Imprimir

Los Equipos Básicos de Salud no son simplemente un programa del Ministerio de Salud. Son, en la práctica, la principal apuesta política para transformar el modelo de atención en Colombia. Este alcance no tiene precedentes recientes. Es la primera vez que un gobierno intenta desplegar un modelo de Atención Primaria en Salud de manera simultánea en todo el país, con más de 14.000 equipos operando en los 32 departamentos y en la gran mayoría de municipios.
Sin embargo, cuando una política pública se expande a esta escala, la pregunta deja de ser cuántos equipos existen o cuántos hogares se visitan. La pregunta central es otra: ¿está cambiando realmente la salud de la población?

## La apuesta política de los Equipos Básicos de Salud.

Los Equipos Básicos de Salud (EBS) constituyen la principal apuesta política del actual gobierno del Presidente Gustavo Petro para materializar el giro hacia un modelo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Más allá del debate sobre la reforma, los EBS son la expresión concreta —en territorio— de una nueva forma de entender la relación entre el sistema de salud y la población.

Este alcance no tiene precedentes recientes. Es la primera vez que un gobierno en Colombia no solo adopta la APS como marco conceptual, sino que despliega un modelo operativo de alcance nacional bajo esta lógica. Hoy, el Ministerio de Salud y Protección Social reporta más de 14.400 equipos operando en los 32 departamentos y en más de 1.100 municipios, lo que evidencia la magnitud territorial de la estrategia.

Esta cifra, además, incluye equipos financiados por distintas fuentes —Presupuesto General de la Nación (PGN), Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y recursos asociados a EPS—, lo que sugiere que no se trata de una única línea de política, sino de una agregación de esfuerzos institucionales articulados bajo el marco de la APS.

Este énfasis marca una diferencia estructural frente a gobiernos anteriores. Aunque la APS

fue incorporada formalmente desde la Ley 1438 de 2011 y desarrollada a través de instrumentos como el MIAS y las RIAS, su implementación fue limitada y subordinada a la lógica del aseguramiento. En la práctica, el sistema continuó centrado en la atención de la enfermedad, la demanda de servicios y la gestión del riesgo por parte de las EPS, sin una intervención territorial sistemática y sostenida.

Lo que introduce el actual gobierno es un cambio en ese nivel: la decisión de convertir la APS en una política operativa, visible y financiada a gran escala. Desde el segundo semestre de 2022, los EBS se consolidaron como el principal instrumento de esa decisión, orientados a llevar el sistema hacia los hogares, anticipar riesgos y fortalecer la presencia del Estado en territorios históricamente excluidos.

Este carácter los ubica como una pieza central del proyecto de transformación del sistema. En un contexto de dificultades para avanzar en reformas estructurales, los EBS funcionan también como evidencia tangible de acción gubernamental.

Sin embargo, esta centralidad introduce una tensión clave: la velocidad de su expansión y la magnitud de los recursos asignados contrastan con la complejidad de construir un modelo de atención primaria efectivo, sostenible y con resultados verificables.

La magnitud de la inversión: expansión sin precedentes recientes.

La apuesta por los EBS no solo es política, sino también fiscal. Las cifras del Ministerio de Salud muestran que se trata de una de las inversiones más significativas de las últimas décadas orientadas a la implementación de la Atención Primaria en Salud en Colombia.

Entre agosto de 2022 y febrero de 2026, el Ministerio reporta una inversión total en el sector de $13,16 billones, dentro de la cual los EBS concentran $6,87 billones, es decir, más de la mitad de los recursos destinados a las principales líneas de fortalecimiento del sistema. Este dato es clave: los equipos no son un programa complementario, sino el eje financiero de la estrategia de transformación del modelo de atención.

En términos comparativos, esta inversión representa un esfuerzo histórico en recursos orientados específicamente a salud pública y atención primaria, áreas que tradicionalmente han tenido menor peso frente al financiamiento de la atención individual.

A esto se suma un contexto de expansión general del gasto en salud. Según cifras oficiales, entre 2019 y 2026 el presupuesto del sector habría tenido un crecimiento real cercano al 50,8%, equivalente a 25 billones de pesos adicionales en términos constantes. Esto refuerza la idea de que la actual política no se limita a redistribuir recursos existentes, sino que se apoya en un esfuerzo fiscal significativo para ampliar la capacidad de intervención del sistema.

