Imprimir

En los últimos meses se ha hablado mucho de la propuesta que plantea reducir drásticamente el tamaño del Estado. Esta propuesta se presenta como una solución simple para los problemas económicos del país. Sin embargo, antes de aplaudir una reducción del 40% del Estado debemos preguntar ¿qué significa eso para la salud y para la vida de las personas?
La salud depende de una enorme red de instituciones, programas y acciones que la mayoría de los ciudadanos no ve, pero que trabajan todos los días para evitar enfermedades, prevenir epidemias y proteger la población

Cuando un niño recibe una vacuna, hay Estado. Cuando se vigila la calidad del agua que consume una comunidad, hay Estado. Cuando se controla que los medicamentos sean seguros, hay Estado. Cuando se detecta un brote epidémico antes de que se convierta en una tragedia, hay Estado. Cuando una ambulancia llega a una zona rural donde nadie podría obtener ganancias prestando ese servicio, también hay Estado.

Por eso, cuando se habla de reducir el Estado en un 40 %, la pregunta no es si habrá menos oficinas o menos funcionarios. La verdadera pregunta es ¿qué funciones desaparecerán, cuáles se debilitarán y quién asumirá las consecuencias.?

Para dimensionar la magnitud del debate, vale la pena mirar las cifras. El Presupuesto General de la Nación para 2026 asciende aproximadamente a 547 billones de pesos. Aunque la propuesta de reducir el Estado en un 40 % no implica necesariamente una reducción equivalente del presupuesto, sí plantea una transformación de gran escala cuya magnitud obliga a precisar qué funciones dejarían de financiarse o pasarían a ser asumidas por otros actores. En un Estado cuya principal función es garantizar servicios públicos esenciales, una reducción del 40 % no puede limitarse a eliminar trámites administrativos. Una transformación de esa magnitud necesariamente obliga a redefinir funciones, capacidades institucionales y mecanismos de protección social. La pregunta relevante no es cuánto se reduce el Estado, sino cuáles funciones dejará de cumplir

La experiencia medica nos enseña que los problemas no aparecen de inmediato. Cuando una persona abandona el tratamiento para la hipertensión puede sentirse bien durante meses o incluso años. Sin embargo, el daño sigue avanzando silenciosamente hasta que aparece un infarto o un accidente cerebrovascular

Con las políticas públicas ocurre algo parecido

Los recortes suelen empezar por programas de promoción y prevención porque sus resultados no son visibles de manera inmediata. Se reducen campañas de vacunación, programas de nutrición infantil, vigilancia epidemiológica, salud mental, control de enfermedades trasmisibles y atención primaria. Al principio parece que nada sucede. Después aparecen los brotes, aumentan las complicaciones y se disparan los costos humanos y económicos

La experiencia reciente de Argentina ha reabierto el debate sobre los efectos que pueden tener los ajustes fiscales sobre las capacidades de salud pública.(1) Tras la implementación de una política de fuerte austeridad que incluyó reducciones significativas del gasto sanitario, diversas organizaciones médicas y científicas expresaron preocupación por el debilitamiento de programas preventivos, (2) mientras que datos oficiales evidenciaron coberturas de vacunación por debajo de los niveles recomendados para garantizar la inmunidad colectiva. La Sociedad Argentina de Pediatría (3) advirtió, con base en información oficial, una caída histórica de la vacunación infantil y adolescente, al tiempo que surgieron alertas sobre la financiación de programas relacionados con VIH, hepatitis virales, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles. Más allá de las particularidades del caso argentino y sin atribuir estos fenómenos a una única causa, la experiencia ilustra una lección ampliamente reconocida por la salud pública: cuando se debilitan las capacidades estatales de prevención, vigilancia epidemiológica y protección colectiva, los costos terminan manifestándose en forma de enfermedades evitables, mayor carga para los sistemas sanitarios y pérdidas humanas y económicas que podrían haberse prevenido.

Todos sabemos que prevenir es más barato que atender las consecuencias de una

enfermedad avanzada. Por eso resulta paradójico que quienes hablan de eficiencia económica propongan debilitar precisamente las herramientas que más ahorran recursos. De hecho, una de las mayores críticas que durante años se ha hecho al modelo de aseguramiento basado en las EPS es precisamente su incapacidad para desarrollar una atención primaria fuerte y estrategias efectivas de promoción y prevención. Los resultados están a la vista, millones de colombianos llegan tarde a los servicios de salud.

