

Imprimir

La reforma a la salud no surge como un capricho ideológico, ni como una ruptura improvisada. Surge como respuesta a una crisis estructural acumulada durante décadas en el sistema de aseguramiento colombiano. El verdadero debate no gira únicamente alrededor de las EPS, sino alrededor del control público de los recursos de la salud, la rectoría del sistema, la posibilidad de reorganizar el modelo hacia la Atención Primaria en Salud y la dignificación de un millón de trabajadores del sector. Este escrito se propone demostrar que por parte del gobierno del presidente Gustavo Petro se adelantó un proceso de diálogo y concertación alrededor de la reforma, su hundimiento ha correspondido a una obstrucción filibustera de sectores políticos, en defensa de negocios e intereses particulares.

1. La crisis estructural y el surgimiento de la reforma

Durante años, Colombia sostuvo la idea de tener uno de los mejores sistemas de salud de América Latina. La alta cobertura fue presentada como prueba de éxito, mientras el modelo de aseguramiento basado en las EPS se consolidaba como si fuera intocable. Sin embargo, detrás de esa narrativa crecían las barreras de acceso, las demoras en la atención, las quiebras hospitalarias, las deudas acumuladas, la precarización de los trabajadores y las tutelas masivas, y hechos de corrupción consistente en saqueo y desvío de billonarios recursos de la salud. La crisis dejó de ser una denuncia aislada para convertirse en una experiencia cotidiana de millones de personas.

La Corte Constitucional había advertido desde la Sentencia T-760 de 2008 que el sistema vulneraba de manera estructural el derecho fundamental a la salud. Durante más de una década, pacientes, trabajadores, hospitales, universidades, asociaciones científicas y organismos de control documentaron problemas relacionados con integración vertical, inequidad territorial, debilitamiento de la red pública y uso ineficiente de los recursos públicos. Aun así, el debate público evitó discutir las causas profundas del deterioro del modelo.

La pandemia de COVID-19 terminó de desnudar lo que ya estaba roto. El país entendió que la salud no podía seguir organizada exclusivamente alrededor de la enfermedad, la

La reforma del sistema de salud en Colombia: disputa por el derecho, el control de los recursos y el futuro del modelo

autorización, el contrato y la factura. Colombia necesitaba fortalecer la salud pública, la Atención Primaria en Salud, las capacidades territoriales y la rectoría del Estado sobre el sistema sanitario. La vida no puede depender del lugar donde se nace, de la capacidad de pago, de la oportunidad de una autorización o de la posibilidad de interponer una tutela.

En ese contexto, siendo ministra de Salud y Protección Social, radiqué el 13 de febrero de 2023 la primera versión de la reforma a la salud. No fue una propuesta cerrada desde el Gobierno. Fue el resultado de un acumulado histórico y de un amplio proceso de diálogo con organizaciones de pacientes, trabajadores de la salud, universidades, asociaciones científicas, movimientos sociales, organizaciones de la sociedad civil, expertos, gremios y actores territoriales e institucionales, a través de la realización de escuelas, cumbres, diplomados, largas discusiones de borradores de articulados desde la sociedad civil, consultas con expertos de más alto nivel desde las áreas del derecho constitucional, laboral, medicamentos, administración y salud pública.

También lideré las gestiones políticas para que la reforma iniciara su discusión en el Congreso de la República. Desde entonces, el país comenzó a debatir no solo una ley, sino el futuro mismo del sistema de salud. Esto implicó desayunos de trabajo y diálogo permanente con los congresistas de las comisiones séptimas del Congreso de la República, mesas de trabajo con los presidentes de los partidos políticos que hacían parte de la coalición de gobierno, liberal, conservador y Partido de la U.

Dentro de los acuerdos logrados con estos últimos actores en reunión del 3 de mayo en el hotel Marriot, para lograr el avance de la reforma, se encuentran: la transformación de las EPS en gestoras de salud sin el manejo de los recursos públicos, la constitución del fondo ADRES como pagador único a prestadores públicos y privados, becas para formación para especializaciones de profesionales, el régimen laboral especial para los trabajadores de la salud, servicios sociales complementarios, atención a pacientes con patologías crónicas, licencia de maternidad posparto para mujeres no cotizantes, y sistema integrado de calidad en salud. En dicha reunión además del equipo del ministerio de salud, estuvo Dilian Francisco Toro, presidenta del Partido de la U, estos acuerdos fueron refrendados el 4 de mayo en una

La reforma del sistema de salud en Colombia: disputa por el derecho, el control de los recursos y el futuro del modelo

reunión en donde asistió Efrain Cepeda, presidente del Partido Conservador.

