



Garantías del derecho a la salud: análisis comparado en Colombia, Argentina y Perú

Autora

Deisy Johanna Urrea Mendez

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Especialización en alto gobierno virtual

Noviembre 4, 2025

Garantías del derecho a la salud: análisis comparado en Colombia, Argentina y Perú

Autora

Deisy Johanna Urrea Mendez

Monografía presentada como requisito para optar al título de Especialista en Alto Gobierno

Asesora

Viviana Andrea Cicery Ramos

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Especialización en alto gobierno virtual

Noviembre 4, 2025

Agradecimientos

Deseo expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a las personas que con su invaluable apoyo y guía, hicieron posible la culminación de la presente monografía, un requisito fundamental para optar por el grado en la especialización en Alto Gobierno.

En primer lugar, extendiendo mi gratitud al Padre, hijo y Espíritu Santo, sin ellos no lo hubiera logrado; en segundo lugar, a mi esposo e hijos, por su paciencia, comprensión y por ser mi mayor motivación para seguir adelante. En tercer lugar, a mi tutora de trabajo de grado, Doctora Viviana Andrea Cicery Ramos, por su excepcional orientación, paciencia y rigurosidad académica, así como sus oportunas observaciones, su experiencia en la materia y su inquebrantable confianza en este proyecto fueron pilares fundamentales para el desarrollo y la finalización de este trabajo. Su magisterio ha sido una fuente constante de motivación e inspiración.

Igualmente, hago un especial reconocimiento al cuerpo docente de la especialización en alto gobierno por las enseñanzas impartidas a lo largo de este programa de posgrado, sus clases, debates y disponibilidad para resolver dudas no solo enriquecieron mis conocimientos, sino que también fomentaron una visión crítica y analítica indispensable para el estudio del Alto Gobierno.

Quisiera también manifestar mi agradecimiento a la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS-BOGOTÁ VIRTUAL Y DISTANCIA, por brindarme la oportunidad de formarme en un entorno de excelencia, un ambiente intelectual motivante y el acceso bibliográfico y documental fueron fundamentales para llevar a cabo esta monografía.

Tabla de contenido

Resumen.....	1
Abstrac.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	5
1.1 Pregunta.....	5
1.2 Objetivos.....	5
Objetivo general	5
<i>Objetivos específicos</i>	5
1.3 Justificación.....	5
1.4 Antecedentes específicos o investigativos.....	8
Capítulo 2. Marco teórico.....	11
2.1 Marco teórico.....	11
2.2 Legislación.....	15
2.3 Enfoque epistemológico de la investigación.....	19
2.4 Enfoque cualitativo de estudio de caso comparado.....	21
Capítulo 3. Enfoque y diseño metodológico de la investigación.....	22
3.1 Enfoque y diseño metodológico de la investigación.....	22
3.2 Participantes.....	22
3.3 Técnicas (Instrumentos o herramientas)	24
3.4 Fases del trabajo de campo.....	24
3.5 Categorización y clasificación.....	25
Capítulo 4. Resultados.....	26
4.1. Arquitectura institucional y barreras de acceso: los cuellos de botella sistémicos.....	26
4.2. El rol y la efectividad de la exigibilidad judicial.....	28
4.3. Análisis comparado y hallazgos.....	29
4.4. Síntesis comparada y alineación con los objetivos de investigación.....	29
Capítulo 5. Conclusiones.....	32
5.1. Conclusiones fundamentales del estudio.....	32
5.2. Modelo integrado para la gobernanza del derecho a la salud en Colombia.....	34

5.3. Implicaciones de política pública y agenda para futuras investigaciones..... 35

Referencias..... 37

Lista de gráficos

Gráfica 1	<i>Gasto total en salud (público y privado) como porcentaje del PIB de cada país.....</i>	31
------------------	---	-----------

Lista de tablas

Tabla 1 <i>Matriz comparativa de Colombia, Argentina y Perú</i>	19
Tabla 2 <i>Matriz de resumen de hallazgos comparados</i>	30

Resumen

La monografía "Garantías del derecho a la salud: análisis comparado en Colombia, Argentina y Perú" tuvo como objetivo principal analizar comparativamente los factores institucionales que facilitan o dificultan el acceso a servicios de salud de alto costo en estos tres países durante el periodo pospandémico (2022-2024), para así extraer lecciones aplicables a la reforma del sector.

Para lograrlo, se empleó una metodología cualitativa, basada en un estudio de caso comparado, utilizando el análisis documental de cuatro tipos de fuentes: normativo-legales (constituciones y leyes), jurisprudenciales (sentencias de altas cortes), de política pública y gobernanza (informes de organismos como la OPS y la OMS) y producción académica y de la sociedad civil.

El principal hallazgo fue que las diferencias en la garantía del derecho a la salud no dependen solo del nivel de gasto, sino de la coherencia de la arquitectura institucional de cada país. Se concluyó que Colombia, a pesar de tener un marco normativo robusto fruto del activismo judicial, enfrenta barreras administrativas. En Argentina, la judicialización es efectiva individualmente, pero reproduce la inequidad estructural del sistema fragmentado. Finalmente, en Perú, la exigibilidad del derecho se vuelve simbólica ante la precariedad material y el desfinanciamiento crónico del sistema, lo que se denominó la "judicialización de la impotencia".

