.621 cuentan con ruta de implementación activa, lo que representa un avance del 59%. Específicamente en salud, se plantearon 3555 iniciativas, de las cuales 2097 (58,7%) tienen ruta de implementación activa, lo que ha representado una inversión de 900.000 millones de pesos entre 2016 y 2025 [Agencia de renovación del territorio, 2025a]. La infraestructura en salud concentra alrededor del 40% de la inversión acumulada, con importantes avances a nivel de aseguramiento en salud. No obstante, se identifican como principales retos la baja activación en iniciativas de enfoque étnico y déficit de información en infraestructura, talento humano, calidad y oportunidad en la prestación de servicios [Agencia de renovación del territorio, 2025b].

Situación del derecho a la salud en pueblos étnicos

La garantía del derecho fundamental a la salud en el país se ha desarrollado de manera diferente entre los pueblos y naciones indígenas en comparación con los pueblos negro, afrocolombiano, raizal y palenquero. Como parte de los logros del movimiento indígena en la construcción de la Constitución Política de Colombia en 1991, estos cuentan con un instrumento normativo especial, la Ley 691 de 2001, que establece su participación en el SGSSS de forma diferenciada. Más recientemente se ha implementado un sistema especial, el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), el cual se articula, coordina y complementa con los instrumentos normativos diferenciadores.

Entre tanto, los pueblos negro, afrocolombiano, raizal y palenquero no han tenido un desarrollo normativo propio, quedando subsumidos a la progresiva aplicación del enfoque diferencial del SGSSS. Solo recientemente, con los acuerdos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia Mundial de la Vida” 2022-2025 [Congreso de Colombia, 2023], y lo contenido en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b], se empiezan a trazar propósitos semejantes a lo ya avanzado con las comunidades, pueblos y naciones indígenas.

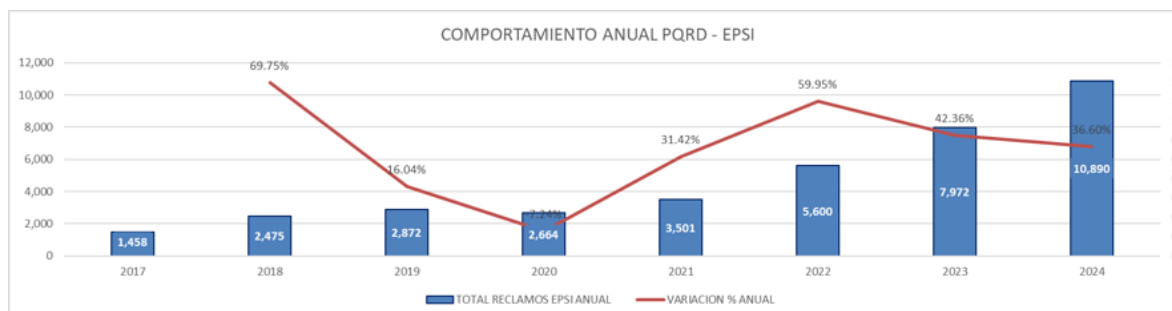
La situación de los pueblos étnicos frente a su garantía del derecho fundamental a la salud se encuentra fuertemente influenciada, de una parte, a las condiciones territoriales presentadas previamente, así como a la crisis progresiva del SGSSS ya mencionada. Por ello, en el caso de los grupos, pueblos y naciones indígenas, se abrió la posibilidad de que constituyeran Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), las cuales se veían como una alternativa de adecuación institucional para lograr el conjunto de elementos formulados en la Ley 691 de 2001.

No obstante, en la práctica, no se logró reorientar estas instituciones, las cuales quedaron atrapadas en la lógica administrativa de aseguramiento en salud. Por ejemplo, con la creciente crisis en salud, las EPSI fueron sometidas a recibir más población indígena, lo que las obligó a transformarse para dar cuenta de las particularidades de cada grupo, pueblo o nación, y a recibir población no indígena¹⁵, introduciendo la lógica de mercado como tal.

Esto se observa indirectamente con el comportamiento de los reclamos en salud radicados ante Supersalud (Figura 12). Tanto los grupos, pueblos y naciones indígenas, como no indígenas, afilados a las EPSI no son ajenos a las barreras en la prestación de los servicios de salud, incluyendo la falta de oportunidad o negación de entrega de medicamentos y otras tecnologías en salud. Esto los lleva a presentar reclamos y quejas para solucionar dicha problemática.

¹⁵ Decreto Ley 968 de 2024 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1182 de 2025 del Ministerio De Salud Y Protección Social.

Figura 12. Comportamiento acumulado de las PQRD EPSI, histórico Supersalud 2017 a 2025



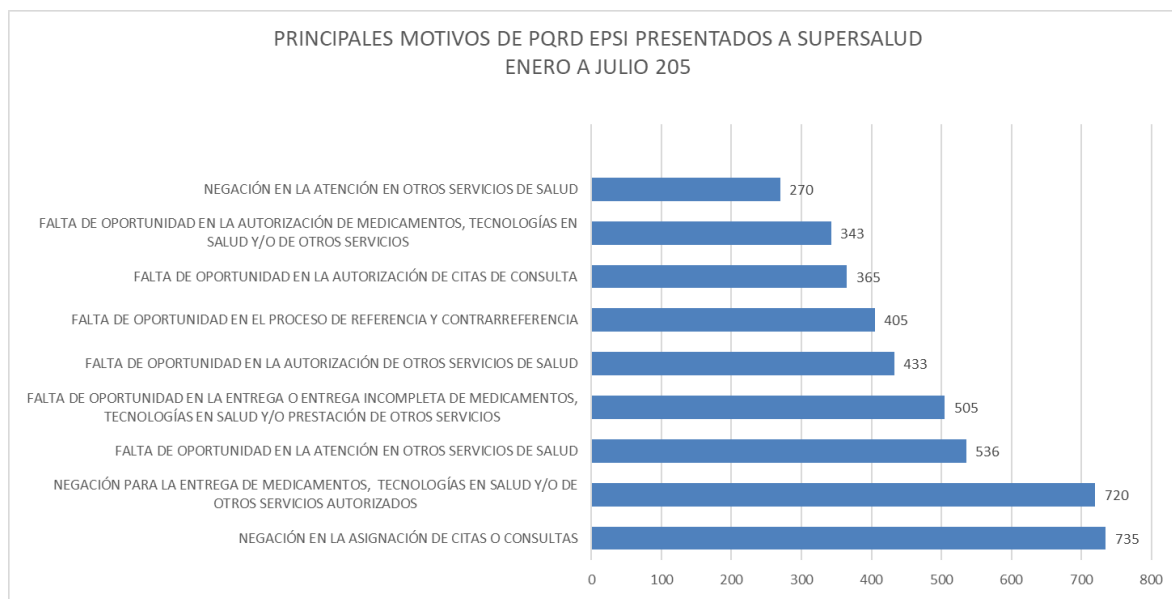
Fuente: Observatorio Supersalud – Análisis (Supersalud, 2025a)

Los usuarios de los grupos, pueblos y naciones indígenas viven además en condiciones principalmente rurales y rurales dispersas. Esto genera dificultades de transporte, las cuales constituyen una barrera estructural de acceso a la salud, y limitan la oportunidad y continuidad de la atención en los territorios de los pueblos étnicos, a diferencia de los entornos urbanos y distritales.

Tal situación implica mayores barreras de acceso y oportunidad, las cuales impiden integralidad

y continuidad de la atención, largas esperas, y tratamientos incompletos, y, a su vez, deriva en gasto de bolsillo, incremento de los riesgos y la vulnerabilidad y efectos socioculturales no cuantificados, que muchas veces motivan el retiro o alta voluntaria (Figura 13). Estas situaciones han sido constantemente enunciadas en los espacios de PMU en los que han participado los departamentos de Guainía, Chocó, Vichada y Vaupés.

Figura 13. Comportamiento PQRD EPSI, Supersalud año 2025 por motivo



Fuente. Observatorio Supersalud – Análisalud [Supersalud, 2025a]

Los modelos operativos para la Amazonía, el Pacífico y la Orinoquía, establecidos por el artículo 22 de la Ley 691 de 2001, se enunciaban como alternativa para garantizar el derecho a la salud en los grupos, pueblos y naciones indígenas, en áreas rurales y dispersas de estas regiones, que reconocían el valor de los conocimientos ancestrales [medicina ancestral y/o tradicional, que combina el manejo de plantas medicinales con dimensiones espirituales y culturales constitutivas de los pueblos étnicos] de sus comunidades. Sin embargo, estos, hasta el momento, no han sido desarrollados.

Lo anterior ha llevado a los grupos, pueblos y naciones indígenas a concentrar esfuerzos en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural [SISPI], el cual se ve como una alternativa para

resolver buena parte de las promesas incumplidas en el SGSSS. No obstante, la puesta en marcha del sistema enfrenta múltiples desafíos que limitan su consolidación. Entre ellos, se encuentra la insuficiencia de recursos financieros, las barreras de articulación institucional, la necesidad de responder a la diversidad cultural y territorial y las dificultades en su transición e implementación.

Por su parte, la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera se encuentra sometida a los avatares del SGSSS en sus territorios, como se observó en los apartados anteriores. Esta situación deja entrever un acumulado pendiente en departamentos como el Chocó y San Andrés y Providencia, donde el acceso, al igual que sucede con la población indígena, cuenta con barreras geográficas, económicas, administrativas

y culturales que deterioran la oportunidad en atención básica y complementaria, así como la disponibilidad oportuna de servicios, medicamentos y otras tecnologías en salud.

En conclusión, las afectaciones del derecho a la atención en salud y, en particular, del derecho al acceso a medicamentos afectan de manera desproporcionada a personas y

territorios vulnerables como sujetos de especial protección constitucional. Las consecuencias de esta problemática tienen impactos que van más allá del estado de salud y bienestar de las poblaciones, afectan de manera interdependiente otros derechos sociales, económicos y culturales, perpetuando la situación de pobreza y las brechas e inequidades de desarrollo entre los territorios.





Parte 2.

La falta de acceso a
medicamentos como
indicador del derecho
a la salud

“

El señor con cáncer allá afuera, en Saboyá, en Chiquinquirá, en Tipacoque, o en el pueblito que sea, sigue esperando que le den su inyección, que es carísima para el tema de sangre, por citar un ejemplo de esos que ustedes conocen.”