Posteriormente en el contexto del trámite en la Comisión Séptima, el 23 de mayo del 2023, el partido de la U solicitó la supresión de 11 artículos, como gobierno se accedió a 9 y se redefinieron 2 para facilitar la aprobación del proyecto, el cual fue aprobado por la comisión séptima y posteriormente por la plenaria de la cámara de representantes.

En el marco del trámite legislativo de la reforma, se hicieron 38 audiencias públicas convocadas con la Cámara de Representantes en 21 ciudades de Colombia, 5 mesas técnicas, acuerdos con partidos, modificaciones al articulado y diálogos con distintos sectores. En el Senado se convocaron 11 audiencias públicas y 7 mesas técnicas, sin contar las diversas reuniones que se citaron en el ministerio de Salud con sectores académicos, presidentes de las EPS, gremios de prestadores de salud. Todo esto permitió la aprobación de la reforma en Cámara, su hundimiento se presentó en la Comisión Séptima del Senado, en donde en su momento también hundieron la reforma laboral que fue rescatada por un proceso de movilización popular y por el presidente de la República.

Pero el fondo de la discusión permaneció intacto: Colombia debía decidir si continuaba con un sistema subordinado a la intermediación financiera, esto es, el manejo privado, opaco y discrecional, de los recursos públicos de la salud o avanzaba hacia un modelo centrado en el derecho fundamental a la salud, con un manejo público, transparente y con mecanismos anticorrupción de los recursos públicos.

2. El verdadero núcleo del debate: el control de los recursos públicos de la salud

A lo largo del debate intentaron reducir la reforma a una consigna simplista: si las EPS desaparecían o no. Pero el verdadero núcleo nunca estuvo allí. La discusión de fondo siempre ha sido quién controla los recursos públicos de la salud, quién decide cómo se distribuyen, quién define las redes de atención y bajo qué mecanismos se vigila su uso. En otras palabras: lo que entró en disputa fue la rectoría financiera del sistema sanitario y el manejo de uno de los presupuestos públicos más grandes del país.

La reforma del sistema de salud en Colombia: disputa por el derecho, el control de los recursos y el futuro del modelo

Durante más de tres décadas, el modelo de aseguramiento trasladó a las EPS no solo la administración del riesgo, sino también el poder de ordenar el flujo y gasto del dinero público, sin controles ni mecanismos de auditorías. Las EPS terminaron definiendo qué redes contrataban, qué servicios autorizaban, qué pagos priorizaban y cómo circulaban los recursos dentro del sistema. Mientras tanto, el presupuesto de salud siguió creciendo de manera sostenida. Entre 2022 y 2025, la UPC registró un crecimiento real cercano a 12,6 billones de pesos y el presupuesto del sector alcanzó cifras históricas. El problema, por tanto, no puede explicarse por falta de recursos. La pregunta de fondo es qué ocurrió con esos recursos, cómo fueron administrados y por qué no se tradujeron en acceso oportuno, estabilidad hospitalaria y mejores resultados en salud.

La reforma propone modificar esa estructura de poder. Por eso plantea a la ADRES como pagador único, con capacidad de realizar giros directos a hospitales, clínicas, proveedores de medicamentos y prestadores de servicios de salud. El objetivo no es burocratizar el sistema - que desde el inicio de la ley 100 ha estado burocratizado, se crearon 157 burocracias de EPS para manejar un solo sistema de salud-, sino garantizar transparencia, trazabilidad y control público sobre recursos que son sagrados porque están destinados a proteger la vida. La propuesta también incorpora sistemas interoperables de información, auditorías concurrentes, seguimiento del gasto y monitoreo permanente sobre las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Este es el punto que toca poderosos intereses de quienes hoy manejan estas platas en la opacidad y a discrecionalidad, con la participación de una parte de la clase política.

Los hallazgos de los organismos de control demuestran por qué esta discusión es inaplazable. La Contraloría General de la República identificó, para 2024, una diferencia aproximada de 2,71 billones de pesos entre los recursos girados por la ADRES y los ingresos reportados por las EPS en sus estados financieros, ¿Dónde está esa plata?, ¿Dónde están las aperturas de investigaciones penales fiscales y disciplinarias frente a este hallazgo? Los mecanismos de contraste también detectaron pagos por atenciones realizadas a personas fallecidas por más de 1,48 billones de pesos entre 2020 y 2024, cobros de medicamentos por encima de precios máximos de venta por más de 2,1 billones de pesos y cerca de 14,28

billones de pesos sin claridad sobre su uso y destinación. Todos estos hallazgos se encuentran en la actualidad en los anaqueles de la impunidad.