Abstract

The monograph "Guarantees of the Right to Health: A Comparative Analysis in Colombia, Argentina, and Peru" had the main objective of comparatively analyzing the institutional factors that facilitate or hinder access to high-cost health services in these three countries during the post-pandemic period (2022-2024), in order to draw lessons applicable to sector reform.

To achieve this, a qualitative methodology was employed, based on a comparative case study, using documentary analysis of four types of sources: legal-normative (constitutions and laws), jurisprudential (high court rulings), public policy and governance (reports from organizations such as PAHO and WHO), and academic and civil society literature.

The main finding was that the differences in guaranteeing the right to health depend not only on the level of spending but on the coherence of each country's institutional architecture. It was concluded that Colombia, despite having a robust regulatory framework resulting from judicial activism, faces administrative barriers. In Argentina, judicialization is effective on an individual basis but reproduces the structural inequity of the fragmented system. Finally, in Peru, the enforceability of the right becomes symbolic in the face of material precariousness and chronic underfunding of the system, which was termed the "judicialization of impotence."

Keywords: right to health, Health Systems, Comparative Analysis, Judicialization of Health, Public Policy, Colombia, Argentina, Peru.

Introducción

La exigibilidad judicial de los derechos sociales ha provocado una *"expansión de la esfera de lo justiciable"* que ha transformado a los tribunales en actores centrales de la política pública en América Latina (Abramovich & Courtis, 2002, p. 38), afirmación que captura la dinámica que define la lucha por el derecho a la salud en Latinoamérica.

La consagración de este derecho en las constituciones de países como Argentina, Colombia y Perú representó una promesa de bienestar universal en su momento, pero su materialización ha encontrado un campo de batalla recurrente en los tribunales, esto es, en el tema del alto costo donde la innovación médica se encuentra con la escasez de recursos, tensión que se vuelve más aguda. En ese sentido, la pandemia del COVID-19 no solo expuso las debilidades estructurales de estos sistemas, sino que también aceleró la discusión sobre la necesidad de establecer mecanismos más eficientes y equitativos para gestionar la innovación de alto costo, evidenciando que, sin una gobernanza robusta, el acceso a la salud se convierte en un privilegio y no en un derecho universal.

Los jueces, a través de mecanismos como el amparo y la tutela, se han convertido en los garantes de última instancia de esta promesa, decidiendo caso por caso sobre la vida y la salud de los ciudadanos. Este activismo judicial se explica desde el pluralismo jurídico (Griffiths, 1986), donde el orden normativo judicial se activa como una esfera autónoma y reactiva ante las fallas, omisiones o barreras impuestas por el orden administrativo formal de ministerios y aseguradoras. Para descifrar este complejo fenómeno, la investigación adopta como marco principal el neoinstitucionalismo, enfoque que permite analizar cómo las "reglas de juego" de cada sistema de salud, el diseño de su aseguramiento, sus mecanismos de financiamiento y sus procesos de toma de decisiones.

Ahora bien, ante las barreras impuestas por las instituciones formales como ministerios, aseguradoras, entre otros, los ciudadanos activan un orden normativo judicial que no solo resuelve casos individuales, sino que replantean las políticas en materia de salud. Este estudio se enfoca en el periodo pospandémico y compara tres casos que, en conjunto ilustran la diversidad de los desafíos institucionales en América Latina, se contrasta:

Argentina, cuyo sistema federal tripartita y fragmentado es producto de una compleja historia corporativista y de pactos políticos (Almeida, 2021), en el que la garantía del derecho a la salud depende de la capacidad heterogénea de sus múltiples financiadores (obras sociales, sector público y privado), generando profundas inequidades que la jurisprudencia del amparo intenta corregir de manera casuística, pero con limitada capacidad de transformación estructural (CSJN, 2023).

Colombia, cuyo modelo de competencia regulada nacido de la Ley 100 de 1993 creó "incentivos perversos" (Giedion et al., 2017) que desataron una litigiosidad endémica, proceso que culminó en el activismo judicial estructural de la Corte Constitucional (Uprimny Yepes & Parra-Vera, 2010), forzando al sistema a transitar, bajo intensa presión judicial, hacia un esquema de cobertura más universal consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, aunque persisten significativas barreras administrativas.

Y Perú, cuyo sistema segmentado y con un grave desfinanciamiento estructural representa el reto de garantizar el derecho a la salud en un contexto de capacidades estatales limitadas, pues la debilidad institucional y la insuficiencia de mecanismos como el FISSAL provocan que la carga financiera recaiga sobre los ciudadanos (Amnistía Internacional, 2024), convirtiendo las victorias judiciales en los tribunales como una judicialización poco efectiva.

Al contrastar estos tres modelos, esta monografía busca demostrar que las diferencias en la garantía del acceso a servicios de alto costo no se explican únicamente por el nivel del gasto sanitario o la redacción de sus constituciones, sino por la coherencia y efectividad de la arquitectura institucional que rige cada sistema. En última instancia, esta investigación es un esfuerzo por cartografiar estas complejas interacciones, proveyendo un diagnóstico comparado que busca informar un debate fundamental para la consolidación de democracias más justas y equitativas en un país que, como advierten la CEPAL y la OPS (2024b), necesita urgentemente "priorizar la inversión en salud para reducir la desigualdad".

