



Título: Los niños de la casa vieja
Autor: Hernán Díaz Giraldo - Fotógrafo, Bogotá
Créditos: Rafael Moure (cesión de derechos)
 / Biblioteca Luis Ángel Arango - Banco de la República- Colombia.

Volumen 44, 2026

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e364031>

Recibido: 23/02/2025
 Aprobado: 25/02/2026
 Publicado: 27/02/2026

Cita:
 Otálvaro-Castro GJ, Patiño-Lugo DF, Torres-Tovar M, Rodríguez-Hernández JM, Guerrero-Espinel JE, Patiño-Rueda JS. La crisis del sistema de salud en Colombia. ¿coyuntura inducida o síntoma de un problema estructural?. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2026;44:e364031 DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e364031>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

La crisis del sistema de salud en Colombia. ¿coyuntura inducida o síntoma de un problema estructural?*

Gabriel Jaime Otálvaro-Castro¹, Daniel Felipe Patiño-Lugo², Mauricio Torres-Tovar³, Jorge Martín Rodríguez-Hernández⁴, Juan Eduardo Guerrero-Espinel⁵, Jhon Sebastián Patiño-Rueda⁶

- ¹ PhD en Salud Colectiva y Ambiente. Universidad de Antioquia.Colombia. jaimе.otalvaro@udea.edu.co
- ² PhD en Políticas de Salud. Universidad de Antioquia. Colombia. felipe.patino@udea.edu.co
- ³ PhD en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. mhtorrest@unal.edu.co
- ⁴ PhD en Salud Pública y Epidemiología. Pontificia Universidad Javeriana. jrodriguez.h@javeriana.edu.co
- ⁵ Magíster en Salud Pública. Ex funcionario de la Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud, Estados Unidos. Asociación Colombiana de Salud Pública. Colombia. guerrero.espinel@gmail.com
- ⁶ Magister en Salud Pública, Magister en Políticas Públicas, investigador independiente, Colombia. js.patino155@uniandes.edu.co

Durante los últimos años, la crisis del sistema de salud se ha convertido en un titular noticioso reiterado de los medios de comunicación, como parte del debate social y político que ha suscitado la propuesta de reforma del sistema de salud presentada por el Gobierno nacional del presidente Gustavo Petro. El debate se ha extendido también en las redes sociales, académicas y de conocimiento especializado del país y del mundo.

Además de explorar y debatir los fundamentos e implicaciones de los múltiples aspectos contemplados en la propuesta de reforma, los diferentes análisis se han planteado preguntas relativas a la crisis del sistema de salud del país, en algunos de ellos llegando a plantear que dicha crisis fue inducida durante 2022-2026, producto de las decisiones en salud que tomó el Gobierno [1], o que es producto de una estrategia establecida por las aseguradoras de salud (empresas promotoras de salud o EPS) para generar un malestar en la gente, que lleve a que se oponga a la reforma del sistema de salud [2,3].

En esta reflexión queremos examinar la pregunta por el origen de la crisis del sistema de salud en Colombia y aportar elementos para el análisis de uno de los principales debates sociales y sanitario del país en la actualidad.

* La base inicial de este editorial lo constituyó una comunicación enviada al *British Medical Journal*, como respuesta al artículo de Taylor [1], que fue rechazada por los editores de la revista.

Una crisis sanitaria de larga data

La creación del sistema de salud en 1993, mediante la Ley 100 [4] es un hecho de gran relevancia social y política en la historia reciente del país. Producto de ello, se triplicaron los recursos financieros en salud en un lapso de tres décadas. El curso de su implementación y en el marco del espíritu garantista de derechos de la Constitución Política de 1991, se posibilitó también la emergencia de un movimiento social amplio y diverso que logró transformar la concepción de la salud como mercancía que sustentó dicha ley en 1993, hacia una noción de *derecho humano fundamental*, que se terminaría de afirmar décadas después con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 [5-7].

No obstante, a pocos años del inicio de la implementación de la reforma sanitaria adoptada con la Ley 100 de 1993, se pueden rastrear múltiples planteamientos de actores políticos e institucionales relativos al colapso o crisis del sistema de salud. Desde el periodo presidencial de Andrés Pastrana (1998-2002), la totalidad de los sucesivos mandatarios nacionales hasta el presente han reconocido la existencia de una crisis del sistema de salud [8,9]. No hay que sino que leer los artículos de la *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* como indicio de que la salud, en Colombia, ha vivido en crisis.