Estos hechos no son errores aislados. Expresan fallas estructurales de control, trazabilidad y transparencia sobre recursos públicos de la salud de los colombianos. Por eso la resistencia a la reforma es tan intensa. Lo que estaba en juego era trasladar el centro de decisión financiera desde actores que han manejado estos recursos de manera privada y opaca como intermediarios, hacia mecanismos de rectoría pública, auditoría, transparencia y control social. La salud no puede seguir siendo un circuito opaco de dinero público administrado bajo lógicas privadas y corruptas, mientras pacientes esperan medicamentos, hospitales acumulan deudas y territorios enteros permanecen sin servicios suficientes.

3. La disputa política, mediática e institucional alrededor de la reforma

Desde el inicio, la reforma enfrentó una resistencia política, económica y mediática sin precedentes. No porque el país desconociera la existencia de una crisis estructural, sino porque la propuesta tocaba intereses profundamente consolidados alrededor del manejo de los recursos públicos de la salud. Muy pronto quedó claro que el debate no sería técnico. Era una disputa por el poder dentro del sistema.

A pesar de ello, impulsamos uno de los procesos de deliberación más amplios que haya tenido una reforma social en los últimos años. Hubo audiencias públicas, mesas técnicas, debates territoriales, acuerdos con partidos políticos y modificaciones sustanciales al articulado. La primera versión fue aprobada en la Cámara de Representantes el 5 de diciembre de 2023 y posteriormente archivada en la Comisión Séptima del Senado el 3 de abril de 2024. La segunda versión fue radicada el 13 de septiembre de 2024, aprobada en primer debate el 18 de noviembre de 2024 y en segundo debate el 6 de marzo de 2025. Sin embargo, en la misma comisión séptima del Senado se enfrentó nuevamente a prórrogas, aplazamientos y dilaciones que terminaron en su archivo el 16 de diciembre de 2025.

En paralelo, se instaló una narrativa pública orientada a responsabilizar exclusivamente al

La reforma del sistema de salud en Colombia: disputa por el derecho, el control de los recursos y el futuro del modelo

Gobierno de la crisis del sistema, y a expresar falsamente que la reforma no se aprobaba por falta de concertación del gobierno con el Congreso. Se dijo que no existía aval fiscal, que el sistema se había quebrado por decisiones recientes, que la UPC era insuficiente y que la reforma pretendía estatizar completamente la salud. Estas afirmaciones ocultaban hechos esenciales. La reforma radicada en septiembre de 2024 contó con concepto fiscal favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y con análisis posteriores de impacto fiscal. Además, las cifras muestran que el sector recibió uno de los mayores incrementos presupuestales de su historia. Todo el relato que se plantea hasta el día de hoy para justificar el hundimiento de la reforma, es completamente falso.

La discusión sobre la UPC la llevaron a un relato que hoy no tiene sustento en ningún informe de las propias EPS, ni de los organismos de control, en el que supuestamente la UPC es insuficiente, la UPC el monto anual que gira el Estado para la atención de cada ciudadano. Es inocultable que los recursos crecieron de forma sustancial mientras persistieron deudas, barreras de acceso, iliquidez y opacidad. Insistir en que todo se explica por falta de dinero es una forma de evadir la pregunta central: quién administró esos recursos, con qué resultados y dónde están los 14, 2 billones que la propia Contraloría General de la República, afirma que se giraron a las EPS y no se conoce su destino.

También se dijo que la reforma eliminaba toda participación privada. Falso. La propuesta no excluye a prestadores privados ni plantea suprimir de manera absoluta a las EPS. Propone transformar las EPS en Gestoras de Salud y Vida, reorganizar sus funciones, limitar la intermediación financiera (manejo privado y opaco de recursos públicos) y construir un sistema basado en redes territoriales, Atención Primaria en Salud y mayor control público sobre los recursos. Lo que generó resistencia no fue la prestación privada de servicios, sino la pérdida del poder de ordenar el dinero público sin suficiente trazabilidad.

El bloqueo institucional, las campañas de miedo y las narrativas de desinformación demostraron que la reforma no era un simple ajuste administrativo. Expresaron la resistencia de sectores políticos y económicos frente a una transformación que cuestionaba la estructura de poder construida históricamente alrededor del sistema de salud colombiano. La salud fue

convertida en un campo de disputa mediática porque allí se juega no solo la atención de los pacientes, sino el control de un enorme flujo de recursos públicos, recursos sobre los que existen denuncias por presunta corrupción billonaria que compromete a sectores políticos ligadas a la oposición al gobierno del presidente Gustavo Petro.

4. El horizonte de transformación del sistema de salud

La reforma no se plantea únicamente como una respuesta a problemas administrativos o coyunturales de financiamiento. Su propósito central es impulsar una transformación estructural del sistema sanitario colombiano alrededor de un principio fundamental: la salud debe organizarse en función de la vida y de las necesidades de las personas, no alrededor de la enfermedad como unidad de negocio.

