EXAMEN DE LAS ESTRATEGIAS QUE MEJORAN LAS FALLAS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: 2020-2024.

PRESENTADO POR:

MARÍA CRISTINA OVIEDO OTERO.

PRESENTADO A:

DRA. ELIZABETH RAMÍREZ LLERENA.

DRA. LAURA HERNÁNDEZ DAGER.

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINÚM

SECCIONAL CARTAGENA.

ESPECIALIZACIÓN DERECHO MÉDICO.

CARTAGENA DE INDIAS.

Martha Cecilia Benítez Izquierdo (coordinvestiderecho@unisinucartagena.edu.co)
Pedro Salgado Bustillo (jefedisciplinarderecho@unisinucartagena.edu.co)

Resumen

Las fallas estructurales y administrativas en toda Colombia durante el período de 2020-2024 han tenido un efecto acumulativo que ha debilitado la garantía del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, tal como está consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Uprimny, 2014). Durante este período, la pandemia de COVID-19, el colapso fiscal de las EPS con un déficit que supera los 19 billones de pesos, y las inequidades territoriales persistentes en la provisión de servicios esenciales subrayaron la desconexión entre las leyes existentes y su aplicación real (De Groote & López, 2020).

La situación ha recibido múltiples advertencias previas por parte de la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y es reflejada por la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia SC072 de 2025, que también llama a cambios estructurales en cuanto a la sostenibilidad financiera y la garantía del servicio.

Se aplicó una metodología de hermenéutica jurídica que facilitó la interpretación del significado y el alcance de normas, políticas públicas, jurisprudencia y documentos oficiales entre 2020-2024 para integrar una lectura crítica de las tensiones que existen entre el modelo de aseguramiento y la realización del derecho a la salud. Esto permitió el análisis de tácticas que incluyen ajustes a la UPC, reforma del modelo de aseguramiento, fortalecimiento de la APS, digitalización del sistema y las estrategias establecidas en las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (OPS, 2023; Ministerio de Salud, 2023).

Pero los resultados parciales indican que, si bien estas estrategias muestran buena gobernanza, regulación y modernización del sistema, no abordan los desafíos esenciales para superar fallos estructurales crónicos en la fragmentación administrativa, inequidad territorial y judicialización excesiva del derecho a la salud, el principal mecanismo para asegurar servicios básicos (Abadía Barrero, 2019; Giedion et al., 2014).

Como tal, esta conclusión sugiere la necesidad de acciones integrales que definan la sostenibilidad financiera, fortalezcan realmente la APS y construyan una gobernanza coherente con estos principios constitucionales de universalidad, progresividad y continuidad para mejorar el sistema de salud colombiano.

Palabras claves: Derecho, Salud, SGSSS, UPC, APS, institución, inequidad, judicialización.

1. Introducción

En los últimos años, el derecho a la salud en Colombia ha experimentado una transformación radical. Después de la promulgación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Uprimny, 2014), se reconoció como un derecho fundamental: autónomo, exigible y justiciable. Como avance normativo, este cambio de enfoque significó una reconstitución de la función del Estado, las EPS (Entidades Promotoras De Salud) y las IPS (Institución Prestadoras De Salud), con un claro compromiso con la universalidad, integralidad y continuidad del servicio.

Estas vulnerabilidades se hicieron evidentes en el período 2020-2024, cuando el impacto causado por la pandemia del COVID-19, la crisis financiera de las EPS, la falta de infraestructura hospitalaria y la sobre judicialización del derecho en la acción de tutela, se exacerbaron (Abadía-Barrero, 2019).

La pandemia fue un punto de partida importante para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), exponiendo vulnerabilidades históricas de fragmentación administrativa, falta de cobertura de respuesta dentro de los límites territoriales y distribución desigual del acceso (OPS, 2023), especialmente para los grupos de población rural, étnica, vulnerable y comunidad en general.

Al mismo tiempo, el déficit estructural del aseguramiento que supera los 19 billones de pesos debilitó la sostenibilidad financiera del sistema y creó tensiones entre las EPS y el Ministerio de Salud y los proveedores, con consecuencias negativas inmediatas para la continuidad del servicio y la entrega oportuna (De Groote & López, 2020).