Defensora Regional

5. Resultados de la estrategia de respuesta inmediata para la atención de problemáticas de acceso a medicamentos en Colombia

“

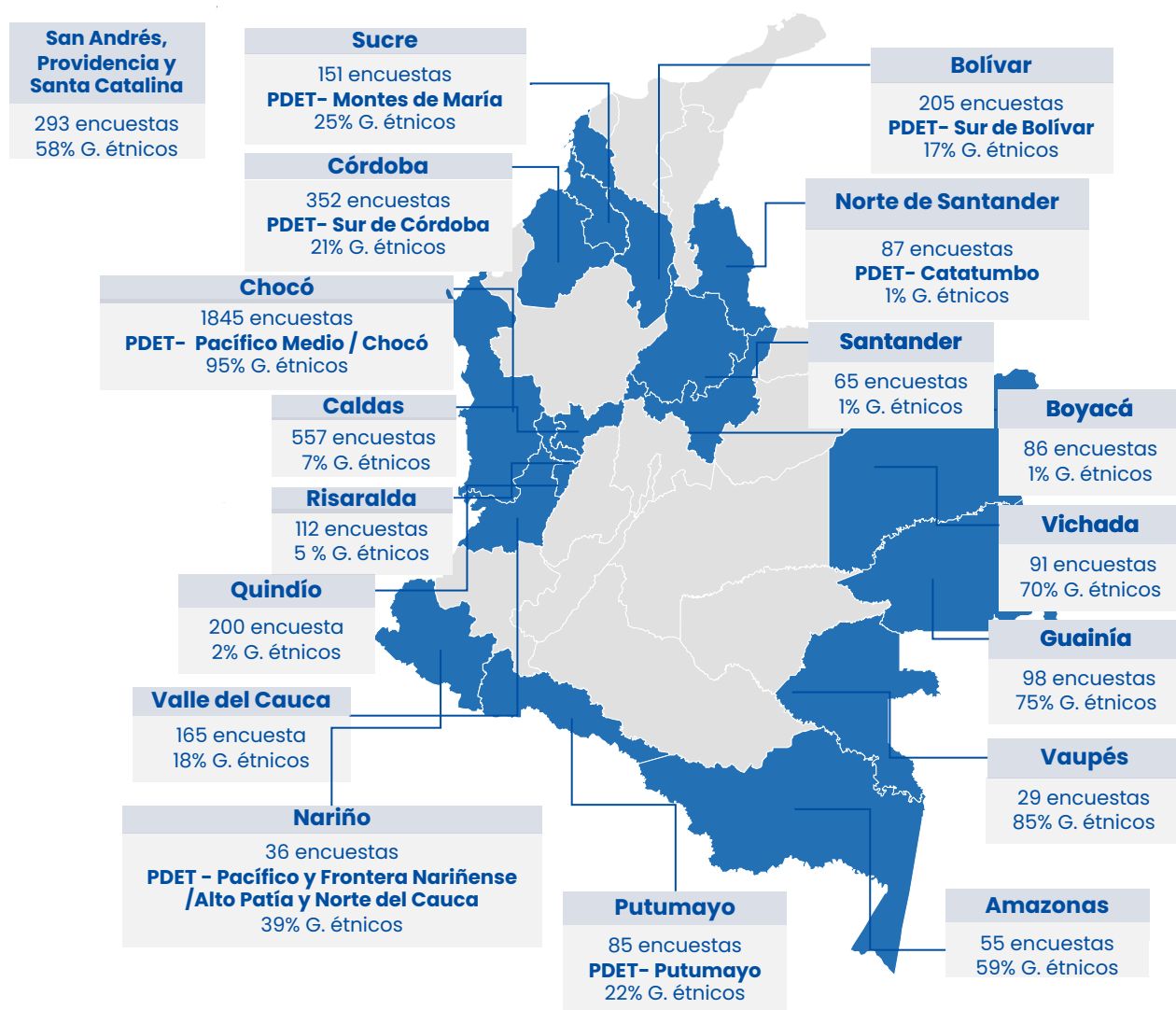
Un paciente que operaron de un ojo, necesitaba un colirio que no le entregaban y que valía cerca de trescientos mil pesos. El paciente se hizo amigo de otro paciente que operaron el mismo día y que sí pudo comprarlas. Decidieron compartir, él iba a que le aplicara una gota en la mañana y volvía en la tarde para que le aplicara la otra. Trataban de que el medicamento alcanzara para los dos”.

Veedor en el norte del país.

Con base en todos los datos antes descritos, sumado al comportamiento de las tutelas y las quejas y reclamos (desde Supersalud y desde la Defensoría del Pueblo), se justificó la priorización de los 16 departamentos (18 regionales de la Defensoría del Pueblo) en donde se implementó

la estrategia de acción inmediata y el desarrollo de los PMU. Estos departamentos cubren cerca del 20% de la población de Colombia y predominan aquellos con presencia de población étnica y con zonas rurales y rurales dispersas mayoritariamente (Ver figura 14).

Figura 14. Distribución de territorios priorizados en el marco del PMU y presencia de municipios en donde operan los PDET



Fuente: Elaboración propia.

En la implementación de la estrategia de respuesta inmediata, se han realizado 43 reuniones y seguimientos territoriales con la participación de 17 tipos de actores, entre ellos EPS, gestores farmacéuticos, hospitales, autoridades locales y nacionales, organismos de control, asociaciones profesionales y organizaciones sociales (Ver figura 15). Como resultado de estos ejercicios, ha sido posible caracterizar detalladamente la problemática en la falta de acceso a medicamentos, así como sus consecuencias y efectos dentro de la vulneración del derecho a la salud, basada en datos de diversas fuentes de información con un enfoque territorial y municipal.

Estos espacios interinstitucionales permiten la coordinación entre EPS, IPS, autoridades territoriales, entes de control y ciudadanía, con el fin de identificar casos críticos, establecer compromisos verificables y activar rutas de solución administrativa a las vulneraciones al derecho a la salud. Aunque la estrategia es de respuesta coyuntural y se ha enfocado principalmente en resolver los problemas de no

entrega de medicamentos, en los PMU también se abordaron las situaciones más críticas de cada departamento que ponían en riesgo el derecho a la salud. Así, se entablaron diálogos entre instituciones públicas y privadas del sector salud para propiciar mecanismos administrativos que permitieran la solución de situaciones complejas como el pago de deudas y autorizaciones de servicios complementarios, entre otras.

De ahí que no se hayan hecho cierres definitivos de la estrategia, sino cortes parciales de seguimiento para evaluar avances y análisis y traslado o complemento del monitoreo a las mesas regionales de moralización, convocadas por la Contraloría o en el marco de las redes de controladores que coordina la Supersalud. Esto se hizo teniendo en cuenta que se observa que la crisis del sistema se agrava con el tiempo, que el cumplimiento de los compromisos requiere un acompañamiento constante y que las entidades han encontrado un balance favorable y enriquecedor en las mesas de trabajo.

Figura 15. Línea del tiempo de reuniones y seguimientos

Fecha	Actividad
24 de marzo	Carta al Ministro de Salud: Grave situación de desatención del derecho a la salud
25 de marzo	Concepto dirigido al Congreso de la República sobre el Proyecto de Ley de reforma al SGSSS.
26 de marzo	Reunión entre Defensoría del Pueblo y Ministerio de Salud y Protección social
27 de marzo	Reunión técnica de la Red Nacional de Controladores
27 de marzo	Reunión Defensoría del Pueblo y Alcaldía Mayor de Bogotá.
27 y 28 de marzo	Reunión Delegada para el Derecho a la Salud con Colegio Médico de Cundinamarca, Mesa Crisis en Salud, ACEMI, Gestar Salud y expertos en administración en salud.
28 de marzo	Reunión Vicedefensor del Pueblo, ADRES [Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud] y Viceministro Protección Social
31 de marzo	Reunión de Defensora del Pueblo, Ministro de Salud y Protección Social, Director ADRES, Superintendente Nacional de Salud.
03 de abril	Reunión de Superintendente delegado para entidades Territoriales y Defensora delegada para la Salud y Seguridad Social
04 de abril	Reunión con Ministerio de salud para presentación de la estrategia de respuesta inmediata y priorización de departamentos
10 de abril	Instalación de PMU Caldas
16 de mayo	Instalación de PMU Nariño
19 de mayo	Reunión de la Defensora del Pueblo con Hospitales públicos y privados del país
23 de mayo	Instalación de PMU Risaralda
27 de mayo	Instalación de PMU en Chocó
28 de mayo	Instalación de PMU en Guainía
4 de junio	Instalación de PMU Quindío
5 de junio	Instalación de PMU San Andrés
5 de junio	Instalación de PMU Putumayo
10 de junio	Instalación de PMU Boyacá
26 de junio	Instalación de PMU Valle del Cauca
10 de julio	Instalación de PMU Nacional [Sucre, Bolívar, Córdoba, Santander, Norte de Santander y Vaupés
6 de agosto	Reunión con movimientos sociales
11 de agosto	Balance de PMU en Pereira
13 de agosto	PMU Nacional con 42 defensores regionales
11 de septiembre	Mesa de trabajo con ACESI en el eje cafetero
17 de septiembre	Mesa de trabajo con Secretaría de Salud de Sucre, Supersalud y EPS
19 de septiembre	Instalación del PMU de Amazonas

“

Si hay alguien de la Defensoría en el dispensario con chaleco, aparecen los medicamentos y los entregan. El chaleco hace milagros”.

Paciente en punto de dispensación en el sur del país.

5.1. Los PMU como escenario de coordinación institucional para el diseño de medidas administrativas:

En los puestos de mando unificado en salud (PMU) se han reunido actores territoriales como personeros, veedores, contralores y secretarías de salud, junto con IPS, EPS, gestores farmacéuticos, y la representación ciudadana y de la sociedad civil, del nivel nacional y territorial, quienes han visibilizado problemas concretos como la falta de entrega oportuna de medicamentos, las largas filas y las deficiencias en las remisiones. Sus aportes han permitido que la realidad cotidiana de los pacientes llegue a la mesa de discusión, fortaleciendo el carácter participativo del mecanismo y generando información clave sobre avances e irregularidades en cada región.

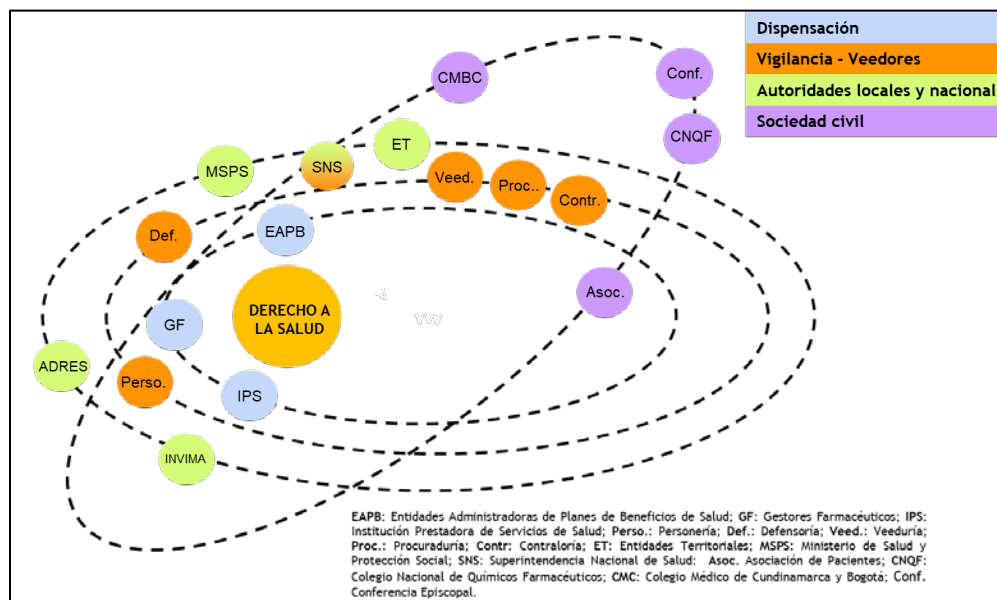
Por su parte, los actores nacionales han participado y aportado análisis y orientaciones técnicas. La ADRES ha aportado información en vivo de los giros directos, presentando los tableros de pago por territorio, el MinSalud ha presentado los tableros de seguimiento al desabastecimiento y el Invima ha aclarado factores técnicos y regulatorios que se asocian al mismo.

La Supersalud presenta las líneas de base de las quejas y reclamos por municipio y por causas, y la Procuraduría y los personeros presentan y denuncian irregularidades en la gestión y en la atención, mientras que colegios profesionales han sumado perspectivas sobre la práctica médica y farmacéutica. Por su parte, la Conferencia Episcopal ha contribuido con un enfoque ético y conciliador, reforzando la importancia del diálogo entre los actores para resolver la crisis.

La figura 16 muestra cómo los actores que se comportan como un “sistema solar”. Todos giran en torno a la garantía del derecho a la salud, pero la débil gobernanza del sistema dificulta su articulación y su coordinación. Cada uno permanece en su órbita, cumpliendo sus funciones, con escasa comunicación.

El esquema ayuda a resaltar que, aunque las EPS, IPS y gestores farmacéuticos son los primeros involucrados, su labor depende de muchos otros. Las veedurías y los ciudadanos son quienes permiten alertar tempranamente sobre barreras o vulneraciones y hacer seguimiento a los compromisos. **Es decir, el sistema de salud requiere con urgencia de una gobernanza nacional y territorial, con capacidad de convocatoria y de diálogo, con poder de decisión y que los recursos fluyan, para hacer efectivo el derecho a la salud en el país.** La figura 16 ilustra este sistema solar de actores involucrados en la garantía del derecho.

