



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

¿CUÁL ES LA FALLA ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

**WHAT IS THE STRUCTURAL FLAW IN THE COLOMBIAN
HEALTHCARE SYSTEM?**

Javier Cormane
Analista Salud Independiente

¿Cuál es la falla estructural del sistema de salud colombiano

Javier Cormane¹

javier.cormane@est.uexternado.edu.co

<https://orcid.org/0009-0007-6448-5675>

Analista Salud Independiente
Colombia

RESUMEN

Transcurridos más de treinta años de la creación del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, y con una ley estatutaria en 2015 que elevó la salud de derecho prestacional a derecho constitucional fundamental, este sistema sanitario, que cubre al 98 por ciento de la población, enfrenta una crisis estructural que ya afecta el acceso a los servicios y la asistencia efectiva de los ciudadanos. No hay ningún país en el vecindario andino, ni en el inspirado modelo chileno, ni en las potencias norteamericanas, que haya podido sostener un sistema ilimitado de salud a través del tiempo, y mucho menos con cobertura sobre servicios y suministros sociosanitarios. Se estima que cerca de tres cuartas partes de la financiación del sistema de salud proviene del estrecho presupuesto de la Nación, que debe asumir adicionalmente otras prioridades del plan de desarrollo 2022-2026, como subvenciones para la población pobre y vulnerable e inversiones en seguridad y justicia. El riesgo de continuar y prolongar la crisis, sin solución a la vista, es que se termine deteriorando la población en términos de morbilidad y mortalidad, sobre todo, en los grupos menos favorecidos, mientras los más pudientes migran a gasto de bolsillo, tal como ocurría antes de promulgarse el sistema actual. Entonces, ¿qué se puede hacer para superar esta profunda crisis? el presente artículo hace una revisión de la situación y plantea una salida que se debe consensuar entre los diferentes actores del sistema, bajo el liderazgo del Gobierno Nacional.

Palabras clave: sistema de salud, crisis estructural, sostenibilidad financiera, derecho fundamental y cobertura universal.

¹ Autor principal

Correspondencia: javier.cormane@est.uexternado.edu.co

What is the structural flaw in the Colombian healthcare system?

SUMMARY

More than thirty years after the creation of Colombia's universal social security system for health care—and following a 2015 statutory law that elevated the right to health care from a statutory entitlement to a fundamental constitutional right—this health care system, which covers 98 percent of the population, is facing a structural crisis that is already affecting citizens' access to services and effective care. No country in the Andean region—nor in the Chilean model that served as an inspiration, nor among the major North American powers—has been able to sustain an unlimited health care system over time, much less one that provides coverage for social and health services and supplies. It is estimated that nearly three-quarters of the health system's funding comes from the nation's limited budget, which must also cover other priorities of the 2022–2026 development plan, such as subsidies for the poor and vulnerable and investments in security and justice. The risk of continuing and prolonging the crisis, with no solution in sight, is that the population's health will deteriorate in terms of morbidity and mortality—especially among the most disadvantaged groups—while the wealthiest turn to out-of-pocket spending, just as was the case before the current system was enacted. So, what can be done to overcome this deep crisis? This article reviews the situation and proposes a solution that must be agreed upon by the various stakeholders in the system, under the leadership of the national government.

Keywords: health care system, structural crisis, financial sustainability, fundamental right, and universal coverage.



INTRODUCCIÓN

A través de la Ley 100 de 1993 se promulgó el sistema general de seguridad social en salud SGSSS, con dos regímenes prestacionales: contributivo (para quienes tienen capacidad de pago y sus familias) y subsidiado (para población pobre y vulnerable), definiéndose: (a) las fuentes de financiación; (b) los planes básicos de salud PBS; (c) las primas de reconocimiento o unidad de pago por capitación UPC, y; (d) las entidades responsables del aseguramiento en salud, como son las empresas promotoras en salud EPS.