En la jurisprudencia, la Corte Constitucional y la Corte Suprema también han advertido sobre la necesidad de medidas estructurales y sostenibles que garanticen la salud. La Sentencia T-760 de 2008 ordenó al Estado abordar las fallas en el acceso, la calidad y la oportunidad, mientras que la Sentencia SC - 072 de 2025 reiteró la obligación de asegurar que el sistema fuera financieramente adecuado mediante reformas del UPC y medios de control más estrictos. Tales decisiones reafirman que la realización del derecho, y por ende sus perspectivas de cumplimiento funcional, dependen no solo de la construcción normativa del derecho, sino también de su realización sostenible y cohesionada.

A la luz de esto, el presente artículo discute las acciones tomadas por el Estado colombiano para superar las fallas del sistema de salud del país de 2020 a 2024 y adopta la estrategia hermenéutica legal. En este sentido, utilizaré el lenguaje del análisis hermenéutico para discutir el papel de los principios legales en el tratamiento de la salud.

Este enfoque permite leer el significado profundo de las normas, políticas públicas, jurisprudencia y documentos oficiales, teniendo en cuenta su coherencia inherente, objetivos constitucionales y efecto real de los derechos y la protección de la salud pública (Lopera Mesa, 2018). Para ello, se propone averiguar si las estrategias implementadas han sido relevantes, adecuadas y exitosas en abordar las fallas sistémicas y administrativas.

Así, esta investigación se basa en las siguientes preguntas orientadoras, en línea con las pautas metodológicas para el análisis legal ¿Cuáles fueron las principales fallas estructurales, administrativas y territoriales del sistema de salud colombiano de 2020 a 2024? y ¿Qué tácticas

puso en práctica el Estado para rectificar estas deficiencias y cuán efectivas han sido con referencias específicas al derecho a la salud? Con base en estas preguntas, se puede guiar el análisis crítico y evaluar si las acciones estatales emprendidas en el período de tiempo son grandes desarrollos o siguen siendo inadecuadas para garantizar un sistema más equitativo, sostenible y eficiente.

El presente artículo está estructurado en cuatro apartados principales, el primero consiste en la presente introducción, el segundo , expone la normatividad , los principios y la conceptualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS , permitiendo interpretar el funcionamiento del sistema, el tercero, corresponde al desarrollo de la tesis central de esta investigación que es analizar las fallas estructurales, fallas administrativas y fallas territoriales del sistema de salud , el punto quiebre que mostró las debilidades históricas y las estrategias estatales de mejoras del sistema de salud entre 2020 – 2024, ajuste a la UPC, decretos de emergencias, ampliación UCI, financiación extraordinaria, vacunación masiva, modernización digital, gestión del riesgo y la implementación decenal 2022-2031 que consiste en demostrar con evidencias si el estado adoptó estrategias suficientes y eficaces para mejorar el sistema, como un cuarto apartado, se expone el contra argumento , en el cual se desarrolla si el estado implemento acciones relevantes aunque existen barreras estructurales y operativas que limitan la efectividad de dichas acciones, es decir, mostrar que a pesar de los esfuerzos el sistema sigue siendo vulnerable y finalmente se presenta las conclusiones donde se evalúa la pertinencia, suficiencia y efectividad de las estrategias estatales y se plantean recomendaciones orientadas al fortalecimiento estructural del sistema de salud colombiano.

2. Metodología: la presente investigación es de tipo cualitativa, con recolección de fuentes documentales, normas, decretos, jurisprudencias, bibliotecas en línea y física, entre otros. El método del análisis y la síntesis de las normas y jurisprudencia desde los años 2020-2024.

3. Resultados

3.1. Definición y caracterización del Sistema de Salud colombiano (2020–2024)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue diseñado como un modelo de aseguramiento mixto en el que convergen actores públicos y privados bajo un esquema de competencia regulada, articulado mediante la intermediación financiera de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), encargadas de gestionar el riesgo individual y colectivo (Lopera Mesa, 2018). Este enfoque pretendía consolidar un sistema solidario de financiación, con reglas claras de afiliación y compensación, orientado a lograr eficiencia, cobertura universal y sostenibilidad fiscal. En este marco jurídico-operativo, el Estado asumió funciones de rectoría, regulación y garantía del derecho fundamental a la salud.