Figura 16. Mapa de actores: Sistema solar del derecho a la salud y el acceso a medicamentos



Fuente: Elaboración propia

5.2. Los PMU evidenciaron una problemática multifactorial:

Los compromisos establecidos por las entidades participantes en los PMU, especialmente con responsabilidad de pagos por parte de las directivas nacionales de las EPS, se cumplieron parcialmente en cada uno de los cortes de evaluación (no más del 50% de los compromisos). Esto evidencia que, pese a algunos avances, persisten problemas estructurales que superan la capacidad institucional.

Adicionalmente, se aplicó un instrumento específico de verificación del derecho al acceso

a los medicamentos, consistente en una encuesta a personas en los puntos de dispensación, que permitió identificar 3.449 casos de barreras de acceso a medicamentos y a tecnologías en salud en todo el territorio nacional. Se realizó seguimiento a 1.798 casos, de los cuales el 48% no han sido resueltos, el 24% recibió entregas parciales, y el 28%, entregas totales.

Del análisis cualitativo de las actas y de los registros audiovisuales de los PMU, así como de la aplicación de las encuestas, se destacan tres problemáticas comunes: i) las fallas crecientes y sistemáticas en el acceso a medicamentos, ii) los problemas de financiación y flujo de recursos y iii) la preocupación por los impactos clínicos, emocionales y sociales sobre los pacientes y sobre el personal de salud.

5.2.1. Acceso a medicamentos y reclamos ciudadanos

En todos los departamentos se observa un patrón reiterado de negación, entrega incompleta o fraccionada de medicamentos. Pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, así como usuarios con patologías de alto costo y salud mental, se ven obligados a interrumpir tratamientos o pagar de su bolsillo para no descompensarse.

La concentración de la red en pocos dispensarios genera largas filas, desplazamientos forzados y exclusión digital por sistemas de turnos virtuales. Un funcionario de la Personería de un municipio del eje cafetero lo resumió así: *“si usted va como una persona que necesita la dispensación, el 30 o 40% de la medicación no hay, o si la hay, solo es para atender tutelas”*. Estas fallas logísticas y administrativas han deteriorado la confianza ciudadana y han transformado el acceso a medicamentos en una de las principales causas de judicialización del derecho a la salud en Colombia.

5.2.2. Deudas y ausencia de flujo de recursos

La crisis financiera es transversal a todas las regiones, con deudas de las EPS hacia las IPS que comprometen la sostenibilidad de los hospitales y clínicas. Nueva EPS aparece de manera reiterada como el principal deudor en el territorio nacional, con situaciones que ponen en un punto crítico la red de prestación de departamentos como

Caldas, Quindío y Risaralda, así como Boyacá, de acuerdo con los reportes de cartera de las IPS y los seguimientos desde las Defensorías Regionales y las Secretarías de Salud en estos territorios. Esto ha generado atrasos en nóminas, suspensión de servicios y riesgo de cierres hospitalarios.

5.2.3. Impacto en usuarios y/o personal de la salud

La falta de acceso a medicamentos y la desfinanciación tienen consecuencias directas sobre los derechos a la vida, la dignidad y la seguridad de pacientes y trabajadores del sector [Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 2025]. En reuniones de distintos niveles, se denuncia que los usuarios con enfermedades crónicas sufren hospitalizaciones evitables, descompensaciones y, en algunos casos, pueden generarse muertes derivadas de la no entrega oportuna de fármacos.

En Nariño, según cifras presentadas en el PMU del departamento, el 87% de los pacientes ha tenido que comprar sus medicamentos de su propio bolsillo. En todos los demás PMU realizados, los testimonios sugieren que, debido a la falta de atención o entrega de medicamentos, los usuarios corren el riesgo de ver afectada su calidad de vida y, en algunos casos, poner en riesgo la vida a causa de esta situación. El impacto emocional es profundo: frustración, desesperanza, agresividad y pérdida de confianza en el sistema. Esta tensión también se traslada al personal médico, que enfrenta sobrecarga laboral e incluso episodios de violencia.

5.2.4. Vulnerabilidad territorial

En los departamentos con zonas mayoritariamente rurales y rurales dispersas, el acceso a medicamentos se encuentra atravesado por barreras geográficas y étnicas que intensifican las inequidades del sistema de salud.

La dispersión geográfica y la falta de pertinencia cultural agravan la exclusión. En Guainía, un parlamentario denunció: *“el carro de {señor} es el que ha tenido que venir a recoger enfermos, porque las ambulancias fluviales están dañadas o fuera de servicio”*. En San Andrés, las veedurías señalaron: *“los pacientes deben pernoctar en sitios no adecuados, no se está realizando en hoteles, al igual que la dieta de pacientes oncológicos cuando requieren traslado”*. En Chocó, líderes comunitarios expresaron: *“no hay medicamentos ni condiciones dignas en los dispensarios, los pacientes hacen filas desde la madrugada y al final les dicen que no hay nada. La gente siente que nos están dejando morir”*. Estos relatos evidencian que el derecho a la salud en la periferia no solo está mediado por la disponibilidad de medicamentos, sino por la capacidad física, económica y cultural de acceder a ellos.

Los compromisos establecidos en el marco de los PMU, en su rol de facilitadores de concertación: La estrategia de respuesta inmediata ha facilitado compromisos comunes orientados a soluciones administrativas y operativas de corto y mediano plazo. Si bien hasta el momento es difícil considerar un porcentaje de avance relevante, se destacan acciones resolutivas como la conformación de mesas de trabajo para la creación de rutas con

el fin de lograr la estabilización de pagos a nivel departamental y regionales en las que se ha realizado conciliación, acuerdos de pago y de apertura de servicios cerrados.

También se han promovido mejoras físicas en dispensarios, incremento de personal en salud, creación de programas de priorización de entregas, inclusión de traductores y personal para la atención con enfoque diferencial, ampliación de puntos de atención, entrega domiciliaria de medicamentos y resolución de casos críticos de atención. El cumplimiento de estos compromisos ha fortalecido la confianza interinstitucional y la participación de los usuarios [Ver tabla 2].

Estos avances contribuyen a disminuir la congestión judicial, porque se prioriza la gestión directa de casos, además de destrabar procesos locales, mediante la participación de los actores del nivel nacional. Asimismo, se han alcanzado mejoras en los servicios farmacéuticos y en la atención a los pacientes, reforzando la legitimidad del proceso y consolidando estos escenarios como espacios de diálogo entre actores nacionales, regionales y locales.

Sin embargo, la estrategia pierde fuerza con el tiempo por el atasco de recursos. Se cubre una deuda y crece otra. Los resultados también muestran desafíos que requieren atención sostenida. Uno de los principales problemas es la dificultad para mantener el flujo de recursos y el cumplimiento de los acuerdos de pago. El problema del atasco de recursos exige un plan de conciliación y pagos cierta, en medio de la pugnacidad del debate sobre la financiación del

sistema. Este aspecto amenaza la sostenibilidad de las soluciones y genera incertidumbre entre los actores.

Del mismo modo, se ha identificado la necesidad de fortalecer canales de comunicación resolutivos en el nivel territorial. En efecto, muchas entidades mantienen gestiones administrativas centralizadas en Bogotá, lo que limita la capacidad de respuesta regional y retrasa las decisiones.

En conjunto, los resultados a la fecha confirman la importancia de espacios de concertación y articulación territoriales, idealmente por regiones macro, que permitan entender integralmente las dificultades de la red de prestación de servicios

de salud pública y privada, y garantizar la sostenibilidad a su funcionamiento. La falta de disponibilidad en el punto, la persistencia de las deudas y las limitaciones logísticas de los nuevos dispensadores son situaciones que requieren una acción inmediata, según lo resaltado de manera frecuente a lo largo de los PMU. A nivel regional, persisten dificultades en territorios de difícil acceso para garantizar la entrega de medicamentos, por irregularidades derivadas de cambios de gestores farmacéuticos sin planes de transición adecuados. También se identificaron situaciones donde la referencia y contrarreferencia generan congestión hospitalaria, incrementando las presiones sobre el sistema.



Tabla 2. Resumen de compromisos derivados de los PMU en cada departamento donde se implementó la Estrategia de respuesta inmediata

Compromisos	Responsable	Caldas	Risaralda	Quindío	San Andrés Islas	Bolívar, Sur de Bolívar	Sucre	Córdoba, Sur de Córdoba	Boyacá	Valle del Cauca	Nariño	Chocó	Santander	Norte de Santander	Guainía	Putumayo	Vaupés	Amazonas
Garantizar la participación activa de todos los actores en los procesos de seguimiento y en las reuniones.	Todos los actores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atender las PQRD por entregas pendientes de medicamentos, con verificación por parte de los entes de control.	EAPB/ Gestores/ Entes de control	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Establecer una comunicación efectiva entre pacientes, gestores farmacéuticos y entes de control, para facilitar el seguimiento y la supervisión.	EAPB/ Gestores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar mesas técnicas para abordar problemáticas territoriales, de cartera, pago de giros directos, procesos de referencia y contrarreferencia, así como la revisión de censos étnicos.	EPS/IPS/ Gestores/ Entes de control		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Fortalecer los equipos técnicos y asignar recursos para mejorar la recolección de datos, el seguimiento y la toma de decisiones.	Todos los actores	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X			X	

Compromisos	Responsable	Caldas	Risaralda	Quindío	San Andrés Islas	Bolívar, Sur de Bolívar	Sucre	Córdoba, Sur de Córdoba	Boyacá	Valle del Cauca	Nariño	Chocó	Santander	Norte de Santander	Guainía	Putumayo	Vaupés	Amazonas
Realizar encuentros periódicos con asociaciones de usuarios y veedurías ciudadanas.	EAPB/ Gestores / Entes de control	x	x		x	x	x	x		x		x	x	x			x	x
Diseñar un plan de acción para eliminar barreras de acceso, con soluciones estructurales, atención a casos específicos y fortalecimiento de la red de servicios y operadores de dispensación.	EAPB	x	x	x	x			x	x	x		x			x	x		x
Proponer políticas públicas que garanticen servicios complementarios en zonas con barreras geográficas, habiliten el pago de deudas de vigencias anteriores con recursos corrientes de la UPC, evalúen la pertinencia de una UPC adicional para la población indígena y contribuyan a mitigar el gasto de bolsillo.	Todos los actores	x	x		x										x	x		x

6. Vulneración del acceso a medicamentos en Colombia: Una medición del problema y sus consecuencias

“

No quiero que me hagan encuestas o me pregunten nada, quiero que me entreguen los medicamentos”.

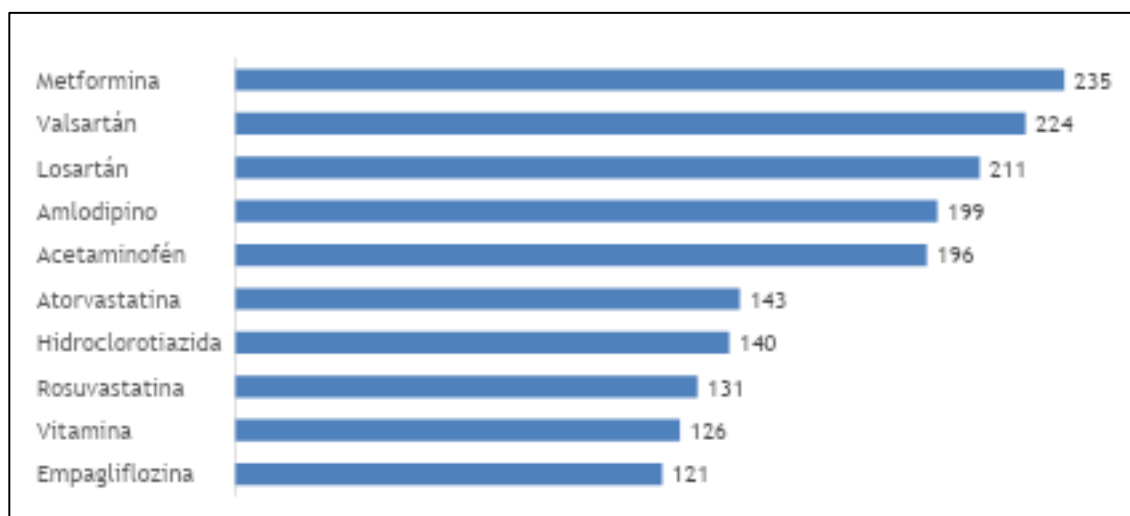
Paciente en punto de dispensación en el centro del país.

