

Imprimir

Sin afirmar categóricamente una tipificación penal, este artículo propone una reflexión jurídica y ética sobre si las consecuencias del actual sistema de salud en Colombia podrían encajar en el marco de crímenes de lesa humanidad, según el artículo 7 del Estatuto de Roma.

El sistema de salud colombiano basado en la ley 100 ha sido objeto de fuertes críticas por el diseño que prioriza la intermediación financiera sobre la garantía del derecho fundamental a la salud. Este modelo ha permitido la captura de recursos públicos a través de la unidad de pago por capitación (UPC) facilitando su manejo por entidades privadas, Entidades Promotoras de Salud, EPS, bajo incentivos que fomentan la negación de atención médica y tratamientos

Desde esta premisa ¿Puede el diseño y funcionamiento del sistema de salud colombiano, creado en la ley 100 de 1993, aproximarse, con pruebas suficientes, a la categoría de crimen de lesa humanidad? La pregunta, provocadora pero jurídicamente seria, se fundamenta en tres hechos claves: 1.- La captura de los recursos públicos y la opacidad en su uso 2. -la magnitud de la mortalidad evitable atribuible a fallas del sistema de salud. 3.- la persistencia de barreras estructurales que afectan a millones de personas, documentadas por organismos oficiales durante décadas. Estos factores se han sostenido durante 30 años, pese a alertas reiteradas de órganos de control (1), configurándose un patrón cuya gravedad merece análisis bajo el artículo 7 del Estatuto de Roma (crímenes de lesa humanidad)

Durante años, se intentó instalar desde instancias jurídicas y doctrinarias como práctica administrativa, la tesis según la cual la UPC, una vez girada a las EPS, adquiriría naturaleza privadas, análoga a una prima de seguro comercial. Bajo esta lectura, los recursos podrían mezclarse con el patrimonio de las EPS y destinarse a inversiones ajenas al aseguramiento en salud, reduciendo el control público, y la transparencia sobre su manejo.

La Corte Constitucional puso freno a esta interpretación. En la sentencia C-262 del 2013(2), reiteró que los recursos de la UPC que reciben las EPS, son de naturaleza pública, con destinación específica para garantizar la prestación de servicios de salud y que las EPS actúan

como administradora no como propietarias.

Esta línea ya se había perfilado en la jurisprudencia previa. En la Sentencia C-1041 de 2007(3), al estudiar límites a la integración vertical el Tribunal reconoce el carácter público de estos recursos y la obligación del Estado de controlar su uso para impedir abusos de posición dominante y garantizar la calidad en la atención.

El daño humano es cuantificable. El Observatorio Nacional de Salud (ONS) estimó que entre 1979 y 2021, el 50% las muertes ocurridas en Colombia fueron clasificadas como evitables por políticas públicas. De estas, el 39% (1.6 millones de fallecimientos) se atribuyen a fallas del sistema de salud: demora, negaciones, deficiencia de calidad. Solo entre 2010 al 2019, se registraron 364.113 muertes evitables con una atención oportuna. Las regiones con menor infraestructura, como la Amazonia, el Pacífico y la Orinoquia, presentan las tasas más altas de mortalidad evitable, lo que demuestra como la falta de cobertura territorial agrava las brechas en salud.

Sin contar las deudas heredadas por las EPS liquidadas, que ni se pagaron ni se ajustaron y podrían superar los \$100 billones, el sistema de salud muestra fallas estructurales graves. Este rezago ha afectado por años el flujo de recursos a clínicas, hospitales y farmacias, provocando desfinanciamiento, escasez y problemas en la atención.

El informe de la Contraloría General de julio de 2025 revela que las 29 EPS activas adeudan \$32.9 billones a la red prestadora. A pesar de que el gobierno ha girado más del 90% de los recursos a gestores farmacéuticos, los desabastecimientos persisten, generando una ola creciente de peticiones, quejas y reclamos (PQR) y conflicto entre aseguradores y el Estado.

La Contraloría ha señalado el alcance de la crisis del aseguramiento en salud. El informe señala que 23 EPS activas no cumplen con los indicadores mínimos de solvencia exigidos por la normatividad. Así mismo, se reporta la interposición de más de 1.6 millones de PQR, en el último periodo evaluado (2024), con un incremento de 23.2% respecto al 2023.

En el plano de la exigibilidad individual, la acción de tutela sigue siendo el termómetro de la

¿Delito de lesa Humanidad? El sistema de salud colombiano a la luz del artículo 7 del Estatuto de Roma

negación o dilatación en el acceso, como ha ocurrido durante todos estos 30 años. La Defensoría del Pueblo ha documentado de manera sistemática la persistencia de esta vulneración masiva. En el 2016 se registraron aproximadamente 164.000 tutelas por acceso a servicios de salud; en 2017 la cifra superó las 207.000 y para 2022 se mantuvieron picos históricos superiores a las 80.000 acciones judiciales anuales, incluso para garantía de servicios incluidos en el plan de beneficios. En 2023, el panorama fue aún más grave: se interpusieron 197.765 tutelas por salud, lo que representa un incremento del 26.44% frente al año anterior, consolidando este derecho como el segundo más vulnerado en Colombia.

Esta reiterada vulneración, masiva y previsible, obliga a considerar si el sistema de salud colombiano, al sostener prácticas estructurales que impiden el acceso a servicios esenciales y causan sufrimiento o muerte evitable, podría enmarcarse en las conductas tipificadas como crímenes de lesa humanidad según el Estatuto de Roma.