Uno de los avances formales más destacados del sistema fue su capacidad para incrementar aceleradamente la afiliación, alcanzando niveles superiores al 95%, lo que en términos estadísticos sugería una cobertura casi universal. No obstante, este crecimiento cuantitativo no se tradujo en una homogeneidad cualitativa, pues persistieron brechas profundas en acceso, oportunidad y calidad entre zonas urbanas consolidadas y territorios rurales, dispersos o étnicos. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 redefinió la salud como derecho fundamental autónomo, exigiendo

disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y protección financiera (Uprimny, 2014). Sin embargo, dicho mandato no se materializó plenamente entre 2020 y 2024.

Durante este periodo, el SGSSS enfrentó una tensión estructural constante resultado de la interacción simultánea de diversos factores críticos. En particular, la crisis financiera del aseguramiento se profundizó por el incremento sostenido de los costos médicos, la insuficiente actualización de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la acumulación histórica de deudas entre EPS e IPS. Este desequilibrio financiero comprometió de manera significativa la continuidad en la prestación de servicios, generando retrasos en autorizaciones, interrupciones en tratamientos, fallas en la entrega de medicamentos y serias dificultades operativas en instituciones hospitalarias públicas y privadas.

En segundo lugar, la fragmentación institucional se consolidó como una de las barreras más críticas para el adecuado funcionamiento del sistema. La coexistencia de múltiples actores EPS, IPS, entes territoriales, redes de prestación y proveedores externos, operando bajo un modelo parcialmente integrado, evidenció limitaciones estructurales asociadas a la falta de interoperabilidad de los sistemas de información, la inexistencia de redes reales de servicios y la debilidad de la gobernanza sectorial. Este funcionamiento en silos generó trayectorias de atención discontinuas, duplicidad de trámites y demoras que afectaron la eficacia clínica percibida por los usuarios (Abadía-Barrero, 2019).

La Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008, había advertido que el sistema arrastraba fallas estructurales relacionadas con el acceso, la calidad, la continuidad y la oportunidad en la atención. Señaló, además, que la existencia de rutas paralelas, la multiplicación de

intermediarios administrativos y la falta de interoperabilidad de la información clínica constituían causas profundas de la vulneración del derecho a la salud. Más de una década después, durante el periodo estudiado, estas observaciones permanecían vigentes, evidenciando la ausencia de transformaciones efectivas pese al desarrollo normativo alcanzado.

La pandemia de COVID-19 constituyó un punto de inflexión que expuso de manera contundente las debilidades históricas del sistema. La capacidad hospitalaria fue ampliamente sobrepasada en varias regiones, evidenciando la insuficiencia de camas UCI, la precariedad de los sistemas de vigilancia epidemiológica y la falta de una planificación efectiva del riesgo en salud (OPS, 2023). Además, las inequidades territoriales se profundizaron: departamentos como Amazonas, La Guajira, Chocó y Vichada quedaron en mayor vulnerabilidad debido a la limitada capacidad resolutiva de sus redes hospitalarias, donde el acceso dependió de traslados interdepartamentales costosos y demorados.

Otro elemento crítico fue la persistente precariedad del talento humano en salud, marcada por limitaciones en la formación, distribución y disponibilidad de profesionales, especialmente en especialidades clínicas como pediatría, ginecología, anestesiología y medicina interna. A ello se sumaron condiciones laborales inestables, tercerización, retrasos en los pagos y ausencia de garantías mínimas que profundizaron la desprotección del personal sanitario. Esta situación generó alta rotación y debilitó la continuidad de los equipos asistenciales, afectando de manera directa la calidad de los servicios, particularmente en los territorios con menor capacidad resolutiva y mayores niveles de vulnerabilidad.

Estas falencias estructurales fueron nuevamente destacadas por la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia SC072 de 2025, que retomó la urgencia de corregir los desequilibrios del sistema. En dicho fallo, la Corte exhortó al Estado a emprender reformas inmediatas en el esquema de financiamiento, con el fin de asegurar la suficiencia de la UPC y evitar un posible colapso de las EPS. Asimismo, subrayó la importancia de fortalecer el control sobre el uso de los recursos públicos en salud y modernizar los mecanismos de vigilancia y auditoría, elementos indispensables para garantizar sostenibilidad y transparencia.