CAPÍTULO 1

1.1 Pregunta

¿Qué factores institucionales de los sistemas de salud de Argentina, Colombia y Perú, obstaculizan o viabilizan el acceso a servicios de salud de alto costo y explican las diferencias en la garantía del acceso a servicios de salud de alto costo durante el periodo postpandemia?

1.2 OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar comparativamente los factores institucionales de los sistemas de salud de Argentina, Colombia y Perú para identificar las barreras y facilitadores que determinaron el acceso efectivo de los ciudadanos a servicios de salud de alto costo en el periodo pospandémico (2022-2024), con el fin de extraer lecciones aplicables a la reforma del sector.

Objetivos específicos

1. Comparar la arquitectura institucional de los sistemas de salud de Argentina, Colombia y Perú, identificando las barreras normativas, administrativas y de gobernanza que limitan el acceso efectivo a servicios de alto costo.
2. Evaluar el rol y la efectividad de los mecanismos de exigibilidad judicial (recurso de amparo y acción de tutela) como respuesta ciudadana a la negación de servicios de alto costo en cada país.
3. Proponer un modelo integrado con lineamientos estratégicos para mejorar la gobernanza, la rectoría y el acceso a tecnologías de alto costo en el sistema de salud de Colombia, a partir de las lecciones aprendidas del análisis comparado.

1.3 Justificación

Esta investigación se justifica por su capacidad para abordar, desde una triple dimensión social, teórica y práctica, uno de los nudos críticos más complejos de la política pública en América Latina, esto es, la

brecha entre la consagración formal del derecho a la salud y su precaria materialización, examinada a través del acceso a servicios y tecnologías de alto costo.

La pertinencia social de este estudio es urgente, ya que si bien las constituciones de Colombia (Constitución Política de Colombia, 1991), Argentina (Constitución de la Nación Argentina, s.f.) y Perú (Constitución Política, 1993) establecen el derecho a la salud como un pilar fundamental del contrato social, la realidad de millones de ciudadanos se define por la lucha cotidiana para acceder a los servicios que garantizan su vida y dignidad. Este drama se intensifica ante una enfermedad catastrófica, donde el acceso a un tratamiento oncológico innovador o a una terapia para una enfermedad rara no es un asunto meramente administrativo, sino una frontera que a menudo separa la esperanza de la resignación.

La pandemia de COVID-19, como advierten la CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024b), expuso esta crisis con crudeza y sin precedentes, evidenciando que la desigualdad estructural es el principal factor de vulnerabilidad, por lo que este estudio se adentra en esa fractura, documentada por informes como el de Amnistía Internacional (2024) que califica la salud en Perú como un “privilegio de pocos”. Esta lucha es una realidad que se manifiesta en la angustia de las familias, la creciente judicialización del sector y el riesgo de gasto ruinoso, un fenómeno de profunda preocupación para la CEPAL (2023). Al investigar este nudo crítico, esta monografía indaga sobre la capacidad real del Estado para cumplir su promesa más básica que es proteger la vida de sus ciudadanos.

Ahora bien, desde una perspectiva teórica, esta monografía se posiciona en el corazón del debate sobre la justiciabilidad de los derechos sociales, consolidado por la obra de Abramovich y Courtis (2002), pues si bien existen estudios nacionales que documentan el rol de los mecanismos judiciales en cada país, se detecta un vacío significativo en la literatura comparada que responda a la pregunta fundamental: ¿por qué arreglos institucionales distintos producen patrones de litigiosidad y resultados de acceso tan dispares?, este estudio busca explicar por qué la judicialización adopta formas y alcances tan diferentes y para ello, se enmarca en el neoinstitucionalismo, entendiendo las instituciones como las “reglas de juego” que moldean el comportamiento de los actores (North, 1990).

La principal contribución teórica será la elaboración de un marco interpretativo que explique cómo la interacción entre el diseño del sistema, la fortaleza de la rectoría estatal y la efectividad de los mecanismos de exigibilidad enmarcados en la doctrina del pluralismo jurídico (Griffiths, 1986), a fin de determinar la

garantía real del derecho a la salud. Así, se busca trascender los estudios de caso para ofrecer un modelo explicativo de mayor alcance sobre el éxito o fracaso de la política sanitaria, entendida como un intenso “diálogo de poderes” (Ferraz, 2011).