Desde hace más de 20 años, los aspectos involucrados en tales señalamientos tienen que ver con una amplia variedad de asuntos, como: las millonarias deudas de las EPS con las instituciones prestadoras de salud; los diferentes mecanismos usados por las aseguradoras para la extracción de rentas [10]; la situación financiera de los hospitales públicos; la intervención forzada de diferentes EPS por parte de organismos de control; la quiebra y liquidación de decenas de EPS; los problemas de acceso a los servicios de salud, incluido el llamado “paseo de la muerte”, † y el crecimiento anual sostenido de las tutelas en salud; los escándalos de corrupción en diferentes EPS y otros actores del sistema; el cierre de algunos servicios de salud (especialmente de ginecoobstetricia, cuidado neonatal y pediatría); el colapso de los servicios de urgencias en diferentes temporadas del año (especialmente asociados a momentos de pico de enfermedades respiratorias, vinculados con los cambios de temporada climática); el desabastecimiento de medicamentos; el déficit de infraestructura, de servicios y de especialistas en zonas rurales del país; la situación epidemiológica de diferentes enfermedades y eventos de interés en salud pública; la magnitud de la mortalidad evitable asociada a la atención en salud [11], la controvertida suficiencia del valor de la unidad de pago por capitación (UPC), ‡ entre otras.

Diversas reformas incrementales que no han resuelto los problemas del sistema

El limitado acceso efectivo a la atención ha sido una debilidad estructural del sistema de salud a lo largo de sus tres décadas de existencia, que se ve reflejada en el elevado número de tutelas en salud [2,5,8]. Desde hace dos décadas, la salud es el derecho fundamental más demandado ante la justicia, y ha motivado, en diferentes épocas, un fuerte choque entre las ramas Ejecutiva y Judicial del poder público. Los análisis anuales de la Defensoría del Pueblo han mostrado un patrón que se repite, en el cual la mayoría de las tutelas en salud se fallan a favor de los demandantes y corresponden a servicios ya incluidos en el plan de beneficios [12].

Los costos asociados al deterioro de la salud y la calidad de vida de cientos de miles de ciudadanos que enfrentan barreras para su atención [13], así como los relativos a la operación del sistema judicial para resolver las miles de tutelas anuales, son pasivos invisibles de la contabilidad y de los estados financieros del sistema de salud.

Estos problemas se han manifestado de manera recurrente a lo largo de por lo menos dos décadas, y no han logrado ser resueltos con diversas reformas de ley y múltiples disposiciones normativas tendientes a corregir fallas de regulación, instauradas por los Gobiernos de las últimas dos décadas, que han prometido superar los problemas crónicos del sistema. Estos problemas persistentes reflejan deficiencias inherentes al diseño del sistema y no son solo problemas de la implementación, o fallas de la regulación o los incentivos. De allí que se plantee que se trata, por tanto, de una crisis estructural, sistémica y de larga duración.

† Ante la imposibilidad de la atención urgente en algún centro hospitalario, por no contar con contrato con la respectiva EPS del paciente, o por algún otro motivo de carácter administrativo, en el que no se le recibe para la atención de la urgencia, los familiares empiezan a desplazarlo por diferentes entidades hospitalarias para ver si se logra que alguna de ellas lo atienda, en algunos casos, con resultados fatales para los pacientes.

‡ Corresponde al valor anual que paga el Estado a las aseguradoras por cada afiliado, que es transferido mensualmente de forma anticipada. Corresponde a la denominada “prima” en la teoría de seguros. Con este valor, se cubren los servicios y las tecnologías establecidas en el Plan de Beneficios en Salud.

Algunas de estas reformas incrementales incluyen las leyes 1122 del 2007 [14], 1393 del 2010 [15] y 1438 del 2011 [16]. Aunque estos múltiples ajustes legislativos han permitido aumentar los recursos del régimen subsidiado, mejorar la estimación de la UPC y agilizar el pago a los prestadores de salud por medio del giro directo, no han resuelto los problemas mencionados y exponen otra característica con la cual se ha enfrentado la crisis: la profusión e inconsistencia normativa [17].