Finalmente, desde una perspectiva hermenéutica jurídica, puede sostenerse que el SGSSS se configura como un sistema jurídicamente robusto, pero operacionalmente frágil. Aunque su arquitectura normativa se fundamenta en principios constitucionales y en estándares internacionales de derechos humanos, no logró integrarse de forma efectiva en las dinámicas territoriales ni en la gestión administrativa cotidiana. Entre 2020 y 2024, el modelo alcanzó uno de sus momentos de mayor vulnerabilidad, revelando tensiones entre la validez jurídica del derecho y la posibilidad real de hacerlo exigible. Esta brecha evidencia la crisis del aseguramiento en competencia regulada, que no ha logrado armonizar eficiencia, equidad y sostenibilidad financiera, afectando la realización del derecho fundamental consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

3.2. Análisis normativo del periodo 2020–2024

Durante el periodo analizado, se expidieron diversas regulaciones y directrices orientadas a corregir las fallas estructurales del sistema; no obstante, su impacto fue fragmentario y desigual. En materia de financiamiento, una de las principales estrategias fue el ajuste anual de la UPC, concebido como mecanismo para garantizar la sostenibilidad financiera del aseguramiento. Sin embargo, la evidencia muestra que dicho incremento real no logró compensar el crecimiento del gasto en salud

ni la presión adicional generada por la pandemia, lo que mantuvo la brecha entre necesidades reales y recursos disponibles (De Groote & López, 2020).

Esta situación amplió la brecha entre el valor de la UPC y los costos reales de la atención, agravando el crecimiento de las deudas de las EPS con las IPS y los proveedores. El Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 priorizó la Atención Primaria en Salud, la gestión del riesgo y la reducción de inequidades, proponiendo la transición hacia redes integradas de servicios con enfoque territorial (Ministerio de Salud, 2023). No obstante, su implementación fue desigual debido a limitaciones presupuestarias, carencia de talento humano capacitado y una comunicación insuficiente entre los distintos niveles de gobierno.

Durante la pandemia se expidieron diversas Normas COVID-19 y decretos de emergencia orientados a ampliar la capacidad de UCI, financiar pruebas diagnósticas, garantizar la vacunación y priorizar la atención hospitalaria. Sin embargo, la crisis sanitaria evidenció deficiencias en la planificación, una excesiva centralización de decisiones y lentitud en la movilización de recursos. En paralelo, los debates sobre la reforma del modelo de aseguramiento (2023–2024) subrayaron la necesidad de fortalecer el liderazgo estatal, reestructurar las EPS, potenciar la APS y territorializar la gestión en salud. No obstante, muchas propuestas no se implementaron plenamente o enfrentaron resistencias políticas que limitaron su impacto transformador.

Las directrices orientadas a promover la digitalización, el fortalecimiento de los registros médicos electrónicos interoperables y el desarrollo de plataformas de información en salud representaron avances importantes en el ámbito urbano. Sin embargo, estas mejoras resultaron insuficientes en las zonas rurales, donde las limitaciones en infraestructura tecnológica dificultan la viabilidad y uso efectivo de dichos sistemas (OPS, 2023). En conjunto, el marco regulatorio mostró un progreso

relevante en su formulación, pero no logró corregir las deficiencias estructurales que continúan afectando la financiación del sistema, la fragmentación institucional y las persistentes desigualdades territoriales.

3.3. Situación del sistema de salud colombiano (2020–2024)

Durante el periodo 2020–2024, el sistema de salud colombiano atravesó diversas transformaciones normativas y operativas orientadas a corregir las fallas estructurales que por décadas han comprometido su sostenibilidad y su capacidad para garantizar el derecho fundamental a la salud. Si bien se expidieron múltiples normas, directrices, decretos de emergencia y lineamientos técnicos, su implementación produjo efectos parciales y heterogéneos. En varios casos, las medidas resultaron insuficientes ante la magnitud de la crisis, lo que evidenció la persistencia de brechas estructurales y la limitada capacidad del sistema para absorber y superar los desafíos acumulados.