Tiempo después, con el ánimo de ajustar y fortalecer el sistema, el Legislativo generó dos reformas ordinarias: las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. A través de esta última se tomaron dos decisiones claves para entender la falla del sistema sanitario: (a) se creó el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS, entidad que tiene la función de evaluar y recomendar potenciales inclusiones de servicios y/o suministros tecnológicos en el PBS, y; (b) se reglamentaron las condiciones financieras y de solvencia para la operación de las EPS: Decreto 2702 de 2014, luego compilado en el Decreto 780 de 2016.

Por su parte, el poder Judicial a través de la Corte Constitucional, mediante sentencia T-760 de 2008, generó una jurisprudencia trascendental sobre el SGSSS, llevándolo a derecho constitucional fundamental en reemplazo del derecho prestacional como fue concebido, y unificando los PBS de ambos regímenes.

Si bien tal providencia tenía un objetivo loable, se distorsionó tras dos décadas, generándose: (a) un PBS cada vez más amplio, por decisiones judiciales y de la rectoría del sistema, con poca injerencia del IETS; (b) una UPC insuficiente, según la Corte Constitucional en Auto 007 de 2025, en relación con el amplio portafolio; (c) una alta actividad ciudadana ante el juez constitucional solicitando amparar exclusiones del plan y también suministros sociosanitarios, y a su vez operadores judiciales tutelando sin estudios técnicos, y; (d) un incremento en las solicitudes de tratantes para financiar con presupuestos máximos PM del Presupuesto General de la Nación PGN, servicios y/o suministros que no están expresamente excluidos del PBS.

Es de precisar, que los bienes y servicios sociosanitarios combinan la asistencia médica hospitalaria y/o domiciliaria con el apoyo social, orientados principalmente a personas dependientes, adultos mayores o



con enfermedades crónicas. Estos se clasifican en: (a) ayudas técnicas y suministros médicos (p. ej. pañales para adultos); (b) servicios de apoyo asistencial y social (p. ej. cuidadores), y; (c) medicamentos e insumos terapéuticos (p. ej. formulas nutricionales) [1].

En curso de estos cambios, se presentaron tensiones entre las EPS y las asociaciones médicas y hospitalarias. Las EPS fueron acusadas de restringir la autonomía médica, ignorando que su rol es precisamente proteger el uso racional del presupuesto público. Sin controles técnicos, el sistema fue captado por múltiples actores que impulsaron un modelo sin límites, donde se facturaba sin restricciones y se incorporaban tecnologías sin análisis de costo-efectividad [2].

Con la jurisprudencia constitucional y el liderazgo de organizaciones médicas, sociales y políticas se promulgó la ley estatutaria 1751 de 2015, que elevó y reguló el derecho fundamental a la salud, profundizando las desviaciones en aplicación de la sentencia T-760 de 2008: plan de salud ilimitado, UPC insuficiente y ausencia de respaldo fiscal en el PGN. Entonces las EPS absorbieron, sobre la marcha: (a) sobrecostos en la operación: mayor costo médico por ampliación del PBS con ingresos no proporcionales en la UPC, y; (b) presiones fiscales: al entregar servicios y/o suministros en salud por fuera del PBS, pero sin compromiso de pago cierto, debido a la competencia de subvención del PGN.

En detrimento más del sistema, la Ley 1819 de 2016, en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, exoneró las cotizaciones de los patronos al régimen contributivo cuando los trabajadores devenguen menos de 10 salarios mínimos, siendo la gran mayoría de la fuerza laboral formal del país, un poco más del 90 por ciento, cargándole al limitado y priorizado PGN más responsabilidades.

Así las EPS quedaron como las “mala paga” del sistema de salud colombiano, ya que los recursos de la UPC no alcanzan para pagar todos los servicios en salud requeridos por los afiliados en la operación corriente, y muchos menos cuentan, estas aseguradoras, con liquidez para asumir con los prestadores el pago de recobros y TM, ante la espera de unos giros pacienzudos, futuros e inciertos desde el PGN, desnaturalizando así un modelo de aseguramiento que exige equilibrio entre pertinencia clínica y sostenibilidad fiscal.

Sin embargo, es dable reconocer que, así como hay EPS calificadas como eficientes en la gestión, ha habido EPS ineficientes y con manejos no santos, sobre todo en la integración vertical, violando el tope

del 30 por ciento que establece la primera reforma al SGSSS, en forma declarada u oculta ante los ojos de los entes de inspección, vigilancia y control IVC.