También debemos preguntarnos qué ocurrirá con millones de colombianos que viven en condiciones de vulnerabilidad. El mercado puede ser eficiente para asignar bienes y servicios entre quienes tienen capacidad de pago, pero la salud no opera bajo esa lógica. La enfermedad no distingue entre ricos y pobres, ni pregunta por el nivel de ingresos antes de aparecer. Además, las poblaciones que habitan territorios apartados, dispersos o con baja densidad poblacional rara vez representan mercados atractivos para la inversión privada, pese a que sus necesidades de salud suelen ser mayores.

La experiencia colombiana demuestra que los incentivos financieros no siempre coinciden con las necesidades de la salud pública. Durante más de tres décadas, el sistema ha enfrentado dificultades persistentes para consolidar una atención primaria fuerte, garantizar una presencia efectiva en zonas rurales y dispersas, desarrollar estrategias sostenidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y asegurar un acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud. La ampliación de la afiliación al sistema no se tradujo en acceso real a la atención, especialmente para las poblaciones más vulnerables. Esta realidad pone de manifiesto que existen funciones esenciales para la protección de la vida y la salud colectiva que difícilmente pueden depender exclusivamente de las dinámicas del mercado.

Hay áreas donde el mercado no tiene incentivos para llegar, pero donde la ausencia del Estado es letal. Por ejemplo, el saneamiento básico y el acceso a agua potable son “medicina preventiva invisible”. La OMS indica que cada dólar invertido en agua y saneamiento genera un retorno de 4.3 dólares al reducir la carga hospitalaria por enfermedades del siglo XIX, como el cólera o las parasitosis. (4)

El Estado es el único actor con la escala necesaria para intervenir en los primeros 1,000 días de vida. El Banco Mundial estima que la desnutrición crónica puede reducir el Producto Interno Bruto (PIB) de un país hasta en un 11% anual debido a la pérdida de capital cognitivo y capacidad física. No proteger la nutrición de un niño hoy es hipotecar la viabilidad económica del país mañana. (5)

Finalmente, el Estado debe garantizar que la enfermedad no sea una condena a la miseria. Cada año, cerca de 100 millones de personas caen en la pobreza extrema debido a gastos catastróficos en salud. Cuando el Estado se retira de la atención directa a los más vulnerables o del cuidado de los adultos mayores abandonados, está permitiendo que la clase media y los sectores populares desaparezcan ante un diagnóstico de cáncer o un accidente traumático.

Reducir el Estado en un 40 % puede sonar atractivo como consigna política. Lo difícil es explicar qué ocurrirá con las funciones que hoy sostienen la vacunación, la vigilancia sanitaria, la salud pública, la atención de emergencias, los programas nutricionales, la inspección de medicamentos, la investigación epidemiológica y la protección de las poblaciones más vulnerables.

Esta propuesta no es solo una discusión sobre contabilidad pública. Es una discusión sobre vidas humanas. La historia demuestra que cuando una sociedad debilita sus sistemas de prevención y protección, las consecuencias no se miden primero en pesos sino en enfermos, en niños desnutridos, en epidemias evitables y en muertes que nunca debieron ocurrir. Por eso, antes de aplaudir un recorte del 40 % del Estado, los colombianos tenemos derecho a saber quiénes serán los que pagarán ese costo.

Cuánta protección estamos dispuestos a perder antes de descubrir que algunas funciones públicas son tan esenciales para la vida como un médico en una sala de urgencias.

Ana Maria Soleibe Mejia, Médica, Especialista en Economía Publica, Vicepresidenta de la FMC

---

(1) Comisión Nacional de Valores de la República Argentina. *Informe de gestión y ejecución presupuestaria 2024-2025* [Internet]. Buenos Aires: Gobierno de Argentina; 2025 [citado 18 jun 2026]. Disponible en: Informe CNV Argentina 2025

(2) Ministerio de Salud de la República Argentina. *Presupuesto 2026. Jurisdicción Ministerio de Salud* [Internet]. Buenos Aires: Gobierno de Argentina; 2025 [citado 18 jun 2026]. Disponible en: Presupuesto Ministerio de Salud Argentina 2026

(3) Puntal. *Advierten una caída histórica en las coberturas de vacunación infantil y adolescente* [Internet]. Río Cuarto: Puntal; 2025 [citado 18 jun 2026]. Disponible en: Artículo sobre caída de vacunación infantil en Argentina

(4) Organización Mundial de la Salud (OMS) & UN-Water. (2014). *Investing in Water and Sanitation: Increasing Access, Reducing Inequalities*. UN-Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water (GLASS) 2014 Report. Geneva: World Health Organization.

(5) Shekar, M., Kakietek, J., Dayton Eberwein, J., & Walters, D. (2017). *An Investment Framework for Nutrition: Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7.

Ana María Soleibe Mejía

Foto tomada de: Chat GPT