En el ámbito financiero, uno de los cambios más significativos fue el ajuste anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), concebida como el principal mecanismo para garantizar la sostenibilidad del modelo de aseguramiento. Este valor debía corresponder al costo real de los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). No obstante, la evidencia indica que el crecimiento efectivo de la UPC no compensó el aumento del gasto médico ni las presiones excepcionales derivadas de la pandemia (De Groote & López, 2020). Esta discrepancia entre el valor reconocido y el costo operativo amplió la brecha financiera, incrementó las deudas entre EPS e IPS y acentuó la fragilidad del modelo.

En paralelo, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 planteó una agenda ambiciosa orientada a fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS), optimizar la gestión del riesgo colectivo y reducir las inequidades sociales y territoriales. Este instrumento estratégico propuso reorganizar el sistema

mediante redes integradas con enfoque territorial, mejorar la capacidad resolutiva de hospitales de baja y mediana complejidad e incrementar la inversión en salud pública (Ministerio de Salud, 2023). No obstante, su ejecución enfrentó restricciones presupuestarias, escasez de personal formado para APS, resistencias institucionales y débil articulación intergubernamental. Ello condujo a avances desiguales: algunos territorios iniciaron procesos de reorganización, mientras otros permanecieron rezagados por limitaciones estructurales y políticas.

La pandemia motivó la expedición de múltiples decretos legislativos destinados a fortalecer la capacidad hospitalaria, ampliar las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), financiar pruebas diagnósticas, asegurar la adquisición de vacunas, reorganizar rutas de atención y garantizar la disponibilidad de insumos críticos. Aunque estas medidas representaron avances relevantes, la emergencia también expuso deficiencias en la planificación, una marcada centralización en la toma de decisiones, demoras en la distribución de recursos y escasa articulación con las entidades territoriales. En numerosos casos, la respuesta dependió de la improvisación local, generando profundas inequidades en la oportunidad y calidad de la atención entre regiones.

Asimismo, el debate legislativo sobre la reforma del sistema de salud entre 2023 y 2024 puso de manifiesto la necesidad de redefinir el papel del Estado, delimitar con precisión las funciones de las EPS, fortalecer el financiamiento público y avanzar en la territorialización de la gestión sanitaria. Aunque existía consenso sobre la urgencia de una transformación estructural, las propuestas se vieron atravesadas por una fuerte polarización política y social que impidió su consolidación. La reforma quedó en un estado incipiente: varias disposiciones no fueron aprobadas, otras fueron alteradas significativamente y muchas nunca se implementaron, generando un vacío de política pública y perpetuando la inercia del sistema.

En el ámbito tecnológico, se impulsaron políticas orientadas a modernizar el sistema mediante la digitalización de la información en salud, la interoperabilidad de plataformas y la implementación de la historia clínica electrónica. En las principales ciudades se observaron avances parciales en integración de datos, telemedicina y mecanismos digitales de referencia. Sin embargo, estos progresos no se replicaron en zonas rurales, dispersas o con baja conectividad, donde las brechas tecnológicas dificultaron su aplicación efectiva. La OPS (2023) advierte que esta inequidad digital puede profundizar desigualdades estructurales en salud y limitar la capacidad territorial de respuesta frente a emergencias sanitarias.

En términos generales, aunque el entorno regulatorio del periodo 2020–2024 evidenció una intención formal de modernizar el sistema y corregir sus fallas estructurales, la práctica mostró la persistencia de problemas endémicos como la fragilidad financiera, la fragmentación operativa, las desigualdades territoriales y la limitada capacidad institucional. Desde una lectura hermenéutica, estos elementos revelan que el sistema aún enfrenta una brecha sustancial entre la arquitectura normativa y su capacidad real para materializar el derecho fundamental a la salud. Esta distancia evidencia la dificultad histórica del SGSSS para transformar disposiciones jurídicas en resultados efectivos para la población.