Con fecha de corte al 18 de septiembre de 2025, se han realizado 3.449 encuestas de verificación del derecho al acceso a medicamentos, en los 33 departamentos del país. En cuatro departamentos se realizó el 50% de las encuestas: Chocó, Cesar, Bogotá y Caldas. Respecto al gestor o dispensador asociado a la no entrega de los medicamentos, se encontró un listado de 94 entidades involucradas. En cuanto a sus características demográficas, el 64,98% de las encuestas las respondieron personas que se identificaron como mujeres; el 34,88% se identificó como hombre; el 0,09%, como no binaria; el 0,03%, como persona trans; y el 0,03% prefirió no decirlo. Relacionado con la edad, el 94% de los pacientes eran mayores de

18 años y el 6% menores de 18 años. Por último, se resalta que, del total, el 0,46% de los pacientes encuestados eran extranjeros.

Los resultados de las encuestas muestran que los pacientes reportaron la no entrega de 584 medicamentos diferentes. Más del 90% de los encuestados manifestaron problemas en la entrega de medicamentos, entrega incompleta o demoras en la entrega. Los tres medicamentos que fueron reportados como no entregados con mayor frecuencia fueron Metformina, seguida de Valsartán y de Losartán. En el grupo de los 10 primeros medicamentos (ver figura 17), se acumula el 25% de los reportes de no entregas.

Figura 17. Top 10 de medicamentos con mayor reporte de no entrega

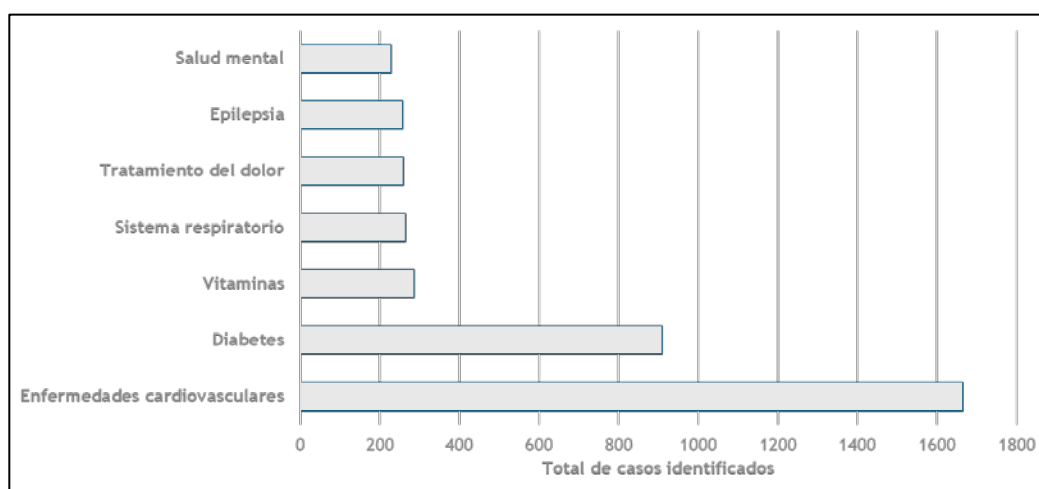


Fuente: Elaboración propia

El 66% de los medicamentos no entregados se agrupan en medicamentos utilizados para la diabetes y las enfermedades cardiovasculares [hipertensión arterial, falla cardíaca, niveles elevados de colesterol en sangre, entre otros].

También se destaca el grupo de medicamentos en el tratamiento del dolor y aquellos indicados para el sistema respiratorio, la salud mental y otras condiciones neurológicas como la epilepsia [Figura 18].

Figura 18. Top de condiciones en salud donde son utilizados los medicamentos con mayor reporte de no entrega



Fuente: Elaboración propia

En relación con el número de medicamentos que no le fueron entregados a los pacientes, el promedio fue de 2. Así, del total de pacientes, a 1.671 [48%] no les fue entregado uno de los medicamentos y al 52% restante no les fueron entregados dos o más medicamentos. Se destacan situaciones como las de once pacientes que reportaron que no les entregaron 10 o más medicamentos.

Una vez los pacientes indicaban que no les había entregado los medicamentos solicitados, se les preguntó cómo solventarían la situación, ante lo cual el 61% manifestó que lo compraría

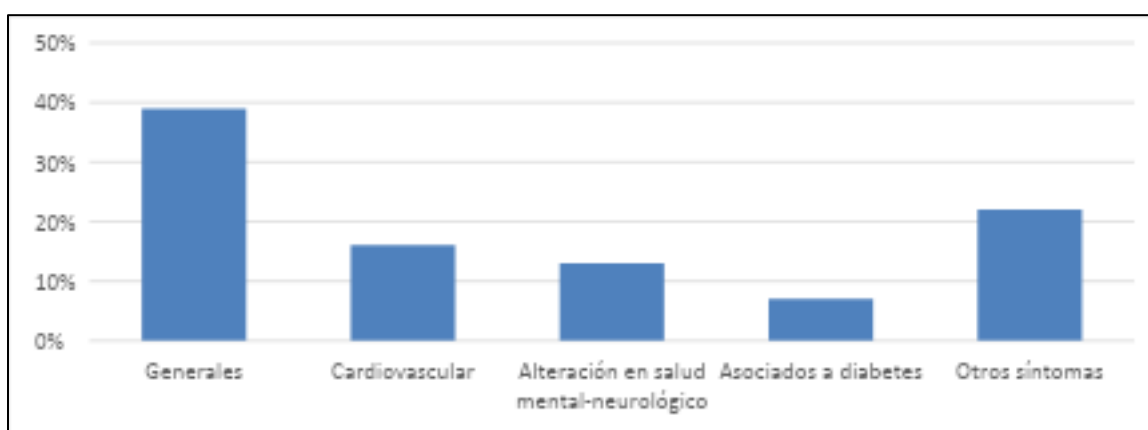
de manera particular; un 14% reduciría la dosis; otro 14% indicaron que lo solucionarían de otra forma, como esperar a que la EPS se lo entregue o suspender el consumo del medicamento; un 9% usaría remedios caseros; y 2% indicó que sustituiría por otro medicamento.

Al preguntarle a los pacientes sobre los síntomas que aparecieron tras la no recepción de sus medicamentos, el 37,5% reportó síntomas considerados como generales [ej. malestar, alergia, dolor, mareo], el 16% síntomas clasificados como cardiovasculares [ej. anemia, hipertensión, hipotensión, coronario], el 13% mencionó

síntomas relacionados con la alteración en salud mental y neurológica [ej. Alzheimer, convulsiones, epilepsia, migraña, Parkinson, alteraciones el sueño, autolesiones] y el 7%, síntomas propios de la diabetes [ej. glaucoma,

hiperglicemia, neuropatía diabética] [Ver figura 19]. Adicionalmente, se identificaron nueve casos que llevaron a la hospitalización de los pacientes, y en 39 casos los síntomas fueron reportados por pacientes que son niños, niñas y adolescentes.

Figura 19. Clasificación de principales síntomas manifestados por los pacientes tras la no entrega de los medicamentos



Fuente: Elaboración propia

6.1. Estimación del impacto económico para el paciente por la compra de los medicamentos no entregados

En la tabla 3, se presenta el resultado de la estimación del costo diario de tratamiento para seis medicamentos. Se seleccionaron los medicamentos con mayor frecuencia de no entrega [Metformina, Insulina Glargina y Valsartán] y aquellos usados en diagnósticos de

salud mental y otras condiciones neurológicas [Quetiapina y Ácido Valproico], y en salud materna [Ácido Fólico], por ser poblaciones y condiciones trazadoras para el decálogo de la Defensoría del Pueblo.

El medicamento de mayor precio de los medicamentos seleccionados es el Ácido Valproico, con un valor de \$9.008 por día de tratamiento. Esto quiere decir que si un paciente al que no le entregaron el ácido valproico decide comprarlo, ese es el costo diario promedio que debe asumir para poder cumplir con su tratamiento.

Tabla 3. Descripción de costo diario de tratamiento

Medicamento	Costo	Tratamiento diario	Costo diario tratamiento
Ácido Valproico	\$6.005 por gramo	1,5 gramos	\$9.008
Quetiapina	\$16,36 por miligramo	400 miligramos	\$ 6.542
Metformina	\$2.614 por gramo	2 gramos	\$ 5.228
Insulina glargina	\$121 por unidad	40 unidades	\$ 4.852
Valsartán	\$9,53 por miligramo	80 miligramos	\$ 765
Ácido fólico	\$0,16 por microgramo	400 microgramos	\$ 64

Fuente: Elaboración propia

Con estos datos, se estima que una persona, con un ingreso mensual promedio de 2024, tendría que destinar el 25% de su ingreso mensual para comprar un tratamiento completo de Ácido Valproico, el 14% en el caso de metformina, y el 0,17% para Ácido Fólico [Tabla 4].

Tabla 4. Proporción del ingreso necesario para comprar el tratamiento por 30 días para medicamentos seleccionados

Medicamento	Costo tratamiento por 30 días	Proporción del ingreso destinado a la compra del tratamiento
Ácido Valproico	\$ 270.240	25%
Quetiapina	\$ 190.260	17%
Metformina	\$ 156.831	14%
Insulina glargina	\$ 145.560	13%
Valsartán	\$ 22.942	2%
Ácido fólico	\$1.920	0,17%

Fuente: Elaboración propia

El impacto económico que tiene para una persona la compra de un medicamento que no le fue entregado, debido a las desigualdades económicas que tiene el país, representa entre un 7% y un 90% de sus ingresos, lo que afecta el goce de otros derechos como alimentación, educación o vivienda digna. Pero este impacto es más alto en algunos departamentos del país, como en Vichada, Vaupés, Chocó o La Guajira. Así, estos resultados muestran también las grandes brechas

económicas que existen en el país para que una persona asuma la compra de un medicamento y el impacto en su economía [Ver figura 20].

En Vichada, la mitad de las personas (≈59.000 habitantes) tienen un ingreso per cápita que les impide comprar un tratamiento con Ácido Valproico, Quetiapina o Insulina Glargina, en caso de requerir uno de ellos. Si alguna de esas personas sufre de epilepsia, algún problema

de salud mental, o es diabética, simplemente tendría que suspenderlo o comprarlo más caro al menudeo, con el riesgo de complicar su estado de salud.