El Estatuto de Roma define los crímenes de lesa humanidad como cualquiera de los actos cometidos de forma generalizada o sistemática contra la población civil, enumerados en dicho artículo, entre ellos asesinatos, exterminio, persecución u otros actos inhumanos, que causan intencionalmente grandes sufrimientos o que atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental o física. No se requiere que exista una política estatal formal: basta con que una organización pública o privada promueva o tolere prácticas que causen daños graves previsibles.

El concepto de “ataque generalizado o sistemático” en el artículo 7 del Estatuto de Roma, alude a una línea de conducta ejecutada de forma organizada, planificada y repetitiva, que afecta de manera amplia a una población civil, no como hecho aislado sino como un patrón extendido en el tiempo. El sistema de salud colombiano, ha mantenido un modelo de gestión basado en la negación o retraso sistemático de servicios, reforzado por barreras administrativas intencionales y por una crisis financiera estructural que acumula deudas. Esta conducta organizada ha generado impacto masivo: miles de muertes catalogadas como evitables, lo que evidencia que estas prácticas no son incidentales, sino parte de un patrón persistente y predecible que priva a la población de acceso efectivo a servicios de salud.

¿Delito de lesa Humanidad? El sistema de salud colombiano a la luz del artículo 7 del Estatuto de Roma

Detrás de cada negación hay dolor, miedo y en muchos casos, lesiones irreversibles. Esto no es un problema administrativo; es una tragedia humana repetida día tras día.

El sistema presenta prácticas deliberadas, como el ocultamiento de medicamentos recientemente denunciado por la Superintendencia de Salud, las autorizaciones humillantes que condenan a los pacientes a listas de espera interminables o la negativa de las EPS a formalizar convenios oportunos con prestadores, mecanismos infames que buscan contener el gasto sacrificando la vida y la dignidad de los usuarios.

El alcance del término “acto inhumano” en el Estatuto de Roma permite incluir aquellas prácticas que, sin estar explícitamente mencionadas, tienen efectos equivalentes en términos de dolor, daño o vulneración de la dignidad humano. Sin afirmar que Colombia cruza ese umbral, vale la pena una mirada retrospectiva: año tras año, niegan medicamentos y procedimientos que el sistema ya reconoce o debería garantizar, negación o aplazamiento reiterado que no es un secreto; sin embargo, el problema persiste sin una corrección estructural. Peor aún, el mecanismo de tutela, como herramienta de defensa del derecho, ha perdido efectividad porque los desacatos ya no generan consecuencias suficientes. La Corte Constitucional ha debido ordenar, una y otra vez, el suministro de medicamentos para evitar daño inminente a la vida y la salud.

El Estatuto de Roma establece que, para configurar un crimen de lesa humanidad, no es necesario que exista un plan militar o bélico, pero si requiere que quienes actúan sean conscientes de que sus acciones u omisiones forman parte de un patrón de conducta sistemático. En Colombia, las alertas sobre el sistema de salud han sonado durante años. Llevar este debate del plano político-moral al umbral penal internacional exige un análisis riguroso. Sin embargo, tal posibilidad se vuelve pensable ante el carácter masivo y previsible del daño, el nexo causal entre retención o desvío de recursos y la negación concreta de servicios vitales, grado de intencionalidad y la tolerancia dolosa al mantenimiento de condiciones letales, e identificación de los actores estatales y privados (EPS) cuyas políticas, prácticas u omisiones han sostenido este patrón durante 30 años.

En conclusión, la evidencia disponible con indicadores de daño humano masivo (mortalidad evitable), la captura indebida de recursos públicos (UPC), las barreras estructurales documentadas por órganos de control y la relación con la cláusula abierta del artículo 7 del Estatuto de Roma, justifican abrir una agenda de investigación jurídica, epidemiológica y ética de alto nivel. Si la negación sistemática de tratamientos vitales a poblaciones enteras es conocida y tolerada, el debate deja de ser administrativo para ingresar al terreno de la responsabilidad internacional por graves atentados contra la vida y la dignidad humanas.

Cuando se conoce el daño, se tolera su causa y se omite corregirlo, la responsabilidad deja de ser técnica para volverse ética, política y posiblemente jurídica. Por eso, resulta gravísimo que algunos senadores de oposición decidan bloquear el debate sobre la reforma a la salud. Su omisión no puede entenderse frente a una realidad que tiene víctimas identificables y sufrimiento documentado. El silencio legislativo se convierte en complicidad institucional.

(1) https://www.ramajudicial.gov.co/web/seguimiento-tutela-t_760-del-2008/sentencia-t-760/08

<https://www.portafolio.co/economia/finanzas/contralora-pide-replanteo-actual-sistema-salud-148950>

(2) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/c-262-13.htm>

(3) <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=97530>

(4) <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/19,7-de-todas-las-muertes-ocurridas-en-Colombia-entre-1979-y-2021-eran-evitables-se-debieron-a-fallas-del-sistema-de-salud.aspx>

(5) <https://www.contraloria.gov.co/documents/20125/8894985/Info+Estad+Asegura+Salud+29+EPS+y+CCF+2024-02.07.2025.pdf/79e9ef36-26b0-3aa7-f10d->

b4584c77ee13?t=1751727692242

(6)

<https://www.defensoria.gov.co/-/con-197.765-registros-cifra-de-tutelas-por-salud-en-2023-fue-la-tercera-m%C3%A1s-alta-en-32-a%C3%B1os-defensor%C3%ADa>

(7)

<https://www.icc-cpi.int/publications/core-legal-texts/rome-statute-international-criminal-court>

Ana María Soleibe Mejía, Presidenta Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: Radio Nacional de Colombia