La inversión en EBS, además, no ha sido homogénea en el tiempo. Se observa una aceleración progresiva, con mayores asignaciones a partir de 2023 y 2024, lo que sugiere un proceso de escalamiento rápido de la estrategia. Este comportamiento es consistente con su carácter político: los EBS pasan de ser una línea programática inicial a convertirse en el principal vehículo operativo del modelo de APS.

En el plano territorial, la distribución de los recursos también evidencia la magnitud de la apuesta. Departamentos como Antioquia, Cundinamarca, Nariño o Valle del Cauca concentran inversiones que superan los $300.000 millones, mientras que regiones con menor población o alta dispersión reciben montos menores, aunque estratégicamente orientados. Esto configura un mapa de inversión nacional amplio, pero con diferencias que reflejan tanto las capacidades institucionales como las prioridades territoriales del Gobierno.

Adicionalmente, la estrategia ha comenzado a diversificarse con la incorporación de modalidades complementarias, como los Equipos Básicos Especializados de Salud (EBES), con inversiones proyectadas superiores a $200.000 millones y una expansión prevista hacia más de mil equipos en 2026. Esto indica que la política no solo busca crecer en cobertura, sino también en complejidad y capacidad de respuesta.

Sin embargo, la magnitud de la inversión introduce una exigencia proporcional en términos

de resultados. Cuando una política pública moviliza recursos de esta escala, el análisis no puede limitarse a la ejecución presupuestal o al número de equipos financiados. La pregunta crítica es si este volumen de inversión se está traduciendo en transformaciones efectivas y verificables en las condiciones de salud de la población.

La expansión del gasto fortalece la legitimidad de la política en el corto plazo, pero eleva de manera significativa el estándar con el que deberá ser evaluada en el mediano y largo plazo.

Cobertura y despliegue territorial: una presencia nacional heterogénea.

El despliegue de los EBS ha alcanzado una escala nacional sin precedentes en estrategias extramurales del sistema de salud en Colombia. De acuerdo con cifras oficiales, a corte de 2025–2026 se reportan 14.468 equipos operativizados en los 32 departamentos del país y en 1.123 distritos, municipios y áreas no municipalizadas, entre el II semestre de 2022 y con corte a febrero 2026. Este dato posiciona a los EBS como una de las intervenciones territoriales más amplias del sector salud en el país.

Este alcance implica, por primera vez, la construcción de una estrategia de salud pública con presencia simultánea en la gran mayoría de territorios del país, incluyendo aquellos históricamente excluidos de intervenciones sistemáticas del sistema de salud.

Sin embargo, esta expansión no es homogénea ni responde a una lógica única de implementación. La cifra agregada incluye equipos financiados por distintas fuentes —Presupuesto General de la Nación (PGN), Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y recursos asociados a EPS—, lo que introduce una primera complejidad: la cobertura reportada no corresponde a una única estrategia institucional, sino a la articulación —y en algunos casos superposición— de múltiples esquemas de financiación y operación.

En el plano territorial, la distribución de los equipos refleja tanto las prioridades de política como las capacidades instaladas del sistema. Departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo institucional, como Antioquia, Cundinamarca o Valle del Cauca, concentran un número significativo de equipos, mientras que territorios con alta dispersión

geográfica, como Vaupés o Guainía, presentan coberturas mucho más limitadas en términos absolutos.

Esta heterogeneidad plantea una tensión estructural. Por un lado, la estrategia logra una cobertura nacional amplia, lo que refuerza su narrativa de presencia estatal en todo el territorio. Por otro, las diferencias en número de equipos, inversión y capacidad operativa sugieren que la experiencia real de implementación puede variar significativamente entre regiones. En otras palabras, la existencia de un EBS en un municipio no garantiza condiciones equivalentes de funcionamiento, alcance o resolutividad.

Adicionalmente, la implementación territorial de los EBS se ha acompañado de una rápida expansión en términos de contacto con la población. El Ministerio reporta más de 10 millones de hogares atendidos, lo que indica un alcance considerable en términos de interacción directa con comunidades.

En este contexto, la cobertura de los EBS puede entenderse como una combinación de amplitud territorial y profundidad variable de intervención. Mientras la estrategia logra posicionarse en prácticamente todo el país, su capacidad de generar procesos sostenidos de atención, seguimiento y resolución depende de factores locales como la disponibilidad de talento humano, la articulación con redes de servicios, las capacidades de gestión y las condiciones geográficas.

Así, la expansión de los EBS configura un mapa nacional de presencia institucional en salud que, si bien es amplio y políticamente significativo, es también profundamente desigual en su operación. Más aún, introduce un elemento adicional de análisis: los EBS no solo representan una estrategia sanitaria, sino también una forma de presencia del Estado en territorios donde históricamente el sistema ha tenido una relación débil o intermitente con la población.