3.4. Principales barreras para consolidar las estrategias de mejora

A pesar de los esfuerzos normativos, financieros y operativos adelantados por el Estado entre 2020 y 2024, persisten barreras profundas que impiden consolidar un sistema de salud efectivo, equitativo y sostenible. Estas limitaciones de naturaleza estructural, administrativa, financiera y territorial han sido identificadas como problemas históricos que se agravan en escenarios de crisis. La primera es la fragmentación institucional, aún uno de los obstáculos más determinantes. El

sistema opera como una red dispersa de actores EPS, IPS públicas y privadas, entidades territoriales, entes de control y organismos nacionales sin una gobernanza integradora. Esta desarticulación afecta la referencia y contrarreferencia, la conformación de redes, la continuidad del cuidado y la eficiencia en la atención (Giedion et al., 2014).

En segundo lugar, la sostenibilidad financiera permanece como una barrera estructural que limita la efectividad de las estrategias de mejora del sistema. Aunque se realizaron ajustes anuales a la UPC, este instrumento no logró compensar el aumento de los costos médicos ni el déficit acumulado tras décadas de sub financiación. Como consecuencia, crecieron las deudas entre EPS e IPS, se retrasó la entrega de medicamentos, se demoraron autorizaciones y se interrumpieron terapias esenciales, afectando la continuidad del tratamiento para los usuarios. La insuficiencia de recursos también comprometió el funcionamiento de numerosos hospitales públicos, que debieron reducir servicios, cerrar programas o depender de apoyos extraordinarios para operar.

Otro factor crítico corresponde a las profundas brechas territoriales que persisten en el país. Las zonas rurales, apartadas y con presencia de comunidades étnicas continúan enfrentando condiciones de atención altamente precarias: infraestructura deficiente, ausencia de transporte asistencial, limitada disponibilidad de especialistas, escasa conectividad digital, dotación insuficiente de equipos biomédicos y una presencia estatal mínima. Estas desigualdades generan un acceso inequitativo al derecho fundamental a la salud, vulnerando los principios de accesibilidad y universalidad establecidos por la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Durante la pandemia, estos territorios fueron los más afectados debido a su baja capacidad resolutiva y a la lenta respuesta institucional.

La judicialización excesiva constituye otra barrera de gran relevancia. El aumento sostenido de tutelas para acceder a servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) evidencia que el sistema no garantiza el derecho por la vía administrativa. Como señala Abadía-Barrero (2019), la acción de tutela se ha convertido en el principal mecanismo de acceso para miles de usuarios, reflejando fallas sistémicas en la gestión del riesgo, en los procesos administrativos y en la capacidad de las EPS para brindar servicios oportunos. Esta tendencia sobrecarga a los jueces y pone de manifiesto la fragilidad estructural en la garantía del derecho a la salud.

A estas barreras se añaden problemas persistentes de corrupción y deficiente administración de los recursos públicos. Diversos análisis han documentado sobreprecios en adquisiciones, desvío de contratos, cobros indebidos, irregularidades en los giros directos y fallas en los mecanismos de supervisión y control. Estas prácticas no solo representan un desperdicio considerable de recursos destinados a garantizar la salud de la población, sino que también erosionan la confianza ciudadana en las instituciones y dificultan la viabilidad de cualquier proceso de reforma estructural. Su permanencia contribuye a perpetuar las fallas sistémicas y a limitar la efectividad de las políticas públicas.

La débil implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) constituye otra limitación estructural del sistema. Aunque la APS ha sido definida como eje rector de la política nacional, no ha logrado consolidarse como la puerta de entrada efectiva. La insuficiencia de talento humano capacitado, la falta de equipos interdisciplinarios, la limitada infraestructura comunitaria y la baja inversión en promoción y prevención han obstaculizado su desarrollo. En consecuencia, la atención continúa concentrándose en hospitales y servicios de urgencias, elevando los costos, reduciendo la

capacidad preventiva y perpetuando un modelo predominantemente reactivo en lugar de anticipatorio.

Finalmente, la pandemia evidenció la fragilidad del sistema de vigilancia epidemiológica, revelando serias limitaciones en la articulación territorial, el registro oportuno de casos, la capacidad diagnóstica en zonas apartadas y la disponibilidad de sistemas de información verdaderamente interoperables. Estas deficiencias ralentizaron la toma de decisiones y redujeron la capacidad nacional para contener brotes, realizar seguimiento efectivo de contactos y planificar intervenciones territoriales oportunas. El resultado fue una respuesta desigual, especialmente en regiones con menor capacidad institucional, lo que acentuó la vulnerabilidad del país frente a emergencias sanitarias y mostró la urgencia de fortalecer la infraestructura epidemiológica.