La amplitud de los problemas del sistema de salud y su persistencia, a pesar de las múltiples reformas y los cambios incrementales en los instrumentos de las políticas públicas, cuestionan la coherencia y la autoridad del paradigma de las ideas de política vigente, basadas en el aseguramiento desterritorializado y con ánimo de lucro, la separación entre lo individual y lo colectivo en el abordaje de la salud (la primera a cargo de las aseguradoras, la segunda de responsabilidad del Estado), la inclusión de privados en las funciones de administración de recursos, la competencia entre actores en todos los niveles, la transformación de los hospitales públicos en empresas autosostenibles, entre otras, que fundamentaron la Ley 100 de 1993 y sus posteriores intentos de ajuste.

Desde el marco teórico de los paradigmas políticos [18], un cambio ocurre cuando el actual se ve amenazado por la aparición de anomalías o problemas que no se pueden explicar o resolver dentro de ese sistema de ideas. Cuando esto ocurre, los formuladores de políticas hacen cambios de primer y segundo orden para tratar de explicar y resolver esos problemas, es decir cambios incrementales, sin cambiar de marco. Sin embargo, si el paradigma político es realmente incapaz de abordar los problemas, es muy probable que los cambios de primer o segundo orden no tengan resultados. En ese momento, se abre una ventana de oportunidad para cambiar el paradigma político prevalente.

Esta acumulación de problemas sin resolver durante décadas sugiere la necesidad de un cambio de paradigma conceptual y político en el sistema de salud y, en general, en las ideas sobre cómo garantizar y cuidar el bienestar y la salud de la población.

La movilización social y las instituciones del Estado han visibilizado la crisis

En las últimas dos décadas, la movilización social por la salud ha sido una estrategia utilizada por múltiples actores, especialmente usuarios, organizaciones sociales, académicas, sindicales, profesionales y de hospitales, para denunciar y hacer visible la crisis del sistema de salud, así como para expresar el rechazo ciudadano a diferentes proyectos de reforma sanitaria que pretendieron profundizar el arreglo institucional creado con la Ley 100 de 1993 [4].

Se pueden destacar, por su alcance, las movilizaciones de 2010 contra la emergencia social en salud, propuesta por el Gobierno de Álvaro Uribe Vélez; las de 2013 contra el proyecto de reforma propuesto por el entonces ministro Alejandro Gaviria en el Gobierno de Juan Manuel Santos, y las de 2020 y 2021, en el marco del denominado “estallido social” y en medio de la pandemia por el COVID-19, contra el proyecto de reforma propuesto por el entonces ministro Fernando Ruiz, en el Gobierno de Iván Duque. En dichas ocasiones, la movilización social por la salud fue exitosa para detener los trámites legislativos de iniciativas que pretendieron profundizar la lógica del sistema vigente [9].

La crisis del sistema de salud colombiano ha sido documentada y reconocida por diferentes instituciones del Estado desde la década del 2000. La emblemática Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional reconoció la vulneración sistemática del derecho a la salud por las barreras de acceso y fallas regulatorias del sistema [19] y emitió 32 órdenes de obligatorio cumplimiento para el Estado y sus instituciones, algunas de las cuales continúan vigentes, lo que ha obligado a la actuación del Ejecutivo para realizar ajustes al sistema mediante propuestas de reforma vía legislativa o mediante actuación administrativa.

El efecto más importante de dichas órdenes desembocó en la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que afirmó la salud como derecho humano fundamental (ya reconocida en la jurisprudencia desde sentencias de la Corte Constitucional) y que regula este derecho en Colombia [7]. Después de una década de la Ley Estatutaria de la Salud y a pesar de la retórica de los innumerables instrumentos de la política de salud adoptados desde aquel momento, principios como la universalidad, la equidad y la integralidad enfrentan dificultades sistemáticas para su realización.

Una visión simplificadora que ignora la evidencia histórica

Algunas opiniones han planteado que el sistema colombiano fue destruido por razones ideológicas por el actual Gobierno nacional [1]. Estas opiniones desconocen la abundante evidencia histórica de los problemas sistemáticos acumulados del sistema de salud, que han aportado las propias instituciones del Estado a lo largo de tres décadas. Estas miradas resultan problemáticas, porque limitan la posibilidad de lograr una comprensión social amplia y profunda de los desafíos y de la complejidad que entraña introducir cambios en el sistema de salud.