En ese sentido, la cobertura territorial, por sí sola, no garantiza la transformación del modelo de atención. Por el contrario, puede ocultar diferencias sustantivas en la calidad y efectividad de la intervención, desplazando el debate desde la presencia hacia la capacidad real de

generar cambios en la salud de la población.

El indicador dominante: equipos y hogares atendidos.

El seguimiento a la implementación de los EBS ha estado marcado por un conjunto de indicadores que privilegian la medición del despliegue: número de equipos conformados, número de municipios cubiertos y, especialmente, número de hogares atendidos. Este último se ha convertido en el principal referente de avance, con cifras que superan los 10 millones de hogares intervenidos a nivel nacional.

Estos indicadores cumplen una función clara: permiten evidenciar de manera rápida la expansión de la estrategia, mostrando presencia institucional y capacidad de contacto con la población. En términos políticos y comunicacionales, son métricas altamente efectivas, ya que traducen la política en resultados visibles y cuantificables.

Sin embargo, desde una perspectiva técnica, su alcance es limitado. El concepto de “hogar atendido” carece, en muchos casos, de una definición suficientemente precisa que permita interpretar su significado real. No es equivalente un contacto inicial de caracterización que una intervención integral con seguimiento, gestión del riesgo y articulación efectiva con servicios de salud. Sin esta distinción, la cifra puede agrupar acciones de muy distinta naturaleza bajo una misma categoría.

A esto se suma una limitación fundamental: estos indicadores no capturan la continuidad del cuidado. La Atención Primaria en Salud, en su sentido más robusto, implica procesos sostenidos en el tiempo, con seguimiento, resolución de necesidades y acompañamiento integral. Medir hogares atendidos sin incorporar estas dimensiones puede conducir a una sobreestimación del alcance efectivo de la estrategia.

Más aún, existe una desconexión entre estos indicadores y los resultados en salud. El número de equipos o de hogares intervenidos no permite establecer, por sí mismo, si han mejorado variables como la detección temprana de enfermedades, la reducción de hospitalizaciones evitables o el control de riesgos en la población. En otras palabras, se mide actividad, pero

no necesariamente impacto.

En este punto emerge una tensión estructural: mientras los indicadores actuales evidencian expansión y esfuerzo institucional, resultan insuficientes para evaluar la efectividad de la política en términos de transformación del modelo de atención. Existe el riesgo de que el éxito de la estrategia se mida principalmente por su capacidad de despliegue, desplazando la discusión sobre su impacto real en la salud de la población.

El desafío, por tanto, no es prescindir de estos indicadores, sino superarlos. La medición de la política debe evolucionar desde métricas de cobertura hacia métricas de resultado e impacto, incorporando variables como la resolutividad territorial, la continuidad del cuidado, la gestión efectiva del riesgo y mejoras verificables en indicadores de salud pública.

En última instancia, la pregunta es si el sistema está logrando trascender de una lógica de "visita" a una lógica de "transformación". Es en esa transición —y no en el número de hogares registrados— donde se define el verdadero valor de los Equipos Básicos de Salud.

El reto de medir los impactos reales en la población.

Si el despliegue de los EBS puede medirse con relativa claridad a través de indicadores de cobertura, el verdadero desafío de la política pública se encuentra en otro nivel: la evidencia de sus impactos reales en la salud de la población.

Hasta ahora, la información disponible se concentra principalmente en variables de proceso —equipos conformados, territorios cubiertos, hogares atendidos—, mientras que es mucho más limitada en lo que respecta a resultados en salud. No existe aún, de manera sistemática y pública, evidencia consolidada que permita establecer con claridad en qué medida la implementación de los EBS está generando cambios en indicadores como la reducción de hospitalizaciones evitables, el control de enfermedades crónicas, la detección temprana de riesgos o la mejora en la continuidad del cuidado.

Este vacío es especialmente crítico en modelos basados en la Atención Primaria en Salud

(APS), donde el valor de la intervención no se mide por la proximidad al territorio, sino por su capacidad de modificar trayectorias de salud: reducir la carga de enfermedad, prevenir complicaciones y mejorar de manera sostenida las condiciones de vida de la población.

Sin embargo, el análisis del impacto no puede limitarse a resultados poblacionales agregados. Un elemento central —y aún insuficientemente documentado— es la resolutividad real de los Equipos Básicos de Salud. Es decir, su capacidad para resolver necesidades concretas en el territorio, gestionar adecuadamente los riesgos identificados y activar de manera efectiva las rutas de atención dentro del sistema de salud.