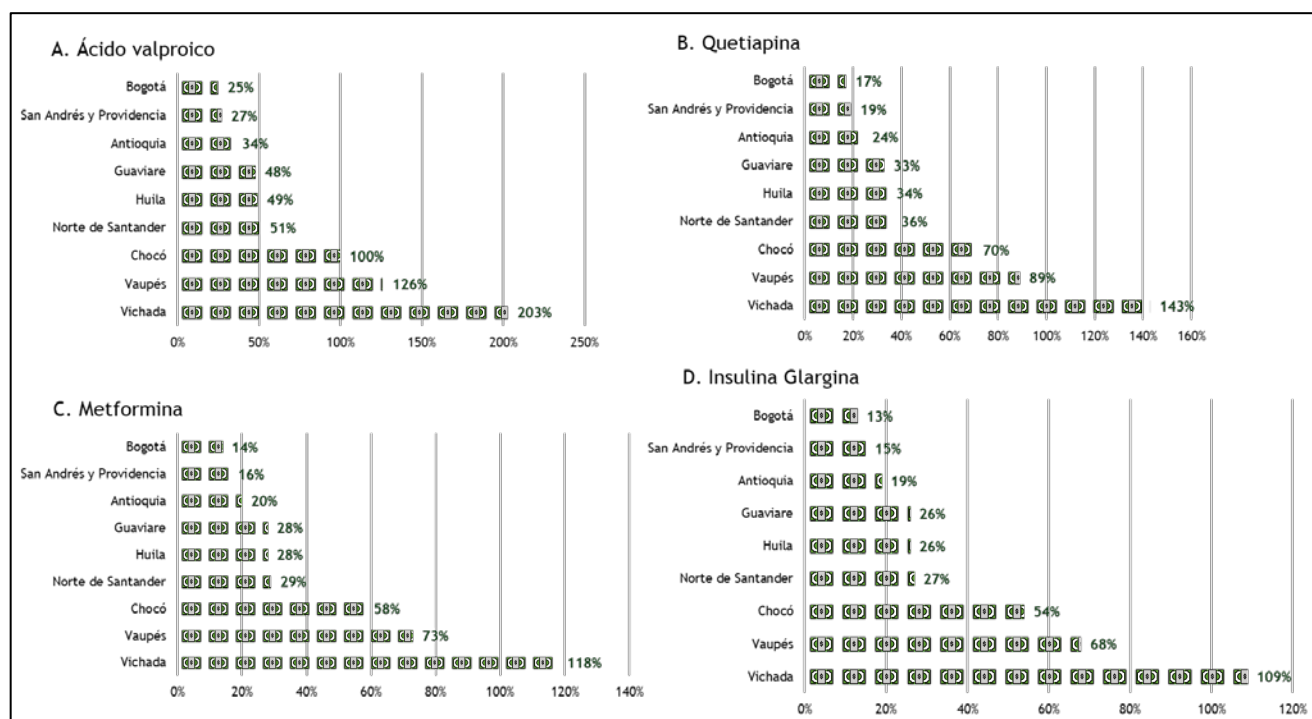
En Vaupés, para la mitad de los habitantes (≈ 27.000), comprar el tratamiento con Ácido Valproico, en caso de requerirlo, implicaría destinar el 126% de su ingreso mensual; en Chocó, cerca de 281.000 habitantes tendrían que destinar la totalidad del ingreso, si tuvieran el diagnóstico de epilepsia; y, en La Guajira, alrededor de 16.000 personas tendrían que destinar el 86% de su ingreso, si necesitaran este medicamento y les fuese vulnerado el derecho a la entrega oportuna y suficiente (ver Anexo 4, Tabla 4 y tabla 5).

Es fundamental analizar en qué medida el dinero destinado a la adquisición de medicamentos obliga a reducir recursos para cubrir otras necesidades básicas o, incluso, genera riesgos de no poder mantener la continuidad de un tratamiento a futuro. La OMS sugiere que, si un paciente destina más del 3,3% de su ingreso mensual para la compra de medicamentos, es un

resultado alarmante, pues estaría implicando una desprotección económica, en la cual la población podría exponerse a dificultades para acceder a sus servicios de salud. Es decir, las personas deberían tener que elegir entre pagar por su atención médica o cubrir otras necesidades básicas (Organización Mundial de la Salud, 2022; Organización Mundial de la Salud & Health Action International., 2008)2022; Organizaci\nc0\ u243{n Mundial de la Salud & Health Action International., 2008

Como parte de este análisis se debe tener en cuenta que existen otros costos indirectos (p. ej. transporte, alimentación, cuidador) y el costo de oportunidad (p. ej. horas que deja de trabajar) que conlleva la adquisición propia de los medicamentos que requiere un paciente. Esto incrementaría en mayor medida el impacto económico. Además, usualmente, a un paciente se le prescribe más de un medicamento para el tratamiento de su enfermedad, por lo cual se deben sumar los costos del tratamiento para todos los medicamentos que requiera.

Figura 20. Proporción del ingreso por departamento necesario para cubrir el costo de tratamiento del ácido valproico, quetiapina, metformina e insulina glargina para departamentos seleccionados



Fuente: Elaboración propia

6.2. Impacto en el bienestar y calidad de vida de los pacientes por la no entrega de medicamentos

Los testimonios encontrados a través de la encuesta ponen de manifiesto los síntomas y dolencias tanto físicas como mentales y de bienestar de la población. La población señala reiteradamente que “[los miembros de la entidad] se esperan a [que] venza la fórmula para no entregar” o “no entregan domicilios”, “hay que hacer filas interminables y al final no hay”. Esto demuestra cómo las barreras administrativas y logísticas se

convierten en un mecanismo de exclusión que interrumpe la continuidad de los tratamientos médicos, vulnera derechos fundamentales como el de la salud y la integridad e impacta el goce de otros derechos interdependientes.

Frente a esa precariedad, los hogares recurren a estrategias desesperadas de afrontamiento para suplir la no entrega de tecnologías médicas. Expresiones como “me gasto el sueldo al comprarlo”, “no lo ha dejado de tomar porque se consigue plata prestada” o “compra de manera particular; 500.000 el medicamento” evidencian cómo la economía familiar es sacrificada para preservar la vida.

El impacto de esta crisis es, además, diferencial

y acumulativo: niños con crisis epilépticas y desnutrición, personas mayores que manifiestan que “*han desmejorado significativamente su calidad de vida*”, mujeres embarazadas en riesgo y personas con discapacidad o trastornos de salud mental enfrentan un deterioro acelerado de su autonomía y bienestar. En estos grupos, la falta de medicamentos no solo agrava la enfermedad, sino que produce un daño social ampliado, pues aumenta la carga de los cuidadores, refuerza la desigualdad territorial y étnica, y profundiza la exclusión histórica de poblaciones ya vulneradas.

La evidencia internacional documenta que las barreras de acceso a medicamentos tienen un impacto mensurable sobre la salud mental. En un estudio transversal realizado en Líbano, Cherfane et al.[2024] encontraron que los participantes con enfermedades crónicas reportaron niveles elevados de síntomas en la escala DASS-21 [Depression, Anxiety and Stress Scales] y más del 90 % atribuyó sus síntomas a la escasez de medicamentos, lo que evidencia una relación directa entre estas demandas insatisfechas y el malestar psicológico. De forma complementaria, Lassi et al.[2024] mostraron que el acceso retrasado o no cumplido a medicamentos prescritos se asoció con puntuaciones significativamente mayores en ítems de ansiedad del GAD-7, como “preocuparse demasiado” ($\eta^2p = 0,017$; $p < 0,001$) y “dificultad para relajarse” ($\eta^2p = 0,010$; $p < 0,001$).

Estos hallazgos confirman que la falta de

disponibilidad farmacológica puede detonar síntomas de ansiedad, preocupación e irritabilidad en poblaciones que dependen de tratamientos continuos. Por último, el estudio de Eimontas et al. [2022] muestra que aquellos pacientes que reportaron no poder obtener los medicamentos prescritos tuvieron mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y uso de psicofármacos.

El impacto psicológico derivado de la interrupción terapéutica tiene, a su vez, consecuencias sobre el comportamiento en salud. Un metaanálisis de DiMatteo et al. [2000] mostró que las personas con depresión tienen tres veces más probabilidad de no adherirse a los tratamientos médicos [OR = 3,03; IC95 %: 1,96–4,89]. Por tanto, la falta de disponibilidad de medicamentos no solo compromete el manejo clínico de estas condiciones, sino que además desencadena una verdadera cascada de deterioro clínico y psicosocial.

Esta problemática genera síntomas de ansiedad, estrés y depresión, que disminuyen la adherencia terapéutica, perpetúan el descontrol de las enfermedades, y profundizan el malestar emocional. Este círculo vicioso incrementa de manera sostenida la carga para los pacientes y para los sistemas de salud.



Parte 3.

Conclusiones y recomendaciones

“

Aquí todos tenemos que poner algo de nuestra parte para la solución. Los compromisos para encontrar las soluciones se deben cumplir”.

Veedora en el departamento del Valle del Cauca.

7. Diagnóstico del Problema: Vulneración Generalizada del Acceso a Medicamentos y del Derecho a la Salud

La garantía del derecho fundamental a la salud en Colombia enfrenta una crisis estructural que, sin ser nueva, en la actualidad trae elementos de mayor criticidad y de regresividad, relacionados con el funcionamiento y la financiación. Se trata de un fenómeno de vulneración generalizada del acceso a medicamentos, tanto en lo que se refiere a medicamentos de alto costo como a los de uso común.

La crisis se caracteriza por un incremento sostenido de barreras en el acceso y disponibilidad de medicamentos en todo el país y sin distinción de tipo de afiliación. Esta problemática afecta especialmente a poblaciones vulnerables, zonas rurales y territorios con alta dispersión geográfica y baja conectividad. La crisis se manifiesta en consecuencias negativas para la salud física y mental de usuarios y trabajadores de la salud, deteriorando el tejido social y la percepción de legitimidad institucional.

La Defensoría del Pueblo, en conjunto con la multiplicidad de actores del sistema de salud del nivel nacional y territorial, ha contribuido a atender las situaciones más urgentes que amenazan el derecho a la salud en los departamentos, abriendo espacios de diálogo entre instituciones públicas y privadas y promoviendo soluciones administrativas. De este trabajo se deriva un análisis que permite la identificar un conjunto de causas directas e indirectas interrelacionadas, que reflejan fallas estructurales, regulatorias, logísticas y financieras del modelo de atención, y se traduce en consecuencias sociales, económicas e institucionales [Figura 21].

7.1. Causas directas

Las causas directas que explican esta vulneración se agrupan en cuatro grandes núcleos de problemas:

7.1.1. Escasez y demanda insatisfecha de medicamentos y desigualdad territorial

Existe una escasez y demanda insatisfecha de medicamentos en todo el país, sin distinción de régimen de afiliación, que impiden satisfacer las necesidades terapéuticas de la población. Este déficit se agrava por la desproporción entre población y territorios vulnerables, en donde las barreras geográficas y socioeconómicas amplifican la inequidad en el acceso.

7.1.2. Cambios en las condiciones comerciales del mercado farmacéutico y los actores del sistema

Otra causa directa radica en el cambio de condiciones comerciales entre los laboratorios, gestores farmacéuticos, hospitales y prestadores, lo cual afecta los acuerdos de compra, suministro y distribución de medicamentos. Este fenómeno responde a lógicas de mercado que priorizan el interés comercial sobre la continuidad del servicio y que repercuten negativamente en la disponibilidad de medicamentos para la atención primaria integral.

7.1.3. Alteración y distorsión de la cadena logística y de la prestación de servicios

La alteración y distorsión de la cadena logística de medicamentos y la prestación de servicios constituyen un elemento crítico del problema. Se observan interrupciones en la distribución, deficiencias en la trazabilidad y retrasos en la entrega oportuna de medicamentos. A esta distorsión se suma el privilegio de venta en farmacias y droguerías privadas frente a los canales institucionales, lo que genera un mercado dual en el que las farmacias privadas priorizan la rentabilidad sobre la equidad en el acceso, afectando especialmente a quienes dependen del sistema público de salud.

7.1.4. Alta concentración en la dispensación y monopolio en medicamentos de alto costo

Finalmente, una de las causas más significativas es la concentración en la dispensación de medicamentos, dominada por dos grandes operadores que controlan buena parte del mercado. Esta situación conduce a cuotas restringidas de despacho y altos precios de medicamentos monopólicos, acompañados de una ausencia de vigilancia y regulación que impide una competencia justa y sostenible y encarece el acceso para los usuarios.

7.2. Causas indirectas

Las causas indirectas profundizan y perpetúan las disfunciones del sistema de salud. Estas causas están asociadas a la gestión institucional, la debilidad en la gobernanza y la rectoría, la falta de transparencia y la limitada capacidad de control estatal.