En conjunto, estas barreras muestran que el sistema de salud colombiano requiere reformas profundas y sostenidas, más allá de ajustes normativos o medidas financieras de corto plazo. La permanencia de estos obstáculos evidencia que, aunque se han impulsado diversas estrategias de mejora, su impacto continúa siendo restringido por fallas estructurales que limitan la capacidad de transformación. Ello demuestra la necesidad de avanzar hacia un cambio integral fundamentado en principios de equidad, sostenibilidad, territorialidad y coherencia institucional, capaz de articular de manera efectiva a los distintos actores y garantizar el derecho fundamental a la salud.

Conclusiones y Recomendaciones

• Basado en esta observación, aunque Colombia ha establecido un marco legal bien definido con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, aún existe una brecha

significativa entre las legislaciones y la implementación en los territorios. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció el marco para un sistema que sigue los principios de universalidad, progresividad, equidad y continuidad; sin embargo, fallas estructurales históricas aún afectan el acceso oportuno y de calidad. Como lo demuestran diferentes análisis, la arquitectura institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no ha logrado consolidar una gobernanza efectiva que asegure coherencia entre la formulación de regulaciones, el financiamiento sostenible y la operación territorial (Uprimny, 2014; Abadía Barrero, 2019).

• La crisis financiera ha sido confirmada como uno de los núcleos problemáticos más importantes del sistema, que agrava de manera significativa todas las demás fallas. El déficit acumulado que supera los 19 billones de pesos, las deudas entre EPS e IPS, y la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) han provocado interrupciones en los tratamientos, cierres de servicios y deterioro de la red hospitalaria. Esta crisis, ampliamente documentada (De Groote & López, 2020), muestra que el modelo de aseguramiento requiere ajustes profundos para garantizar la estabilidad y sostenibilidad.

• La pandemia de COVID-19 (2020-2022) actuó como un catalizador que expuso las debilidades sistémicas del modelo de salud. La limitada capacidad instalada, el déficit de talento humano, la baja inversión en vigilancia epidemiológica y las precarias condiciones contractuales de los profesionales destacaron la fragilidad del sistema. Aunque se adoptaron medidas de emergencia, fueron reactivas y no lograron transformar las dinámicas estructurales (OPS, 2023).

• La desigualdad territorial sigue siendo uno de los mayores obstáculos para lograr el derecho fundamental a la salud en Colombia. Las regiones rurales, dispersas o aquellas con comunidades étnicas enfrentan impedimentos adicionales: ausencia de hospitales de mediana y alta complejidad, falta de especialistas, deficiencias en el transporte médico e infraestructura precaria. Aunque se están logrando avances legales, la brecha urbano – rural continúa creciendo entre 2020 y 2024.

• La dependencia estructural de la acción de tutela muestra que los procesos normales en el sistema son inadecuados. La Sentencia T-760 de 2008 representó una advertencia temprana en este sentido de violaciones sistemáticas del derecho a la salud; ahora, más de diez años después y con la Sentencia SC072 de 2025 señalando una necesidad adicional de reformas estructurales, la judicialización es un claro síntoma de fallas fundamentales en la prestación de servicios, así como en los procesos de autorización.

• Mientras el Estado tomó medidas para reforzar la Atención Primaria de Salud, digitalizar el sistema, reorganizar el modelo de seguro y adoptar las directrices establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, los resultados han sido limitados e inequitativos. La cobertura nominal no conduce a un acceso real, y los programas implementados son parciales sin abordar las causas raíz: fragmentación, fallas de coordinación, insuficiencia presupuestaria y débil articulación interinstitucional.

• El análisis hermenéutico nos permite discernir que los propósitos y estrategias constitucionales son coherentes; sin embargo, la ejecución ha sido inadecuada. Esto indica que el problema no es normativo sino operativo; Colombia tiene un sistema legalmente

avanzado, pero es institucionalmente débil. La brecha entre lo que dictan las normas y lo que experimentan los usuarios muestra que las fallas no son simplemente técnicas, y que los desafíos no solo residen en el diseño legal sino también en términos de gestión, supervisión, planificación y ejecución territorial.