Finalmente, la utilidad práctica de esta investigación para el Alto Gobierno y los tomadores de decisiones es directa, estratégica y oportuna. En un contexto de restricciones fiscales pospandémicas y creciente presión tecnológica, los gestores públicos necesitan evidencia robusta para diseñar reformas sostenibles (OMS, 2023). Este estudio provee insumos concretos para la acción en tres niveles:

- Primero, un diagnóstico comparado preciso, pues al analizar por qué el amparo en Argentina, pese a ser efectivo, evidencia la desigualdad, se extraen lecciones sobre los límites de la judicialización sin políticas robustas. Al estudiar cómo la Sentencia T-760/08 en Colombia obligó a una reforma, se ofrecen insumos sobre el potencial transformador de la intervención judicial. Y en Perú, se extrae la lección más crítica sobre las condiciones materiales para que la justicia sea eficaz, pues incluso la doctrina más protectora corre el riesgo de volverse impotente ante la incapacidad estatal (Amnistía Internacional, 2024).
- Segundo, una hoja de ruta para reducir la litigiosidad evitable. Si la judicialización es un “termómetro de las fallas del sistema”, como reconoce Colombia (Ministerio de Salud de Colombia, 2024), esta investigación proporciona un mapa detallado de dichas fallas, permitiendo a los tomadores de decisiones actuar sobre las causas administrativas y de gobernanza y no solo sobre los síntomas.
- Tercero, una guía para el debate sobre tecnologías de alto costo. Al contrastar el modelo colombiano de exclusiones explícitas con la fragmentación de Argentina y Perú, se ofrecen lecciones sobre cómo gestionar la tensión entre innovación y sostenibilidad (OPS, 2009). El análisis del gasto creciente en Colombia (Consultorsalud, 2025) sirve como un caso de estudio clave en este ámbito.

En un momento en que el mundo monitorea los avances hacia la cobertura sanitaria universal (OMS, 2023), esta investigación proporciona un marco analítico indispensable y en última instancia, sus hallazgos

aspiran a cerrar la dolorosa brecha entre la promesa de la ley y el sufrimiento del paciente, orientando las reformas hacia sistemas de salud verdaderamente equitativos, eficientes y resilientes.

1.4 Antecedentes de la investigación

El caso colombiano es el más estudiado a nivel mundial sobre la transformación de un sistema de salud a través de la intervención judicial, obsérvese que la trayectoria se inicia con la Constitución de 1991, que, si bien no consagró inicialmente la salud como un derecho fundamental autónomo, estableció las bases para su protección a través de la acción de tutela (Constitución política, 1991). Sobre este cimiento, la Ley 100 de 1993, diseñó una arquitectura institucional, cuyo eje fue un plan obligatorio de salud (POS), el cual definía una canasta explícita y limitada de servicios y tecnologías, financiada por una prima fija por afiliado (la Unidad de Pago por Capitación), diseño que creó un incentivo estructural perverso, ya que para las aseguradoras (EPS), cualquier prestación requerida por un paciente que estuviera por fuera del POS representaba una pérdida financiera directa, lo que condujo a la negación sistemática de servicios, especialmente aquellos de alto costo. Como respuesta, la ciudadanía recurrió masivamente a la acción de tutela, convirtiendo la vía judicial no solo en un mecanismo de protección, sino en una práctica para la financiación de tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios.

Esta dinámica de litigiosidad endémica tuvo su punto de inflexión con la histórica sentencia T-760 de 2008, cuyo fallo marcó un giro jurisprudencial fundamental en el sentido en que en lugar de limitarse a resolver los casos individuales acumulados, la Corte Constitucional emitió una sentencia estructural, diagnosticando fallas sistémicas en la regulación y operación del sistema de salud y, en consecuencia, declaró un “estado de cosas inconstitucional” (Corte Constitucional de Colombia, 2008). El mandato principal fue transitar desde la lógica de una lista limitada de inclusiones (el POS) a un modelo de cobertura universal, donde todo servicio o tecnología se entiende incluido, salvo aquello que esté explícitamente excluido por criterios técnicos y de salud pública, así las cosas, la respuesta legislativa a este mandato judicial fue la Ley estatutaria de salud 1751 de 2015, que codificó y elevó a rango de ley los principios desarrollados por la jurisprudencia constitucional, consagrando la salud como un derecho fundamental autónomo e integral y formalizó el modelo de exclusiones explícitas.

Para su operación, se crearon nuevas herramientas institucionales, como la plataforma MIPRES, diseñada para que los profesionales de la salud pudieran prescribir tecnologías no financiadas con la UPC

de manera más directa, sin embargo, a pesar de este rediseño normativo, la brecha entre la ley y la práctica persiste, ya que informes oficiales del gobierno reconocen que la acción de tutela sigue operando como un “termómetro de las fallas del sistema”, indicando que las barreras administrativas para el acceso efectivo no han desaparecido (Ministerio de Salud de Colombia, 2024). Esta percepción es corroborada con la situación judicial actual que evidencia que si bien los motivos de la tutela han cambiado pasando de reclamar la autorización de servicios a exigir la entrega oportuna, el litigio se mantiene como una herramienta indispensable para que los ciudadanos puedan materializar su derecho a la salud frente a las dilaciones y obstáculos de las aseguradoras, lo que demuestra que, aunque el marco normativo ha evolucionado significativamente, las fallas en la gobernanza y la operación del aseguramiento continúan obstaculizando la plena garantía del derecho.