7.2.1 Atasco de recursos y endeudamiento

El atasco de recursos financieros limita la ejecución oportuna de pagos y compromisos dentro del sistema de salud. A ello se suma una deuda corriente y acumulada creciente, que compromete la liquidez de hospitales, EPS y prestadores, afectando la cadena de suministro de medicamentos y los procesos administrativos vinculados.

7.2.2. Débil inspección, vigilancia y control

La débil inspección, vigilancia y control responden a una alta rotación de interventores de EPS y a débiles capacidades de gestión en las entidades encargadas de supervisar la operación del sistema. Esta fragilidad institucional reduce la capacidad del Estado para prevenir fallas, imponer correctivos o sancionar prácticas irregulares.

7.2.3. Falta de información, transparencia y rendición de cuentas

Existe una falta de información a la ciudadanía sobre los mecanismos de acceso a medicamentos y sobre la gestión de recursos. Además, se evidencia una falta de transparencia en el manejo de recursos y una débil rendición de cuentas, lo que obstaculiza el control social y dificulta la identificación de responsabilidades frente a los incumplimientos en la entrega de tratamientos.

7.2.4. Ambigüedad jurídica sobre los recursos parafiscales

Un elemento adicional es la ambigüedad jurídica sobre la anualidad en los recursos parafiscales, lo que genera incertidumbre en la planeación y ejecución presupuestal. Esta falta de claridad afecta la continuidad de los programas de suministro y contribuye al deterioro financiero del sistema.

7.2.5. Ausencia de capacidades territoriales y regulación antimonopolio

También se presenta una ausencia de capacidades territoriales en la dispensación de medicamentos y la prestación de servicios, especialmente en regiones apartadas o con baja infraestructura sanitaria. Esto perpetúa la inequidad regional y dificulta la gestión local. Además, la concentración de poder económico en pocos actores y favorece la consolidación de un mercado farmacéutico regresivo.

7.3. Consecuencias

Las consecuencias derivadas de este conjunto de causas son múltiples y se expresan tanto a nivel institucional como social, económico y humano.

7.3.1. Deterioro institucional y del modelo de provisión de medicamentos

La crisis genera una falta de confianza institucional y ciudadana en las autoridades sanitarias y en el sistema de salud en general. Se consolida un modelo regresivo de operación del mercado farmacéutico, en el cual prevalecen los intereses comerciales sobre el derecho fundamental a la salud.

7.3.2 Impactos económicos y sociales

Entre los efectos económicos, se destaca el empobrecimiento de la población debido

al incremento de los gastos en salud y medicamentos. Esto se refleja en el incremento del gasto de bolsillo y la pérdida progresiva de la capacidad adquisitiva de los hogares. A nivel social, se registra un deterioro de la calidad de vida de los usuarios y un aumento de la carga de salud mental, consecuencia directa de la incertidumbre, el sufrimiento prolongado y la dificultad para acceder a tratamientos esenciales.

7.3.3. Impactos sobre la gestión institucional y laboral del sistema

La falta de respuesta adecuada del sistema ha provocado una presión y desgaste del sistema judicial, debido al incremento de tutelas y acciones legales para exigir el suministro de medicamentos. A esto se suma la congestión de servicios y el cierre de camas hospitalarias, como consecuencia de los retrasos en tratamientos y la entrega inoportuna y la demanda insatisfecha de fármacos.

Adicionalmente, el personal de salud enfrenta sobrecarga laboral y retrasos en los pagos,

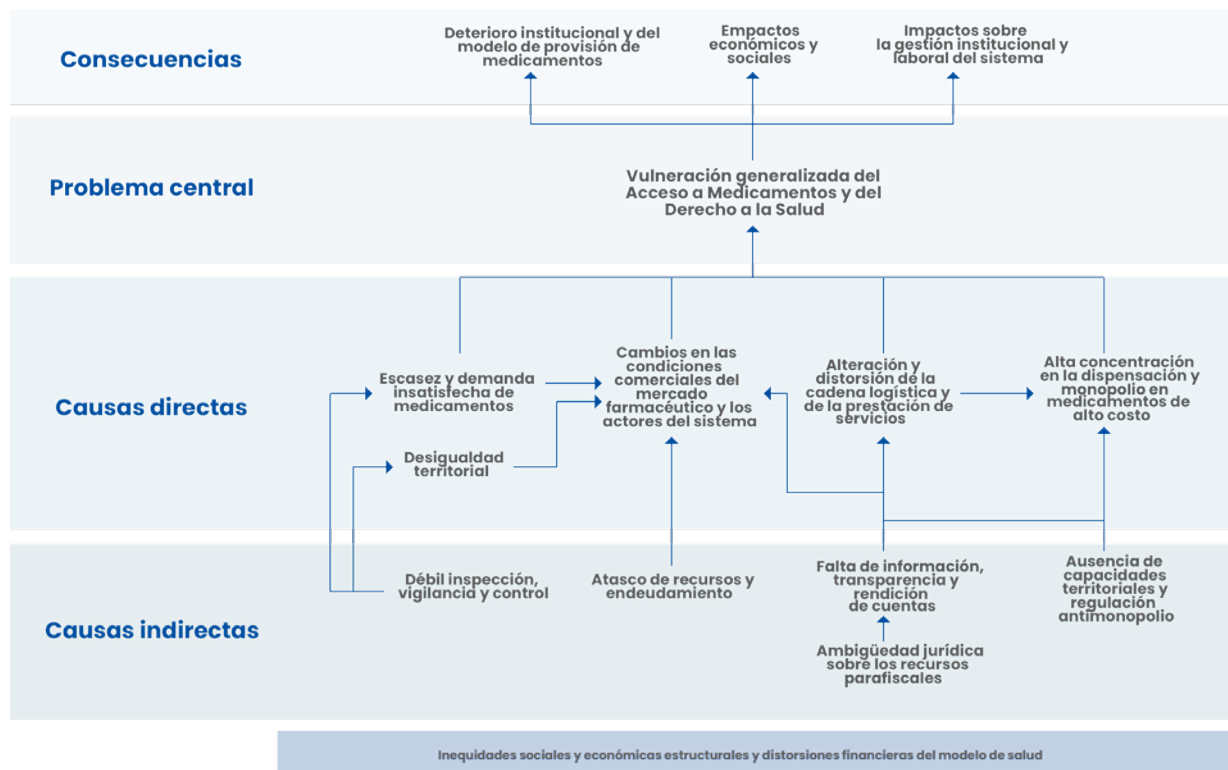
afectando su bienestar y desempeño profesional. Esto, a su vez, contribuye a la desmotivación y al deterioro del clima institucional dentro del sistema sanitario.

7.3.4. Causas estructurales

En la base de todo el problema se encuentran las inequidades sociales y económicas estructurales, así como las distorsiones financieras del modelo de salud colombiano. Estas condiciones de fondo generan un contexto de vulnerabilidad sistémica, donde las fallas operativas y de gestión se amplifican debido a la desigualdad en la distribución de recursos, la segmentación de la atención y la falta de una política farmacéutica robusta.

Dichas inequidades estructurales perpetúan la vulneración del derecho a la salud, refuerzan la dependencia de la población frente a un mercado farmacéutico concentrado y obstaculizan la garantía efectiva del acceso equitativo, continuo y oportuno a los medicamentos.

Figura 21. Árbol de problemas de las vulneraciones del derecho a la salud]



8. Recomendaciones

La metodología de este informe permitió realizar una caracterización regional de las vulneraciones del derecho a la salud. Este proceso ha facilitado la construcción de una batería de indicadores de seguimiento al derecho a la salud, que se propone como un bien público nacional para la identificación de barreras específicas. Este proceso contribuye a la creación de soluciones en las que participen todos los actores involucrados en la problemática de acceso y prestación de servicios de salud con enfoque territorial.

La participación en las diferentes reuniones de seguimiento de los actores de los niveles local, regional y nacional involucrados en los diferentes niveles del sistema facilitó la concertación de compromisos específicos, documentados y sistemáticos. Esta es una ganancia importante en medio de la crisis de confianza en la respuesta institucional. De hecho, la información recopilada por la Defensoría del Pueblo ha sido usada en las decisiones judiciales, resultado especialmente visible en el Auto 1282 de 2025 de la Corte Constitucional [2025d], en el cual se hizo uso de los datos recopilados por la entidad a lo largo del año y que se presentan consolidados en este informe.

Los hallazgos traen elementos nuevos a la ampliamente documentada crisis del sistema de salud, gracias al establecimiento de una metodología de investigación específica. El presente informe se considera un desarrollo más profundo de los datos ya divulgados, pues

proporciona un análisis desde diferentes fuentes y las propias de la Defensoría, que en su conjunto resaltan la regresividad en el acceso a los medicamentos, al tiempo que se suma evidencia propia sobre la vulneración del derecho a la salud. En ese sentido, de las acciones realizadas y de los datos acá presentados, la Defensoría del Pueblo emite un conjunto de recomendaciones coyunturales y estructurales.

8.1. Recomendaciones sobre aspectos coyunturales de la crisis actual

8.1.1. Al Ministerio de Salud y Protección Social, y a la Superintendencia Nacional de Salud

1. En primer lugar, se debe abordar la situación de falta de entrega de medicamentos indispensables para la salud de las personas. Resulta inaplazable establecer estrategias de respuesta rápida institucional, que mitiguen los riesgos a los cuales se ve expuesta la población, con medidas orientadas a mejorar la prestación cotidiana de los servicios de salud y el acceso a medicamentos, con estrategias diferenciadas para el alto costo y la atención primaria integral. Para ello, se recomienda establecer espacios dirigidos a:
 - a. La verificación de derechos en los puntos de dispensación, para detectar oportunamente barreras de acceso a los medicamentos,

- b. La gestión y resolución de casos en función de su criticidad,
- c. La aplicación de todos los mecanismos y metodologías posibles para disminuir las cargas administrativas y burocráticas sobre los usuarios, en conformidad con lo establecido por la Circular 019 de 2025 del Ministerio de Salud ¹⁶.

Estos mecanismos, que en la actualidad han sido liderados por la Defensoría del Pueblo bajo el esquema de PMU, deben contar con seguimientos a 60, 90 y 180 días. Se ha evidenciado que, aunque los compromisos suelen cumplirse en la primera etapa debido a la presión de los entes de control, en las etapas posteriores el desgaste y las complicaciones de la crisis del sistema disminuyen el cumplimiento.

2. En segundo lugar, se mantiene una seria dificultad por el incremento de deudas que no han sido resueltas, e incluso no son reconocidas por los actores del sistema. Se debe avanzar en mecanismos que mejoren el estado de la cartera del sector, y establecer espacios de conciliación de pagos con las principales EPS y entidades aseguradoras involucradas en la problemática. Para llegar a este estado de cambio es necesario:

- a. Implementar regulaciones orientadas a la mejora en la transparencia de datos, con el objetivo de incrementar la disponibilidad de información y la rendición de cuentas en materia financiera. Dichas regulaciones

deben orientarse a que la presentación de cifras sea estandarizada, comparable y que existan mecanismos de validación por parte de entidades de vigilancia y control, garantizando la posibilidad de contraste y depuración entre distintas fuentes de datos financieros.

- b. Garantizar condiciones de seguridad y estabilidad de financiamiento del sistema de salud es condición inescindible para el aseguramiento como medio de garantía del derecho al acceso a servicios de salud, incluyendo medicamentos, de las personas. Esta acción debe ser acompañada de ejercicios de construcción de confianza desde abajo hacia arriba en la cadena de actores institucionales.
- c. A la par del ejercicio de construcción de confianza, es necesario formular ejercicios para reducir y mitigar prácticas de hostigamiento digital, incluidos señalamientos, ataques y desinformación en el debate a la salud.
- d. Aparejar la información clara, verificable y veraz con el rol complementario de la ADRES en materia de analítica de giros de recursos. La información permitirá determinar con mayor claridad el estado de la situación financiera del sector si, además de datos sobre giros realizados, se cuenta con información en tiempo real de las aseguradoras en cuanto a pagos corrientes y acumulados, y se logra un contraste entre fuentes distintas de datos.
- e. Fortalecer los mecanismos de regulación y vigilancia, así como la garantía de que las decisiones financieras y comerciales no

¹⁶ Disponible en: https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/adminverblobawa?tabla=T_NORMA_ARCHIVO&p_NORMFIL_ID=76298&f_NORMFIL_FILE=X&inputfileext=NORMFIL_FILENAME

comprometan la continuidad terapéutica y la calidad de vida de los pacientes.