En este punto, la APS no opera de manera aislada. Su efectividad depende de su complementariedad con la red de servicios de salud. Los EBS pueden identificar riesgos, realizar intervenciones iniciales y acompañar a la población, pero su impacto está condicionado por la capacidad del sistema para responder oportunamente a través de servicios de mediana y alta complejidad. Sin esta articulación, existe el riesgo de que la estrategia se limite a procesos de diagnóstico o caracterización sin resolución efectiva.

En otras palabras, la pregunta no es solo cuántos hogares se visitan, sino qué ocurre después de la visita: si los riesgos identificados se traducen en atención efectiva, si los pacientes acceden a servicios oportunos y si el sistema logra cerrar el ciclo de atención. La resolutividad se convierte así en un indicador clave para evaluar el verdadero alcance de los EBS.

A esto se suma un elemento estructural adicional: la necesidad de consolidar un sistema de información robusto que permita no solo medir, sino orientar la toma de decisiones en tiempo real. Sin información oportuna, comparable y de calidad, la política pierde capacidad de ajuste, priorización y corrección. En este escenario, el riesgo no es solo no saber si la estrategia funciona, sino no poder gestionarla de manera efectiva.

Adicionalmente, los efectos estructurales de la APS no son inmediatos. Requieren continuidad, acumulación de intervenciones y estabilidad en la operación. La presión por

mostrar resultados en el corto plazo puede generar un desbalance entre lo que la política promete y lo que razonablemente puede demostrar en sus primeras fases.

En este contexto, el problema trasciende la ausencia de resultados visibles: se trata de la ausencia de una arquitectura sólida de información, evaluación y articulación del sistema. Sin sistemas de información fortalecidos, indicadores de resultado claramente definidos y mecanismos de verificación independiente, la política puede quedar atrapada en una lógica de autorreporte, con limitadas capacidades de validación externa y de mejora continua.

Por ello, el reto de los EBS no es solo consolidar su operación, sino demostrar —con evidencia— su capacidad de generar resolutividad en el territorio y de integrarse efectivamente al sistema de salud. Esto implica responder preguntas fundamentales: ¿los riesgos identificados se están resolviendo?, ¿existe acceso oportuno a servicios?, ¿se está garantizando continuidad en el cuidado?, ¿se están reduciendo inequidades en salud?

Gobernanza, trazabilidad y riesgos de implementación.

La magnitud de la apuesta por los EBS no solo plantea desafíos en términos de cobertura e impacto, sino también —y de manera crítica— en su gobernanza y capacidad de conducción del sistema. A medida que la estrategia se expande, aumenta la complejidad de coordinar actores, gestionar recursos y garantizar que la implementación responda de manera consistente a los lineamientos definidos.

Uno de los principales retos radica en la multiplicidad de fuentes de financiación y esquemas operativos. La coexistencia de EBS financiados por el Presupuesto General de la Nación, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y recursos asociados a EPS configura una arquitectura fragmentada que dificulta la trazabilidad de los recursos, la estandarización de la operación y la evaluación comparativa de resultados. Esta diversidad, aunque amplía la cobertura, también puede diluir responsabilidades y generar zonas grises en la rendición de cuentas.

A esto se suma la complejidad de la implementación territorial. Los EBS dependen en gran medida de la capacidad de las entidades territoriales y de las Empresas Sociales del Estado

(ESE) para conformar equipos, garantizar talento humano, articularse con redes de servicios y sostener procesos en el tiempo. En un país con profundas desigualdades institucionales, esto implica que la calidad de la implementación puede variar significativamente entre territorios, con el riesgo de reproducir —e incluso profundizar— brechas existentes.

A este escenario se suma un factor adicional de gobernanza que, aunque no forma parte del diseño técnico del modelo, incide de manera directa en su implementación: las diferencias políticas entre el nivel nacional y los gobiernos territoriales. En un esquema descentralizado como el colombiano, la alineación institucional es un elemento clave para la ejecución efectiva de las políticas públicas. Si bien estas diferencias no deberían constituir un obstáculo en términos formales, en la práctica pueden afectar la priorización, la implementación, la asignación de recursos y los niveles de articulación entre actores.

La trazabilidad de la información constituye otro punto crítico. Aunque el modelo contempla sistemas de reporte y seguimiento, en la práctica persisten desafíos en la calidad, oportunidad y consistencia de los datos. La dependencia de esquemas de autorreporte, sumada a la presión por evidenciar avances, puede afectar la confiabilidad de la información y limitar tanto la verificación independiente como la capacidad de toma de decisiones informadas.