En el caso de Argentina, el sistema de salud presenta un robusto reconocimiento constitucional del derecho a la salud que coexiste con una profunda fragmentación institucional, la cual genera inequidades sistémicas, especialmente notorias en el acceso a servicios de alto costo. De acuerdo a la base normativa del derecho a la salud se encuentra en la Constitución Nacional, pero fue la reforma de 1994, la que le otorgó su dimensión más fuerte al incorporar con jerarquía constitucional, los tratados internacionales de derechos humanos que lo consagran de manera explícita (Constitución de la Nación Argentina, s.f.), no obstante, a pesar de esta solidez legal, la arquitectura del sistema impide su materialización equitativa, toda vez que la principal característica y obstáculo del sistema es su fragmentación en tres subsistemas con lógicas, financiamiento y poblaciones distintas. En primer lugar, está el subsistema público, el cual es financiado a través de impuestos y gestionado por las provincias y municipios, el cual es destinado a atender a la población sin cobertura formal, pero desbordado y con recursos insuficientes para afrontar la demanda de tratamientos y medicamentos de alto costo. En segundo lugar, están las obras sociales que conforman el pilar de la seguridad social, cubriendo a los trabajadores del sector formal y sus familias, evidenciando que su capacidad y calidad son extremadamente heterogéneas al depender del poder de negociación y los recursos del sindicato que las gestiona, creando una marcada desigualdad entre, por ejemplo, la obra social de un sector de altos ingresos y la de uno con mayor precariedad laboral y en tercer lugar, está el subsistema privado, compuesto por empresas de medicina prepaga y seguros privados, ofreciendo una cobertura amplia a quienes pueden costearla, limitando aún más el acceso.

Esta estructura tripartita y descentralizada, producto de la organización federal del país y de su historia sindical, genera un sistema con una débil capacidad de rectoría estatal, lo cual significa que no existe una política pública unificada y vinculante para la cobertura de tecnologías de alto costo, traducándose en que el acceso a un tratamiento vital no depende de una necesidad clínica, sino del subsistema al que la persona pertenece, su provincia de residencia o su estatus laboral. Visto ello, ante las frecuentes negativas de cobertura por parte de las obras sociales o la incapacidad del sector público, los ciudadanos han encontrado en el recurso de amparo el principal mecanismo de exigibilidad, acción judicial que se ha convertido en la herramienta por excelencia para demandar la provisión de medicamentos oncológicos, tratamientos para enfermedades raras y cobertura integral para personas con discapacidad.

Finalmente, el caso peruano representa el contraste más agudo entre el mandato normativo, amparado por su Constitución Política (Constitución Política del Perú, 2024), y la precariedad material de su sistema de salud. Este se encuentra no solo segmentado con subsistemas (MINSA, EsSalud, Privado) y es crónicamente desfinanciado, lo que convierte el acceso a servicios de alto costo en una barrera estructuralmente insuperable para la mayoría de la población. La Defensoría del Pueblo ha documentado de forma sistemática y recurrente estas fallas, señalando graves deficiencias en infraestructura, equipamiento y especialmente, la disponibilidad de medicamentos esenciales, lo que resulta en una capacidad prácticamente nula del sector público para ofrecer tratamientos complejos de manera sostenida y oportuna (Defensoría del Pueblo del Perú, s.f.).

En este contexto de vacío estatal, la carga financiera del alto costo se transfiere directamente a las familias, un informe devastador de Amnistía Internacional (2024) califica el derecho a la salud en el país como un “privilegio de pocos”, ofreciendo datos que cuantifican esta situación, así: el gasto de bolsillo para el decil más pobre de la población alcanza el 8.3% de sus ingresos, un umbral cercano a lo que se considera catastrófico y que funciona como un fuerte mecanismo empobrecedor. Esta inequidad se ve agravada por una centralización, donde el 43% de las camas de hospitalización se concentran en la ciudad de Lima, creando una barrera geográfica insalvable para los ciudadanos del país (Amnistía Internacional, 2024). Concluyendo, aunque el proceso de amparo existe como vía legal, su impacto es severamente limitado. A diferencia de Colombia, donde el problema suele ser de barreras administrativas en un sistema con recursos, en Perú el obstáculo es la inexistencia material de la capacidad instalada. Una orden judicial, aunque legalmente vinculante, se enfrenta al vacío material, en el sentido en que no puede crear de la

nada un centro oncológico o importar un medicamento para el cual no existe presupuesto lo que torna a la judicialización en un ejercicio simbólico frente a la magnitud de las fallas estructurales del Estado.

CAPÍTULO 2

2.1 Marco teórico, conceptual y legal

La pandemia del COVID-19 no solo probó la resiliencia de los sistemas sanitarios, sino que forzó una reevaluación de la relación entre Estado, mercado y el derecho a la salud (Organización Panamericana de la Salud, OPS 2024). En América Latina, la crisis expuso las fracturas estructurales de décadas que venían de reformas, fragmentación y sub-financiamiento crónico, evidenciando las profundas desigualdades (CEPAL, 2023). El período postpandemia evidenció tensiones y un laboratorio de innovaciones institucionales a nivel mundial; en lo que concierne a Latinoamérica, resulta trascendente analizar los caminos legislativos de Colombia, Argentina y Perú, a fin de desentrañar cómo diferentes configuraciones del poder, legados históricos e interpretaciones judiciales dan forma a la materialización de uno de los derechos humanos más vitales.