Estas acciones deben dirigirse a que las EPS, IPS y gestores farmacéuticos mejoren la entrega de información sobre sus estados financieros, las deudas pendientes por pagar, y el uso de los recursos recibidos.

3. La ausencia de capacidades territoriales para la dispensación de medicamentos requiere promover una estrategia de coordinación con el sector privado y las autoridades locales, para lograr:
 - a. Disponibilidad completa y oportuna de medicamentos para garantizar la atención primaria integral.
 - b. Modelos de entrega de medicamentos ecosostenibles, con enfoque territorial considerando las capacidades instaladas y las brechas logísticas de infraestructura de dispensación.
4. El deterioro sobre la calidad de vida de pacientes con enfermedades catastróficas y de alto costo, y el impacto sobre personas cuidadoras, requiere que se establezca:
 - a. Un plan integral de atención y provisión de medicamentos de alto costo que evalúe los actuales mecanismos de remuneración y financiamiento, su eficiencia y su eficacia
 - b. Atención especializada en redes integradas e integrales y con enfoque de atención digna.
 - c. Programas integrales que se dirijan a la protección y reconocimiento social y

económico de personas cuidadoras en el marco del CONPES 4143 de 2025, quienes en muchas ocasiones deben encargarse de actividades de gestión, acompañamiento y abogacía en salud de sus familiares y seres queridos.

8.1.2. A las entidades territoriales, veedurías ciudadanas y organizaciones en salud

1. Las evaluaciones del sistema de salud apuntan a que existen debilidades en la disponibilidad, fiabilidad y validación de datos de todo el sistema, y especialmente en el flujo financiero. En ese sentido, todos los actores involucrados deben cooperar en alimentar un modelo único de información, que permita:
 - a. Integrar de manera periódica las distintas fuentes de datos.
 - b. Diferenciar de manera precisa las categorías de entrega, falta de entrega, disponibilidad, escasez y desabastecimiento de medicamentos.
 - c. Relacionar la infraestructura disponible de las redes de prestadores,
 - d. Orientar decisiones correctivas inmediatas, incluyendo alertas tempranas y estimaciones de demanda para mejorar el flujo de información, identificar vacíos y posibles cuellos de botella.
2. Existen brechas a nivel territorial de capacidades logísticas, infraestructura de transporte y almacenamiento, así como de la disponibilidad de tecnologías de la información. Esto requiere

que se diseñen soluciones diferenciadas y sostenibles que respondan a las realidades locales y fortalezcan el acceso equitativo a los medicamentos en todo el país. Para ello, se recomienda:

- a. Establecimiento de listas de medicamentos indispensables en la atención primaria integral, teniendo en cuenta las particularidades y necesidades en salud en cada territorio, y teniendo en cuenta la información entregada y verificada de veedurías ciudadanas, asociaciones y organizaciones de pacientes.
- b. Integrar la cadena logística de medicamentos con las estrategias de atención primaria y el modelo preventivo y territorial implementado por el gobierno nacional.

8.1.3. A la Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio Público y organismos de control

1. Persisten inequidades sociales y económicas estructurales, así como distorsiones financieras, que terminan por vulnerar el goce efectivo del derecho a la salud. Por ello, se requiere que la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio Público [PGN, personerías y Defensoría del Pueblo], y los organismos de control avancen conjuntamente en una caracterización integral de barreras existentes en materia de la cadena de suministro de medicamentos en Colombia, que contemple:
 - a. Actores y flujos habituales de la cadena logística.

- b. Particularidades territoriales, la ruralidad y los desafíos geográficos que inciden en la distribución.
- c. Mecanismos para la toma de decisiones que permitan solucionar la crisis y establecer mecanismos de seguimiento a dichas decisiones.

2. Las debilidades de inspección, vigilancia y control local requieren mejora y establecimiento de acciones de seguimiento de carácter descentralizado por parte de los entes territoriales, que se caractericen por:

- a. Fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia directa por las secretarías de salud, personerías, veedurías y otros organismos de control y organizaciones de la sociedad civil.
- b. Alta presencia territorial, reflejada en actividades de inspección y vigilancia, como insumo para la integración y contraste de toda la información disponible sobre el tema.

3. La gestión de casos de reclamaciones ante la Supersalud requiere de cambios que permitan mejorar las acciones de intervención, y la gestión directa de casos, mediante:

- a. Implementación de mecanismos que garanticen que la intervención y toma de control de entidades por parte de Supersalud no generen debilitamiento de capacidades de gestión, atascos y retrocesos en la implementación de medidas.

- b. Establecimiento de mecanismos de seguimiento integral, garantizando que el cierre de casos en los sistemas de información no quede en manos de la entidad aseguradora o prestadora de servicios. No es suficiente la redirección de los casos ante las EPS e IPS, si no hay una verificación que garantice la resolución efectiva de la problemática.
- c. Generación de estrategias de articulación entre las EPS, IPS y los gestores farmacéuticos para resolver las problemáticas de negación o entrega inoportuna de los medicamentos, por ejemplo, a través de mesas de trabajo internas, acompañadas por el Ministerio Público y entes de control.
- d. Establecer y mejorar estrategias de auditoría a los gestores contratados en cabeza de las EPS, que incluyan un seguimiento al inventario disponible en los puntos de dispensación, los pendientes generados y la oportunidad en su resolución y entrega efectiva.

8.2. Recomendaciones desde una perspectiva estructural

Las recomendaciones sobre la situación coyuntural acá presentadas buscan la estabilización de la red de prestación de servicios, así como su suficiencia. De esta manera, podrán ser superadas las dificultades y no se iniciará un camino de retrocesos en el nivel del goce efectivo del derecho a la salud.

1. Las profundas inequidades sociales y económicas que han caracterizado al sistema justifican que sea indispensable una reforma en salud de orden normativo, consensuada, y que resuelva las distorsiones estructurales del sistema, sin desconocer los avances alcanzados a lo largo de los años, y que sea ajustada al espacio fiscal y las posibilidades de recursos. Dicha reforma se debe caracterizar por:
 - a. Poner el derecho a la salud y la dignidad de las personas en el centro de las normas, políticas y regulaciones.
 - b. Garantizar suficiencia presupuestaria, no regresividad, acceso igualitario y no discriminación para toda la población.
 - c. Establecer un plan de transición claro que anticipe los cuellos de botella y las barreras de acceso, de modo que puedan ser atendidos mediante una respuesta interinstitucional articulada.
 - d. Implementar un enfoque constructivo que permita identificar soluciones colectivas a los desafíos del sistema, con la puesta en práctica de conversaciones basadas en evidencia, empatía y transparencia para fortalecer la confianza social e institucional en todos los espacios del debate, incluidos los ambientes digitales.
2. El sistema de salud se ha caracterizado por no contar con enfoques diferenciales que resulten suficientes, problemática que no es ajena a la entrega de medicamentos. Cualquier transformación debería tener en cuenta, como mínimo, los siguientes enfoques de manera transversal:

- a. Un enfoque de género que reconozca las particularidades de la salud de las mujeres y población OSIGD.
 - b. Un enfoque étnico y rural que reconozca y verifique la posible asociación entre barreras de acceso y prácticas de discriminación étnico-racial (y/o racismo estructural) en los territorios con mayores alertas.
 - c. Un enfoque territorial que permita diferenciar planes, programas y proyectos entre los territorios urbanos, rurales y rurales dispersos.
 - d. Un enfoque sobre salud mental que priorice acciones específicas y basadas en evidencia sobre la necesidad de abordar este tema de manera integral. Dentro de este enfoque, una articulación congruente con el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI).
3. Las débiles capacidades de gestión y vigilancia en el nivel territorial requieren que sea repensado el diseño de competencias y la disposición de recursos en el nivel descentralizado para la financiación en salud. En este punto se puede incorporar y considerar en el marco de los procesos de reglamentación del Sistema General de Participaciones y los planes de fortalecimiento territorial que se garantice:
- a. Creación de mecanismos y plataformas de integración de datos de MinSalud, SuperSalud, y otras entidades involucradas para agilizar y hacer eficiente el seguimiento y detección oportuna de problemáticas.
 - b. Establecimiento de un diseño de competencias entre el nivel central, departamental y municipal en materia de salud, que tenga en cuenta las dificultades históricas a nivel territorial como insumo para el fortalecimiento.
 - c. La gestión cuidadosa y robusta de los recursos públicos que, a la vez que garantiza la cobertura y disponibilidad de los medicamentos de alto costo, avance hacia la eficiencia del gasto en salud, acompañada de un seguimiento detallado al consumo, al cuidado de la naturaleza y de la diversificación de las modalidades de reembolso, con el fin de hacer más equitativo y sostenible el acceso.
4. La congestión y presión sobre el sistema judicial deben ser abordados, esencialmente, a través de la implementación de acciones por parte de las instituciones aseguradoras, prestadoras y aquellas que ejercen vigilancia, inspección y control. Esto contribuirá a incrementar la efectividad de la tutela como acción protectora del derecho a la salud y disminuir la proporción de desacatos,, dado que persisten las barreras relacionadas con la oportunidad, la calidad y el acceso a servicios y tecnologías en salud. Las acciones deben caracterizarse por contemplar:
- a. Gestión directa de casos con uso efectivo de las vías administrativas.
 - b. Vinculación a los gestores farmacéuticos, a los laboratorios farmacéuticos, a la ADRES, o a otras entidades, con orientaciones claras de protección de los recursos públicos.

c. Implementación de mecanismos administrativos de reembolso con precios mínimos observados, uso de alternativas genéricas y entrega de tratamientos completos. Existe ya un mecanismo normativo que reglamenta el reintegro hacia ADRES por servicios y tecnologías negados sin justa causa¹⁷, pero no se ha implementado una regulación para garantizar el reembolso a los pacientes que pagan con su bolsillo tecnologías y servicios financiados por la UPC.

d. Se resalta el valor de las acciones de litigio estratégico y las acciones populares que reconocen las particularidades y necesidades de los territorios y establecen solicitudes específicas para resolver las barreras de acceso e inequidades identificadas en distintas poblaciones y regiones. Muchas de las cuales, trascienden únicamente del tema de salud e involucran otros aspectos medio ambientales, jurídicos, de seguridad humana, alimentaria, entre otros.

5. Para garantizar que las recomendaciones estructurales acá formuladas conecten directamente con el acceso y disponibilidad de medicamentos en el país, resulta fundamental incorporar dichas consideraciones en la Política Farmacéutica Nacional que está en construcción, asegurando que se cumplan los contenidos de la Ley Estatutaria en Salud.

El enfoque de las propuestas acá planteadas se alinea con las recomendaciones del Informe del Examen Periódico Universal [EPU] 2023 para Colombia, que destaca la necesidad de nuevas medidas en relación con el derecho a lograr servicios de salud equitativos y no discriminatorios, especialmente para territorios remotos y con alta ruralidad, a fin de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. Estas reformas han de garantizar especialmente un enfoque interdependiente con los DESC en perspectiva de derechos de pueblos étnicos, como también se reitera en el informe EPU 2023 [Consejo de Derechos Humanos, 2024].

Además, estas propuestas apuntan a dar cumplimiento a las recomendaciones que recientemente ha formulado el Comité DESC en salud, respecto de la necesidad de una reforma integral con garantías de suficiencia presupuestaria, atendiendo a la progresividad del derecho, la inclusión de sujetos de especial protección, la eficiencia en el deber de fiscalización del Estado, los enfoques territoriales y la salud mental [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DECS), 2025].