En este punto, la gobernanza de los EBS se articula directamente con el desafío señalado previamente: sin un sistema de información robusto, la política no solo tiene dificultades para demostrar resultados, sino también para gestionarse de manera efectiva, corregir desviaciones y priorizar intervenciones.

En este contexto, el rol de las instancias de control y vigilancia adquiere especial relevancia. La capacidad de entidades como la Superintendencia Nacional de Salud y otros organismos de control para hacer seguimiento efectivo a una estrategia de esta escala es determinante para garantizar su transparencia.

Adicionalmente, la propia naturaleza de los EBS —como estrategia intensiva en talento

humano y con fuerte presencia territorial— introduce riesgos operativos asociados a la sostenibilidad. La rotación de personal, las condiciones contractuales, la continuidad de los equipos y la estabilidad de la financiación son factores que pueden afectar la permanencia y efectividad de la intervención en el tiempo.

A estos elementos se suma un desafío clave: la articulación efectiva con la red de servicios de salud. Sin una integración funcional entre los EBS y los niveles de mediana y alta complejidad, la estrategia corre el riesgo de limitarse a la identificación de necesidades sin capacidad real de resolución, afectando su impacto y legitimidad en el territorio.

En conjunto, estos factores configuran un escenario en el que la expansión de los EBS ha sido más rápida que la consolidación de su gobernanza. Esto no invalida la estrategia, pero sí plantea un desafío estructural: sin mecanismos robustos de coordinación, información, seguimiento y articulación del sistema, una política de esta escala puede perder coherencia, efectividad y capacidad de transformar el modelo de atención.

Conclusión: Entre la expansión del modelo y la búsqueda de resultados en salud.

Los Equipos Básicos de Salud representan, sin duda, una de las apuestas más ambiciosas —y de mayor alcance territorial— de política pública en salud en las últimas décadas. Por primera vez, un gobierno ha intentado desplegar de manera simultánea un modelo de Atención Primaria en Salud en todo el país, con más de 14.000 equipos operando, recursos significativos y presencia en prácticamente todos los territorios.

La dirección de la política es, en lo esencial, correcta, fundamentada en la atención primaria. Colombia arrastra déficits históricos en acceso, prevención y gestión del riesgo que justifican plenamente una estrategia que acerque el sistema a los hogares, fortalezca la intervención territorial y busque anticiparse a la enfermedad. En ese sentido, los EBS responden a una necesidad estructural del sistema de salud.

Sin embargo, la magnitud de la apuesta eleva también el nivel de exigencia. Hoy, el debate no puede centrarse en cuántos equipos se han conformado o cuántos hogares se han

visitado. La pregunta de fondo es si esta expansión está logrando transformar efectivamente las condiciones de salud de la población, mejorar la resolutividad en el territorio y articular de manera efectiva los distintos niveles de atención del sistema.

Lo que emerge del análisis es una brecha clara: una política con alta capacidad de despliegue, pero aún con evidencia limitada sobre su impacto estructural. A esto se suman desafíos en gobernanza, trazabilidad de los recursos, calidad de la información, articulación con la red de servicios y heterogeneidad territorial, así como tensiones derivadas de la relación entre el nivel nacional y los gobiernos territoriales, que en la práctica inciden en la implementación.

El riesgo no es menor. Cuando una política de esta escala se consolida sin mecanismos robustos de información, evaluación y toma de decisiones, puede derivar en una expansión institucional que privilegia la presencia sobre la transformación. Es decir, en una estrategia que identifica necesidades, pero no necesariamente logra resolverlas de manera efectiva.

Por ello, el futuro de los Equipos Básicos de Salud no dependerá de su crecimiento, sino de su capacidad de demostrar resultados. Esto implica avanzar hacia un modelo que garantice resolutividad en el territorio, continuidad en el cuidado, articulación efectiva con la red de servicios y un sistema de información que permita gestionar la política con evidencia.

Pasar de la cobertura al impacto, de la visita a la resolución, de la presencia a la transformación, y de la información fragmentada a la toma de decisiones basada en evidencia. Esa es la transición pendiente.

En última instancia, el verdadero éxito de esta apuesta no se medirá en el número de equipos desplegados, sino en la capacidad del sistema de salud de cambiar, de manera tangible y sostenida, la vida de las personas.

*Alex Ordoñez Argote,* Investigador Social y analista de políticas públicas en salud.

Foto tomada de: Chatgpt