Este análisis se sustenta en el neoinstitucionalismo, en la vertiente del institucionalismo histórico, en ese sentido, postula Douglass North (1990), las instituciones son las “reglas de juego” que constriñen la acción humana, siendo producto de trayectorias dependientes, donde “coyunturas críticas” del pasado como las reformas estructurales de los años 90 moldean de manera persistente las opciones y resultados del presente (Pierson, 2004). Ahora bien, el modelo de competencia regulada en Colombia, el federalismo fragmentado de Argentina y la segmentación crónica de Perú son el resultado de procesos históricos distintos que han creado arquitecturas institucionales con lógicas e incentivos divergentes, que ahora enfrentan el desafío común de gestionar la innovación de alto costo en un contexto de austeridad fiscal (Giedion et al., 2017).

Para descifrar los debates actuales, se debe realizar un análisis de cada sistema sanitario, véase:

En el caso de Colombia, la Ley 100 de 1993 define el sistema, en sintonía con las directrices de reforma del Banco Mundial, que favorecían la liberalización y la competencia en los servicios sociales; la ley transformó radicalmente un sistema de asistencia pública y seguros sociales fragmentados en un

modelo de competencia regulada (Mesa-Lago, 2005). La creación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) generó un “incentivo estructural perverso” (Giedion et al., 2017) que llevó a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a negar las prestaciones de alto costo no incluidas en el plan que obtuvo como respuesta ciudadana una “explosión de litigiosidad” mediante la acción de tutela, fenómeno, como lo documenta exhaustivamente Uprimny Yepes y Parra-Vera (2010), convirtió a la Corte Constitucional en un actor central de la política de salud.

En ese sentido, la sentencia T-760 de 2008 es el ejemplo de “litigio de interés público estructural”, al declarar un “estado de cosas inconstitucional” (Corte Constitucional de Colombia, 2008), en la que la Corte no solo resolvió casos individuales, sino que emitió órdenes complejas para rediseñar el sistema, activismo judicial que promovió la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, que finalmente consagró la salud como un derecho fundamental autónomo, codificando la jurisprudencia y transitando hacia un modelo de exclusiones específicas. Sin embargo, a pesar de los avances institucionales, el sistema enfrenta una profunda crisis financiera, con una UPC (Unidad de Pago por Capitación) declarada insuficiente por la Corte Constitucional en 2024 (Celaph Colombia, 2025; Min Salud, 2024), y retrasos en las transferencias de fondos que han afectado la prestación de servicios y el acceso a medicamentos (Consultorsalud, 2025; Restrepo y Zapata, 2023). El gasto en medicamentos de alto costo llegó a representar una cuarta parte del presupuesto nacional de salud, concentrándose en pocas moléculas, lo que evidencia un problema de sostenibilidad (Consultorsalud, 2025), es por ello que la cuenta de alto costo ha surgido como un mecanismo para estabilizar el sistema y proveer información técnica para la toma de decisiones, aunque no ha logrado eliminar la judicialización (Cuenta de Alto Costo, 2024).

En consecuencia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, establecido por la Ley 100 de 1993, opera bajo un modelo de aseguramiento con dos regímenes: el contributivo, para trabajadores formales, y el subsidiado, para la población vulnerable. Un componente central de este sistema es la cuenta de alto costo (CAC), una entidad que gestiona y proporciona información comparable para acelerar las mejoras en la atención de enfermedades de alto costo, como el cáncer, la insuficiencia renal y el VIH. La CAC fue diseñada como una herramienta técnica para estabilizar el sistema, generar indicadores estandarizados y mitigar la selección de riesgos por parte de las entidades de aseguramiento, un intento institucional y administrativo de gestionar el problema de los altos costos, lo que la diferencia de la fragmentación argentina. Su función de recolectar datos y proporcionar evidencia técnica al Ministerio de Salud para la selección de patologías refleja un enfoque de gobernanza más

centralizado, no obstante, la persistencia de la acción de tutela como mecanismo de acceso demuestra que la CAC, a pesar de su propósito, no ha logrado eliminar todas las barreras, por lo que la acción de tutela actúa como un correctivo judicial para las fallas en la implementación, la oportunidad y la integralidad de la atención que el sistema administrativo no logra resolver por sí mismo.

En lo que atañe al sistema de salud argentino, se evidencia la coexistencia desarticulada de tres subsistemas: el público, las obras sociales (seguridad social) y el sector privado (prepagas) generando profundas inequidades (Almeida, 2021), que en la que la ausencia de una rectoría estatal fuerte resulta en una política de cobertura de alto costo fragmentada e inequitativa (Vassallo Sella, 2022). En el año 2024, la falta de registros de listas de espera quirúrgicas en hospitales de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires impidió evaluar la demora en las cirugías, una muestra de la fragilidad en la planificación y gestión del sistema público (Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, 2024), no obstante, se debe resaltar la reforma constitucional de 1994, como argumenta Gargarella (2017) sobre “la sala de máquinas” del nuevo constitucionalismo latinoamericano, con la incorporación de tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional, revitalizó la episteme jurídica, otorgando al derecho a la salud una protección reforzada (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2024), lo cual empoderó a la ciudadanía y a los jueces, convirtiendo el recurso de amparo en herramienta para la exigibilidad judicial (Bidart Campos, 1989).