Para la vigencia 2025, 29 EPS acumulaban una deuda de COP\$32,9 billones con los prestadores, según la Contraloría General de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS [3], un aumento de COP\$7,9 billones frente a 2023. Paralelamente, los informes de centros de pensamiento muestran un patrimonio negativo de COP\$11,4 billones en 2025, multiplicándose más de veinte veces desde 2022 (COP-\$550.000 millones) [4].

La norma de habilitación financiera de las EPS no solo establece un capital mínimo y patrimonio adecuado sino una provisión en *cash* de reservas técnicas, para responder ante servicios prestados pero cobrados a futuro. Contadas EPS realizaron las inversiones en reservas técnicas, la mayoría no cumplieron o se consumieron estos recursos con el soporte de disposiciones expeditas y transitorias para oxigenar con pagos a la red prestadora (decretos 600 del 2020 y 995 del 2022).

Ante este espectro de incumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, aunado al aumento de PQRS y de desacatos a los fallos judiciales protectores del derecho a la salud, por parte de las EPS, el Gobierno Nacional, en aplicación del Estatuto Orgánico Financiero, intervino y asumió, a través de diferentes agentes especiales, la administración de las empresas aseguradoras más críticas, entre los años 2023 y 2024, que en total tenían afiliación a cerca del 50 por ciento de la población. Sin embargo, tal intervención forzosa para administrar no traía consigo ningún recurso financiero de salvamento, aspecto desconocido por la mayoría de los ciudadanos, como sí sucede en el sistema financiero a través del Fogafin.

Todo esto ocurrió, mientras el número de EPS se reducía de 40 en 2019 a solo 23 en 2025, producto de liquidaciones e insolvencias sucesivas. El sistema quedó más concentrado, más riesgoso y con una red de aseguradoras debilitada, justo cuando la demanda por servicios en salud está creciendo por el envejecimiento poblacional, gracias, entre otros aspectos, a las propias coberturas del sistema de salud. En gracia de discusión, las inversiones en reservas técnicas, si se hubieran hecho en forma juiciosa por parte de las EPS, no serían tampoco la solución para la crisis estructural del sistema de salud colombiano. Primero, porque estarían diezmadas ante la presión válida de los prestadores por su cartera y los decretos

de uso expreso ya mencionados, y; segundo porque en un sistema ilimitado en servicios de salud no hay recursos que alcancen.

No hay ningún país en el vecindario andino, ni en el inspirado modelo chileno, y serán muy pocos en el mundo, que haya podido sostener un sistema ilimitado en salud, con carga adicional de servicios y suministros sociosanitarios, a través del tiempo. En lo que, si hay que estar de acuerdo con opinadores progobiernistas en el debate de esta crisis, es que si estuvieran fondeadas las reservas por parte de las EPS sería más fácil calcular el defecto demostrado, por la justicia, en la UPC.

Para concluir, la falla estructural del sistema de salud colombiano está atada a un alcance infinito en los servicios, tanto para afiliados aportantes como subsidiados, con un insuficiente respaldo económico dado el estrecho espacio fiscal de la Nación, y sobre el que recae en cerca de tres cuartas partes la financiación. En ese mismo sentido se pronunció la superintendente de Salud ad-hoc, Luz María Munera Medina, *“En estos casi cuatro meses que nos quedan no vamos a solucionar el problema, y quiero ser muy clara: no vamos a solucionar el problema por una razón muy sencilla, es que es estructural y no es solo de la Nueva EPS, es el sistema de salud colombiano el que tiene problemas estructurales.”* [5]

Entonces, más que la búsqueda de culpables al interior de las tres ramas del poder público: ejecutivo, legislativo y judicial, que han influido en los contenidos del portafolio del sistema de salud, o; en los entes de IVC sanitario, como la Superintendencia Nacional de Salud y secretarías territoriales de salud, o; en las EPS o; en las instituciones prestadoras de salud, la solución está en entablar un diálogo honesto entre los diferentes actores del sistema para limitar el PBS sobre las capacidades financieras reales del Estado.