En el contexto de pugnacidad que ha generado la reforma del sistema de salud del actual Gobierno nacional, estos análisis simplificadores han sido utilizados por los medios de comunicación e informativos y por algunos actores académicos y políticos, para deslegitimar la propuesta de reforma y la política sectorial del Gobierno actual, lo que denota el uso de una retórica de la crisis del sistema de salud como arma del debate político. Insisten, desde estas miradas, en señalar el sesgo ideológico de la propuesta de reforma, a la vez que niegan o soslayan la matriz ideológica que sustentó las reformas de mercado impuestas en la región latinoamericana para el sector salud y el conjunto de la política social desde la década de los setenta del siglo XX, con el experimento chileno, y que en Colombia se materializó en lo sanitario con la Ley 100 de 1993 [20].

La afirmación de que no existen nexos entre ideología, política y técnica es un falso dilema. Los sistemas de salud son producto de decisiones políticas y epistémicas que orientan lo técnico en una u otra dirección. Como se ha argumentado ampliamente en la investigación sobre políticas y sistemas sanitarios, estos últimos están integrados en realidades sociales y políticas concretas y son moldeados por determinadas formas culturales y epistémicas que enmarcan los problemas y las soluciones [21].

Las evidencias científicas nunca operan aisladas de intereses e ideas; la discusión se centra en qué decisiones favorecen el bien común y cuáles responden a intereses particulares, lo que explica las tensiones derivadas del rol del Estado y el mercado. Las decisiones políticas que se tomaron décadas atrás y que definieron la gobernanza, la financiación y la organización de los servicios de salud en Colombia son el origen y resultado de la actual crisis del sistema.

Como parte de su desarrollo, el sistema de salud ha generado una serie de tensiones y contradicciones que trascienden la situación financiera, abarcando la totalidad de sus dimensiones y actores, lo cual refiere la existencia de una crisis sistémica y no una coyuntura temporal. La búsqueda de una solución efectiva a los problemas financieros del sistema es un imperativo, pero resulta insuficiente para resolver la crisis, dado su carácter totalizante.

La crisis estructural, sistemática y de larga duración del sistema de salud expone las contradicciones entre los arreglos institucionales con los cuales se diseñó el sistema y los postulados posteriores que han afirmado la salud como un derecho humano fundamental de doble naturaleza, individual y colectiva. Garantizar ese derecho requiere de la actuación coordinada de múltiples actores sociales y del conjunto de la institucionalidad gubernamental, en sus diferentes niveles, para garantizar tanto un acceso universal y equitativo a procesos de cuidado integral de la salud y ante la enfermedad, así como la actuación frente a las condiciones que hacen posible la buena salud de las poblaciones, es decir, la actuación sobre los procesos sociales determinantes de la salud. Esta disonancia entre concepciones y arreglo institucional se manifiesta de manera persistente, alimentando movilizaciones sociales, debates políticos y sustentando la propuesta de reforma estructural que ha planteado el actual Gobierno nacional.

El sistema de salud colombiano no necesita más cambios incrementales que operen bajo las ideas del agotado paradigma de las reformas de mercado que se implementaron décadas atrás.

Es urgente que se discuta, en el nuevo Congreso, una reforma estructural, un cambio profundo, clamado por los movimientos sociales desde hace décadas, con un Estado protagónico y bajo fuerte control social, sin intermediación financiera, sin delegar funciones estratégicas en terceros privados con ánimo de lucro, con énfasis en la salud pública, y que permita la articulación territorializada de actores para incidir en los procesos sociales que determinan la salud.

Es necesario un nuevo paradigma político, uno que promueva las ideas de un estado de bienestar, en el que se facilite el acceso efectivo a los derechos de la ciudadanía, lo que implica unos sistemas de protección social amplios, públicos, universales, equitativos, participativos y de calidad, que efectivamente contribuyan con el cuidado de la vida y la garantía del derecho a la salud.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Declaración de fuente de financiación

Recursos propios de los autores

Declaración de responsabilidad

Las ideas expresadas en esta editorial reflejan el punto de vista de los autores y no representa la visión de las instituciones a las cuales están afiliados.

Declaración de uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no utilizaron herramientas de inteligencia artificial para la elaboración de este manuscrito.