En ese sentido, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sostenido que la vía del amparo es “particularmente pertinente cuando se trata de la preservación de la salud y la integridad psicofísica” (CSJN, 2022). Nótese que un estudio entre 2017 y 2020 mostró que el 90% de los fallos por amparos para medicamentos de alto costo fueron a favor de los demandantes, pero que este mecanismo beneficia principalmente a quienes ya tienen cobertura de seguridad social o privada (Bergman et al., 2024). En 2025, el Ministerio de Salud estableció un nuevo reglamento para la provisión de medicamentos de alto costo a la población sin cobertura, con modalidades de compra por emergencia o excepcionalidad para casos de riesgo de vida inminente (Argentina.gob.ar, 2025).

Sin embargo, la dificultad para superar la fragmentación del sistema de salud se refleja en el hecho de que la propuesta de un seguro nacional de enfermedades catastróficas concebido para financiar de forma universal y con fondos estables los tratamientos de alto impacto económico continúan siendo un proyecto. La intención de este seguro sería actuar como un comprador único para negociar precios y generar economías de escala, una estrategia que contrasta con el panorama actual donde el gasto se

distribuye entre múltiples actores. La falta de implementación de esta reforma deja un vacío institucional que los ciudadanos buscan llenar a través de la judicialización, por lo que en ausencia de una arquitectura coherente, el poder judicial se convierte, en el integrador del sistema, dictaminando la provisión de servicios de alto costo que los diferentes subsistemas no logran garantizar de manera equitativa.

Finalmente, el caso peruano ilustra la brecha más dramática entre la promesa legal y la capacidad material del Estado (Cueto, 2014), pues el sistema de salud, similar al de Argentina, es un modelo mixto y fragmentado que incluye al Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud para trabajadores formales y un sector privado de clínicas y ONGs. La pandemia de COVID-19 reveló la desorganización, el insuficiente financiamiento y la falta de recursos humanos que ya caracterizaban a este sistema, pues véase que para la población más vulnerable, el Seguro Integral de Salud (SIS) es el principal asegurador, y su ejecutor para la atención de enfermedades de alto costo es el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) como unidad ejecutora del SIS para financiar tratamientos como cáncer, insuficiencia renal crónica y enfermedades raras y huérfanas (FISSAL, 2024; Resolución Ministerial No. 325-2012-MINSA, 2012), no obstante, la brecha estructural, con una atención primaria deficiente (Infobae, 2025) y una gestión ineficaz, ha llevado a denuncias sobre la insuficiencia presupuestaria de FISSAL (Amnistía Internacional, 2024). Un estudio reveló que el 60% de los pacientes oncológicos sufrieron retrasos en sus tratamientos por la pandemia (Semáforo Oncológico, 2022), ante estas fallas, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha sido contundente en proteger el derecho a la salud, priorizándolo “por encima de cualquier trámite burocrático” (Poder Judicial del Perú, 2006).

A pesar de sus diferencias, los tres países convergen en la judicialización de la salud como el fenómeno central que define la dinámica actual del derecho (Abramovich & Courtis, 2002), este proceso trasciende el ámbito legal para convertirse en un hecho político de primer orden que configura un intenso diálogo de poderes (Ferraz, 2011). La intervención judicial se ha convertido en el principal mecanismo para que los ciudadanos garanticen el acceso a servicios que las fallas del sistema administrativo no logran proveer. En Argentina, el recurso de amparo es considerado “particularmente pertinente cuando se trata de la preservación de la salud y la integridad psicofísica” (CSJN, 2022), con fallos a favor del demandante en el 90% de los casos por medicamentos de alto costo, no obstante, la evidencia muestra que este mecanismo beneficia principalmente a quienes ya tienen cobertura de seguridad social o privada, lo que reproduce la desigualdad (Bergman et al., 2024). En Colombia, la acción de tutela es una herramienta fundamental frente a las barreras administrativas y económicas en la atención de enfermedades

catastróficas y de alto costo (Corte Constitucional de Colombia, 2008), evidenciándose que el alto volumen de tutelas (casi 198,000 en 2023) es un indicador de las profundas fallas estructurales del sistema (Consultor salud, 2025).

Es así como a la luz de este activismo judicial, el debate actual está influenciado por la necesidad de crear mecanismos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) como herramienta para racionalizar las decisiones de cobertura basadas en criterios de costo-efectividad y equidad (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Así las cosas, este escenario postpandemia exige construir sistemas de salud más resilientes y equitativos (Organización Mundial de la Salud, 2023) y analizar estas trayectorias institucionales es fundamental para entender el futuro del derecho a la salud y la capacidad de los Estados latinoamericanos para cumplir con su contrato social.