Por último, este informe defensorial hace parte de la doctrina e investigación que la Defensoría del Pueblo construye sobre el sistema general de seguridad social en salud. A esta doctrina se le dará continuidad con la realización del estudio de tutelas, integrando los hallazgos de este informe e implementando un énfasis de determinantes de la judicialización en salud, y un análisis integral de la jurisprudencia en la materia y la protección de las acciones judiciales como una herramienta fundamental de protección de los derechos ciudadanos.

¹⁷ Resolución 1632 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.



Referencias

- Abramovich, V., & Courtis, C. [2002]. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Editorial Trotta.
- ACEMI. [2024]. *Salud en cifras_ Evolución del gasto en medicamentos en Colombia 2021 -2024*.
- ADRES. [2024]. *Informe de giro directo: Enero 2022 a diciembre 2024*. https://www.adres.gov.co/analitica/AnaliticaGiroDirecto/InformeGiroDirecto_2022_2024.pdf
- ADRES. [2025]. *La ADRES presenta distribución de recursos de salud a EPS en 2024 comparada con las últimas vigencias*. <https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/adres-presenta-distribucion-de-recursos-de-la-salud-a-eps-en-2024-comparada-con-ultimas-vigencias>
- Agencia de renovación del territorio. [2025a]. *Avance en iniciativas – Fondo Cp ART*. <https://centralpdet.renovacionterritorio.gov.co/avance-en-iniciativas/>
- Agencia de renovación del territorio. [2025b]. *Conoce los PDET-Fondo Cp ART. Central de Información PDET*. <https://centralpdet.renovacionterritorio.gov.co/conoce-los-pdet/>
- Arrieta Flórez, R., Marún Uparela, K. P., & Sayas Contreras, R. [2018]. Del desconocimiento a la vulnerabilidad jurídica: Análisis de la protección efectiva de los derechos de los consumidores en la costa Caribe colombiana. *Estudios Socio-Jurídicos*, 20[2], 77-102. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.6009>
- Así Vamos en Salud. [2025]. *Análisis financiero de las EPS en Colombia: Primer semestre de 2019 a 2025, incluyendo cuentas por cobrar y por pagar*.
- Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. [2025]. *Declaración a la opinión pública- Mayo 2025*. <https://sociedadescientificas.com/wp-content/uploads/2025/05/Comunicado-mesa-de-crisis-mayo-2025v2.pdf>
- Centro de Pensamiento Medicamentos Información y Poder. [2024]. *Análisis de la situación de desabastecimiento en Colombia*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.10733197>
- Cherfane, M., Boueri, M., Issa, E., Abdallah, R., Hamam, A., Sbeity, K., Saad, A., & Abi-Gerges, A. [2024]. Unveiling the unseen toll: Exploring the impact of the Lebanese economic crisis on the health-seeking behaviors in a sample of patients with diabetes and hypertension. *BMC Public Health*, 24[1], 628. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18116-6>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [DECS]. [2000]. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales]* [Observación general N° 14 No. E/C.12/2000/4; Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de Derechos económicos, sociales y culturales]. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g00/439/34/pdf/g0043934.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [DECS]. [2025]. *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Colombia [versión avanzada sin editar]. Aprobadas por el Comité en su 78° período de sesiones [8 a 26 de septiembre de 2025]* [No. E/C.12/COL/CO/7]. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FCOL%2FCO%2F7&Lang=es

Congreso de Colombia. [2015]. *LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Congreso de Colombia. [2023]. *Ley 2294 de 2023*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=209510>

Consejo de Derechos Humanos. [2019]. *El acceso a los medicamentos y las vacunas en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Asamblea de Naciones Unidas. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g19/220/56/pdf/g1922056.pdf>

Consejo de Derechos Humanos. [2024]. *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Colombia. 55° período de sesiones, 26 de febrero a 5 de abril de 2024* [No. A/HRC/55/7]. <https://docs.un.org/es/A/HRC/55/7>

Consejo Nacional de Política Económica y Social, & Departamento Nacional de Planeación. [2012]. *Documento Conpes Social 155: Política Farmacéutica Nacional*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/155.pdf>

Contraloría Delegada para el Sector Salud. [2025]. *Informe estado del aseguramiento en salud por parte de las EPS y los Programas de Salud de las Cajas de Compensación Familiar*. Contraloría General de la República. <https://www.contraloria.gov.co/documents/20125/8894985/Info+Estad+Asegura+Salud+29+EPS+y+CCF+2024-02.07.2025.pdf/79e9ef36-26b0-3aa7-f10d-b4584c77ee13?t=1751727692242>

Contraloría General de la República. [2024]. *Informe de resultados de la actuación especial de fiscalización con enfoque financiero sobre el uso y destino que las EPS dieron a los recursos públicos de la salud vigencia 2020*.

Corte Constitucional de Colombia. [2001]. *Sentencia C-671 de 2001*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/c-671-01.htm>

Corte Constitucional de Colombia. [2008]. *Sentencia T-760 DE 2008*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia. [2013]. *Sentencia C-262 de 2013*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/c-622-13>

Corte Constitucional de Colombia. [2014]. *Sentencia C-313 de 2014*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/c-313-14>

Corte Constitucional de Colombia. [2025a]. *Auto 007 de 2025*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a007-25.htm>

Corte Constitucional de Colombia. [2025b]. *Auto 559 de 2025*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a559-25.htm>

Corte Constitucional de Colombia. [2025c]. *Tablero de estadísticas de la Corte Constitucional [Dataset]*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas>

DANE. [2013]. *Encuesta nacional de calidad de vida [ECV] 2012*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema-2/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-2012>

DANE. [2019]. *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018: Total nacional Colombia*. <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/infografias/info-CNPC-2018total-nal-colombia.pdf>

DANE. [2024]. *Resultados Pobreza Multidimensional 2024*.

DANE. [2025a]. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida [ECV] 2024*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv>

DANE. [2025b]. *Estadísticas vitales nacimientos y defunciones*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema?id=34&phpMyAdmin=3om27vamm65hhkhrtgc8rrn2g4>

DANE. [2025c]. *Pobreza multidimensional*. Pobreza y desigualdad. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>

Defensoría del Pueblo. [2025a]. *Concepto proyecto de ley No. 312/2024 de 2024 Cámara; acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara. "Por medio de la cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*. <https://apicongresovisible.uniandes.edu.co/uploads/proyecto-ley/14137/437/25.pdf>

Defensoría del Pueblo. [2025b]. *Estrategia de respuesta inmediata para la atención de problemáticas de acceso a medicamentos en Colombia*.

Defensoría del Pueblo. [2025c]. *Informe alternativo al séptimo informe presentado por el Estado de Colombia al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas*. <https://www.defensoria.gov.co/documents/20123/3407303/INFORME+DESC+GINEBRA.pdf/8c13fa74-b651-8bbe-7b4c-1f12332021cc?t=1757449170005>

Defensoría del Pueblo. [2025d]. *Relatoría PMU Nacional, 13 de agosto de 2025*. Documento interno no publicado.

Defensoría del Pueblo, Defensoría Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social. [2023]. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2022*.

Defensoría del Pueblo & Directora Nacional de Recursos y Acciones Judiciales. [2025]. *Estadísticas Vision WEB*, Módulo RAJ.

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. [2000]. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>

Eimontas, J., Gegieckaitė, G., Zamalijeva, O., & Pakalniškienė, V. [2022]. Unmet Healthcare Needs Predict Depression Symptoms among Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 8892. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158892>

ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís. [2025]. *Descripción de cartera por edades* [Dataset].

ESE Hospital San Antonio. [2025]. *Cartera, recaudos y giros por identificar a 31 de julio 2025*. Nueva EPS. [Documento Word].

Hospital Ismael Roldán. [2025]. *Estado de cartera* [Archivo de excel].

INVIMA. [s. f.]. *Desabastecimientos*. Recuperado 12 de septiembre de 2025, de <https://www.invima.gov.co/productos-vigilados/medicamentos-y-productos-biologicos/desabastecimientos>

Lassi, N. [2024]. Delayed and unmet prescription drug access linked to elevated anxiety symptoms during COVID-19: Retrospective findings from the NLSY79 child and young adult cohort. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 13, 100411. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100411>

Ministerio de Salud y Protección Social. [s. f.-a]. *Abastecimiento de Medicamentos*. Recuperado 12 de septiembre de 2025, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/paginas/desabastecimiento.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. [s. f.-b]. *Equipos Básicos en Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/equipos-basicos-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. [2021]. *Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS Régimen Contributivo y Subsidiado 2021*. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. [2022a]. *Listado de medicamentos con alertas de abastecimiento priorizados*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/listado-medicamentos-priorizados28102022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. [2022b]. *Plan Decenal Salud Pública 2022-2031*. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. [2024]. *Lineamiento técnico-operativo de equipos básicos de salud: Conformación, operación y seguimiento*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-tecnico-operativo-equipos-basicos-salud-modelo-pp.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. [2025]. *Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED)* [Base de datos]. <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/SISMED-Sistema-de-Informacion-de-Precios-de-Medicamentos.aspx>

Muñoz, A. [2025]. La Nueva EPS agoniza: La intervención que convirtió la crisis en catástrofe. *Revista Cambio*. <https://cambiocolombia.com/poder/articulo/2025/9/la-nueva-eps-agoniza-la-intervencion-que-convirtio-la-tesis-en-catastrofe/>

Organización de los Estados Americanos [OEA]. [2016]. *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Protocolo de San Salvador*,. OEA.

Organización Mundial de la Salud. [2014]. *Documentos básicos* [48a ed]. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/202593>

Organización Mundial de la Salud. [2022]. *Informe de Monitoreo Mundial de la Protección Financiera en Relación con la Salud 2021: Resumen de Orientación* [1st ed]. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud, & Health Action International. [2008]. *Measuring medicine prices, availability, affordability and price components*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70013/WHO_PSM_PAR_2008.3_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parra, O. [2003]. *El derecho a la salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales*. Defensoría del Pueblo. <https://hdl.handle.net/20.500.13061/249>

Procuraduría General de la Nación. [2025]. *Pronunciamiento respecto del “Informe de resultados de la Actuación Especial de Fiscalización con Enfoque Financiero sobre el uso y destino que las EPS dieron a los recursos públicos de la salud vigencia 2020”*.

Quinceno. [2025]. Nueva EPS: los informes internos de auditoría que revelan su crisis. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/salud/nueva-eps-en-crisis-los-informes-internos-que-muestran-un-colapso-operativo/>

Sarmiento Hernández, C. A., Torres Pastrana, C. E., & Prieto Silva, R. [2023]. Ejes para una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Pensamiento Jurídico*, 57. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/peju/article/view/110779>

Soleibe Mejía, A. M. [2024]. *Entes de Control en el Sistema de Salud: De la Insuficiencia de la UPC al Desvío de Recursos* [Federación Médica Colombiana]. <https://www.federacionmedicacolombiana.com/2024/07/09/entes-de-control-en-el-sistema-de-salud-de-la-insuficiencia-de-la-upc-al-desvio-de-recursos/>

Supersalud. [2025a]. *AnaliSalud*. <https://www.supersalud.gov.co:443/es-co/Paginas/analisalud.aspx>

Supersalud. [2025b]. *Gestores Farmacéuticos adeudan más de 6 billones de pesos a la industria farmacéutica.* <https://www.supersalud.gov.co:443/es-co/Paginas/CatalogItem-ListaNoticias.aspx?TermStoreId=3ac77b2c-d325-4e94-982b-ed583e66bd71&TermSetId=c684cf8b-b86a-4b73-a701-a6ef1d4212de&TermId=1984a386-fe9f-44a5-bdeb-04315d90d44e&UrlSuffix=gestores-farmaceuticos-adeudan-mas-de-6-billones-de-pesos-a-la-industria-farmaceutica>



#BuenFuturoHoy

www.defensoria.gov.co