Declaración de autoría

Todos los autores participaron en el diseño, elaboración y revisión del manuscrito

Referencias

1. Taylor L. How politics destroyed Colombia's model healthcare system. *BMJ*. 2026;392. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.s76>
2. Rangel-Carrero DO, Montenegro-Martínez G, Agudelo-Flórez PM. Mecanismos de protección del derecho a la salud: comportamiento de la tutela en Colombia 2008-2023. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2025;57: e25v57a30. <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a30>
3. Torres-Tovar M. El sistema de salud: la crisis no es de ahora, viene de atrás. En: Moncayo HL, Cuellar V, Rodríguez A, editores. *El desafío del cambio ¡La disputa continúa! Tercer año del gobierno de Gustavo Petro y Francia Márquez*. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Coordinación Colombia-Europa-Estados Unidos, Alianza de Organizaciones Sociales y Afines (Alianza) [internet]; 2025 [citado 2026 feb. 12]. pp. 65-70. Disponible en: <https://informesderechoshumanos.com/wp-content/uploads/2025/09/El-desafio-del-cambio-final-2025.pdf>
4. Colombia, Congreso de la República. Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [internet]. 1993 (dic. 23) [citado 2026 feb. 12]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
5. Otálvaro-Castro GJ, Orozco-Arcila S, Patiño-Lugo DF, et al. Efectos de la Ley Estatutaria de Salud en el comportamiento de las acciones de tutela en salud en Colombia, 2008-2019. Un análisis de series de tiempo interrumpida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2024;42:e354553. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354553>
6. Borrero-Ramírez Y, Torres-Tovar M, Echeverry-López ME. Construcción del movimiento social en salud en Colombia, 1998-2020. *Cad Saúde Publica*. 2021;37(12):e00345220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00345220>
7. Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [internet]. 2015 (feb. 16) [citado 2026 feb. 13]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
8. Rodríguez-Hernández JM, Rodríguez-Rubiano DP, Barona-Corales JC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Cien Saúde Colet*. 2015;20(6):1947-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
9. Eslava Castañeda J, Torres-Tovar M, Hernández-Álvarez M. Contienda política por el sistema de salud en Colombia: entre bien de mercado y derecho humano fundamental. En: Tetelboin Henrion C, Iturrieta Henríquez D del R, Costa AM, coordinadores. *Democratización, universalización y derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Desafíos contemporáneos en la pospandemia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO [internet]; 2025 [citado 2026 feb. 13]. pp. 93-132. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/253240/1/Democratizacion-universalizacion.pdf>
10. Peñaloza Quintero RE. Economía política de la emergencia social: las negociaciones políticas de los decretos. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [internet]. 2010 [citado 2026 feb. 13]; 9(18):61-69. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolasal/article/view/2647>
11. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud (ONS). Cuando la muerte es evitable. Informe 15. Bogotá: ONS [internet]; 2023. [citado 2026 feb. 16]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informe%2015/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2FDirecciones%2FONS%2FInforme%2015%2Fpdf>
12. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2023. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2024.
13. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med*. 2009;68(6):1153-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>
14. Colombia, Congreso de la República. Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [internet]. 2007 (ene. 9). [citado 2026 feb. 16]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
15. Colombia, Congreso de la República. Ley 1393, por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones [internet]. 2010 (jul. 12). [citado 2026 feb. 16]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1393_2010.html
16. Colombia, Congreso de la República. Ley 1438, pr medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [internet] 2011 (ene. 19) [citado 2026 feb. 16]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
17. Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano : una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev Gerenc Polit Salud* [internet]. 2017 [citado 2026 feb. 20]; 16(32):34-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>

18. Hall P. Policy paradigms, social learning, and the State: The case of economic policymaking in Britain. *Comp Polit.* 1993;25(3):275-96. DOI: <https://doi.org/10.2307/422246>
19. Colombia, Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-760/08. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa [internet]; 2008 jul. 31 [citado 2026 feb. 20]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
20. Laurell AC. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuad. Relac. Laborales.* 2016;34(2):293-314. DOI: <https://doi.org/10.5209/CRLA.53458>
21. Gilson L, Hanson K, Sheikh K, et al. Building the field of health policy and systems research: Social science matters. *PLoS Med.* 2011;8(8):e1001079. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001079>