De no buscarse una solución así, la insolvencia estructural afectará la atención sanitaria de los ciudadanos, con grave deterioro de la salud, en términos de morbilidad y mortalidad, sobre todo hacia la población menos favorecida. Ya que la ciudadanía con recursos, que son cerca del 8 por ciento, ubicados en estratos sociales 5 y 6, está migrando hacia medicina prepagada y pólizas voluntarias de seguros, así como demanda médica y hospitalaria particular, total a gasto de bolsillo, que alcanzó el 17,2 por ciento del costo en salud de los hogares, tal como ocurría en vigencia de la Ley 10 de 1990 y disposiciones anteriores.



En forma adicional, el Gobierno deberá buscar recursos frescos para inyectarle al sistema y enervar otra parte de la situación: el gran volumen de pasivos. En el entretanto, se da coyuntura política en el país con el cambio de administración presidencial a partir de agosto de 2026.

Reflexión Final

De no buscarse con prontitud espacios de diálogo, entre los diferentes actores del sistema de salud colombiano, para limitar el plan de beneficios en salud sobre las capacidades reales de financiación por parte del Estado, se podrá ver afectada rápidamente la población pobre y vulnerable en términos de morbilidad y mortalidad.

En el entretanto, cerca del 8 por ciento de los ciudadanos asume como gasto de bolsillo su atención en salud a través de medicina prepagada, pólizas de seguro y demanda médica y hospitalaria particular, como sucedía antes de promulgarse el sistema de seguridad social en salud.

Sí el gobierno actual no logra desarrollar a la brevedad estos escenarios de franqueza sobre los contenidos del plan básico de salud, le corresponderá al presidente entrante (agosto 2026) desarrollar estrategias de choque, antes que se convierta esta sentida situación sanitaria en: crisis social y costo político para la administración ejecutiva de turno, en dos líneas: (a) inyección de recursos frescos y extraordinarios al sistema para evitar su colapso, y, en paralelo; (b) abrir las mesas de diálogo, acuerdo y conciliación sobre los límites del sistema de salud.

Declaración de Responsabilidad de Opinión

Las opiniones, ideas y puntos de vista expresados en este artículo pertenecen exclusivamente al autor y no representan necesariamente la posición oficial, políticas o puntos de vista de la revista Ciencia Latina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Uprimny, M. (2017). Cuidados y servicios sociosanitarios para las personas en situación de dependencia, como parte integral del Sistema de Salud. *Páginas de Seguridad Social*. 1, 141–165. <https://doi.org/10.18601/25390406.n1.06>.
- [2] Correa, J. (20 de febrero de 2026) “Por qué el sistema de salud colapsó: una mirada sin atajos ni culpables fáciles”. Bienestar IPS. <https://bienestariips.com/transparencia-institucional/>
- [3] República de Colombia, MSPS. (15 de junio de 2025). Deuda acumulada de EPS asciende a 32 billones de pesos. Boletín de prensa #093-2025.



<https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2025/Paginas/deuda-acumulada-de-EPS-asciende-a-32-billones-de-pesos.aspx>

- [4] Saavedra, F. (27 de agosto de 2025). Se agudiza la crisis financiera de las EPS de Colombia: deudas superan \$29 billones según análisis del observatorio Así Vamos en Salud. *Infobae*.

<https://www.infobae.com/colombia/2025/08/27/crisis-financiera-en-eps-de-colombia-deudas-superan-29-billones-indica-analisis-del-observatorio-asi-vamos-en-salud/>

- [5] Caicedo, E. (14 de abril de 2026). ‘No tengo cómo demostrarlo, pero lo cierto es que se sigue manejando la plata de la Nueva EPS como un negocio’: habla la Superintendente ad hoc. *El Tiempo*.

<https://www.eltiempo.com/salud/en-cuatro-meses-no-vamos-a-solucionar-la-crisis-de-nueva-eps-superintendente-ad-hoc-asegura-que-habia-irregularidades-en-pagos-en-la-aseguradora-3547787>