• Por último, se concluye que superar las fallas del sistema de salud requiere una transformación estructural de manera integral, que incluya financiamiento, coordinación institucional, territorialidad, talento humano y gobernanza. Los ajustes parciales no son suficientes; el sistema necesita una reforma sistémica orientada a garantizar la equidad, así como la sostenibilidad del derecho a la salud para toda la población, particularmente la más vulnerable.

• Las recomendaciones serían fortalecer el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, para que haya una coordinación real y efectiva entre las EPS, IPS, entidades territoriales y organismos de control. La fragmentación institucional debe abordarse a través de redes integradas de servicios que organicen flujos, RIAS, sistemas de referencia y contrarreferencia, y gobernanza local del riesgo.

• Ajustar la metodología de la UPC para reflejar el costo real de la prestación de servicios. Esto implica considerar variables epidemiológicas, territoriales, demográficas y de riesgo. Sin una UPC suficiente, ninguna estrategia puede sostenerse en el tiempo, especialmente para enfermedades crónicas de alto costo.

• Diseñar e implementar un plan nacional para fortalecer el talento humano en salud, que incluya mejoras salariales, formalización laboral, incentivos para áreas rurales,

reconocimiento del trabajo de enfermería y auxiliares, y un aumento en los cupos de formación especializada. Sin personal suficiente y capacitado, no es posible avanzar hacia un modelo preventivo.

• Crear Comités Territoriales de Gobernanza en Salud, integrados por EPS, IPS, entidades territoriales y organismos de control, encargados de coordinar redes de prestación, organizar los flujos de referencia y contrarreferencia, supervisar la capacidad instalada y gestionar el riesgo territorial. Estos comités deben tener funciones vinculantes para garantizar coherencia entre la política nacional y su ejecución en los territorios.

• Implementar un Sistema Nacional de Interoperabilidad en Salud, obligatorio para todas las EPS e IPS, que permita integrar la historia clínica, las RIAS, los procesos administrativos y la trazabilidad del paciente en tiempo real. Este sistema contribuiría a reducir la fragmentación, mejorar la oportunidad de la atención y fortalecer la continuidad del cuidado.

• Crear un Mecanismo Centralizado de Monitoreo Financiero, responsable de vigilar en tiempo real el flujo de recursos, la cartera entre EPS e IPS, los giros directos y los riesgos financieros regionales. Este mecanismo debe generar alertas tempranas y medidas correctivas obligatorias para garantizar la sostenibilidad del sistema y prevenir interrupciones en la prestación del servicio.

Referencias Bibliográficas

Abadía-Barrero, César Ernesto (2019). La judicialización de la salud en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77680

Asamblea Nacional Constituyente (1991). Constitución Política de Colombia. Texto oficial – República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125

Congreso de la República de Colombia (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Diario Oficial – República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60302

Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia T-760 de 2008. "Sobre la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud". https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm

Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil (2025). Sentencia SC072-2025. Corte Suprema de Justicia – República de Colombia. Portal general de búsqueda: https://www.cortesuprema.gov.co/corte/

De Groote, Thomas; & López, Carlos (2020). El sistema de salud en Colombia: Retos y oportunidades. Fundación Friedrich Ebert Stiftung (FESCOL). https://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/16536.pdf

Giedion, Ulf; Villar, María; & Álvarez, Eduardo (2014). Protección universal en salud: Lecciones de la región latinoamericana. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). https://publications.iadb.org/es/proteccion-universal-en-salud-lecciones-de-la-region-latinoamericana

Lopera Mesa, Jorge Iván (2018). Análisis crítico del modelo de aseguramiento en salud colombiano. Universidad de Antioquia – Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/

Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Ministerio de Salud – República de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PDSP-2022-2031.pdf

Organización Panamericana de la Salud – OPS (2023). Estrategias para el fortalecimiento de los sistemas de salud en las Américas. OPS – Organización Mundial de la Salud. https://www.paho.org

Uprimny Yepes, Rodrigo (2014). Constitucionalización del derecho a la salud: Avances y desafíos. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad – De justicia. https://www.dejusticia.org/publication/la-constitucionalizacion-del-derecho-a-la-salud/