Uno de los pilares centrales es la Atención Primaria en Salud como estrategia organizadora del sistema. Esto implica superar el modelo fragmentado y hospitalocéntrico, enfocado en atender tardíamente la enfermedad, para avanzar hacia un sistema basado en prevención, promoción de la salud, cuidado integral, gestión del riesgo y presencia territorial permanente. Los Centros de Atención Primaria en Salud se proyectan como una herramienta para acercar servicios a comunidades urbanas, rurales y dispersas, especialmente en territorios históricamente excluidos.

La propuesta también reorganiza el sistema alrededor de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, articulando prestadores públicos, privados y mixtos bajo criterios de complementariedad, planeación territorial y necesidades reales de la población. El propósito es garantizar continuidad, resolutivez y coordinación entre niveles de complejidad, superando la fragmentación de redes cerradas definidas principalmente por intereses de negocios.

Otro componente esencial es la dignificación del talento humano en salud. Durante décadas, miles de trabajadores han sostenido el sistema bajo condiciones de precarización, tercerización e inestabilidad. La reforma propone un régimen laboral especial para el sector,

La reforma del sistema de salud en Colombia: disputa por el derecho, el control de los recursos y el futuro del modelo

fortalecimiento de derechos laborales, incentivos para zonas rurales y de difícil acceso, programas de bienestar y salud mental, ampliación de cupos de formación y becas para profesionales y especialistas. No puede haber sistema digno si quienes cuidan la vida trabajan en condiciones indignas.

Finalmente, la transformación requiere transparencia y control efectivo sobre los recursos públicos. Por eso la propuesta mantiene la ADRES como pagador único, fortalece la interoperabilidad de la información, incorpora auditorías, sistemas de seguimiento del gasto, mecanismos de saneamiento financiero para hospitales públicos y reglas de transición para las EPS que se transformen en Gestoras de Salud y Vida. El horizonte es un sistema donde cada peso público pueda ser rastreado y evaluado según su aporte a resultados en salud y garantía de derechos.

5. La salud como disputa histórica

El debate sobre la reforma dejó en evidencia que Colombia ya no discute únicamente ajustes administrativos al sistema sanitario. Lo que entró en disputa fue el modelo mismo alrededor del cual se organiza el derecho a la salud, el papel del Estado en la garantía de derechos fundamentales y el control sobre uno de los mayores presupuestos públicos del país. Por eso la confrontación alrededor de la reforma no puede entenderse como una diferencia técnica entre expertos: expresa una disputa histórica sobre el sentido de la salud en Colombia y desnuda el régimen de corrupción institucionalizado normativamente, permitiendo que los recursos públicos rueden sin control.

La reforma abre una posibilidad histórica: reorganizar el sistema alrededor de la Atención Primaria en Salud, las redes territoriales, el fortalecimiento hospitalario, la dignificación de un millón de trabajadores y la transparencia en el manejo de los recursos públicos. También pone sobre la mesa una discusión que durante años fue evitada: la necesidad de recuperar capacidad pública de rectoría y garantizar que los recursos de la salud respondan al interés general y no a dinámicas de captura oscurantista y opaca para manejar dichos recursos .

La reforma del sistema de salud en Colombia: disputa por el derecho, el control de los recursos y el futuro del modelo

Aun con bloqueos, archivos y campañas de desinformación, el debate ya produjo una transformación irreversible en la sociedad colombiana. Millones de personas comenzaron a preguntarse cómo funciona realmente el sistema, quién controla los recursos, por qué persisten las barreras de acceso y cuál debe ser el papel del Estado en la garantía del derecho fundamental a la salud. Esa conciencia pública es parte de la transformación democrática que el país necesita.

La reforma del sistema de salud seguirá siendo una necesidad histórica para Colombia. Continuará este debate en el Congreso de la República. En el contexto electoral, llama poderosamente la atención los conceptos controversiales, emitidos por la Contraloría General de la República respecto a las EPS intervenidas, y del Consejo de Estado respecto a la anualidad de la UPC. En mi próximo escrito me propongo controvertir de fondo estos enfoques, que generan confusión en el sector, en un momento de sensibilidad electoral. La reforma a la salud debe ser discutida y aprobada por el próximo Congreso de la República, dado que contiene las soluciones de fondo a las diversas aristas de la crisis estructural que acumula tres décadas.

*Carolina Corcho Mejía, Exministra de Salud y Protección Social, Ex pre candidata
Presidencial, Senadora electa de la República por el Pacto Histórico*

Foto tomada de: Infobae