2.2 Legislación

La garantía y materialización del derecho a la salud en un Estado de derecho no puede comprenderse sin un análisis profundo de la arquitectura jurídica que lo sustenta en cada país. En este componente normativo interactúan diversas fuentes de derecho que definen el alcance real de la protección sanitaria, pues si bien la consagración constitucional es el punto de partida indispensable, la piedra angular que enuncia la promesa del Estado para con sus ciudadanos, representa solo el primer nivel del análisis. Las constituciones de Colombia, Argentina y Perú, especialmente tras las reformas de finales del siglo XX que se inscribieron en la corriente del “nuevo constitucionalismo latinoamericano” (Gargarella, 2017), establecen principios rectores como la universalidad, la solidaridad y la integralidad, así como la incorporación de tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, particularmente en el caso argentino, ha reforzado aún más esta base, dotando al derecho a la salud de un blindaje normativo de la más alta jerarquía.

No obstante, son las leyes, decretos y la jurisprudencia, los que definen el alcance real de la protección, pues nótese que es en el desarrollo legislativo como leyes generales de salud, de seguridad social y regulaciones administrativas donde la promesa constitucional se traduce en políticas concretas, diseñando las “reglas de juego” que North (1990) identifica como importantes, ya que en ellas se definen los planes de beneficios, se establecen los mecanismos de financiamiento y se asignan las competencias a los distintos actores del sistema, sin embargo, la tensión entre lo que la ley promete y lo que el

presupuesto permite se manifiesta en el campo de las enfermedades de alto costo, pero es la jurisprudencia la que, en última instancia, promueve la arquitectura, ya que los fallos de las altas cortes, son un proceso de diálogo entre poderes y de “creación judicial de derecho”, interpretan el contenido y el alcance de las normas, llenan los vacíos legales y, a menudo, corrigen las desviaciones de la administración (Uprimny Yepes & Parra-Vera, 2010).

Como ha quedado evidenciado en la trayectoria de los tres países de estudio, la judicialización de la salud (Abramovich & Courtis, 2002) a través de mecanismos como la acción de tutela o el amparo, ha sido el principal motor para forzar a los Estados a enfrentar la brecha entre el derecho consagrado y su precaria materialización, entonces es en los estrados judiciales donde se libra la batalla definitiva por el acceso a medicamentos innovadores y tratamientos de última generación, y son las sentencias, a través de su poder vinculante, las que delinearán, caso por caso, el mapa de la equidad sanitaria en cada país.

Tabla 1

Matriz comparativa de Colombia, Argentina y Perú

Aspecto a comparar	Colombia	Argentina	Perú
Fundamento constitucional y legal	Constitución Política de 1991, Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, jurisprudencia de la Corte Constitucional (Sentencia T-136 de 2025). El derecho a la salud es fundamental y autónomo.	Constitución Nacional (Arts. 42 y 75, inc. 22), Ley de Ministerios No. 22.520 y jurisprudencia de la Corte Suprema. Derecho universal a la salud.	Constitución Política de 1993 (Art. 7), Ley General de Salud No. 26842 y leyes complementarias. Derecho a la protección de la salud.
Modelo del Sistema de Salud	Sistema de seguridad social con un modelo de pluralismo estructurado (EPS), con un fuerte debate sobre su reforma.	Sistema fragmentado con un sector público, obras sociales y un sector privado con baja articulación. En proceso de reforma.	Sistema fragmentado, con un sector público (Minsa y EsSalud) y un sector privado. Persistentes llamados a la unificación.

Reformas Post-Pandemia	Proyecto de ley de reforma al sistema de salud presentado en septiembre de 2024 para garantizar el acceso universal y eliminar barreras. Actualización de la Política Nacional de Salud Mental en 2025. Debate constante sobre la suficiencia de la UPC y el Plan de Beneficios en Salud.	Anuncio de una profunda reforma sanitaria en mayo de 2025, enfocada en la prevención, con cambios en el Plan Médico Obligatorio y la gestión de obras sociales. Retiro de la OMS. Decreto de emergencia sanitaria para promover la integración.	Aprobación de seis leyes de impacto en el periodo 2024-2025 para fortalecer los niveles de atención. Énfasis en la necesidad de una reforma estructural por parte de la Defensoría del Pueblo.
Mecanismos de Garantía y Exigibilidad	La acción de tutela es el principal mecanismo judicial. La Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control.	El recurso de amparo es el principal mecanismo judicial. Rol de la Superintendencia de Servicios de Salud.	El proceso de amparo constitucional. Rol de la Defensoría del Pueblo en la supervisión de servicios.
Rol de la Jurisprudencia	La Corte Constitucional ha tenido un papel protagónico en la definición y protección del derecho fundamental a la salud.	La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reiterado la obligación impostergable de las autoridades de garantizar el derecho a la salud.	El Tribunal Constitucional ha desarrollado jurisprudencia sobre el contenido y alcances del derecho a la salud.
	La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015	No existe una ley única. Se gestiona a través de	La Ley No. 29344 establece un Plan

Desarrollo legal y normativo en materia de alto costo	establece que el sistema cubre todo, salvo exclusiones explícitas. Se regula por actos como la Resolución 5267 de 2017 que define el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Las tecnologías no cubiertas, en especial para enfermedades huérfanas (Ley 1392 de 2010), se gestionan vía la plataforma MIPRES, financiada por la ADRES. La tutela sigue siendo un mecanismo clave ante barreras administrativas.	un conjunto de normas: el Programa Médico Obligatorio (PMO), establecido por la Resolución 201/2002, define la canasta básica que a menudo es insuficiente para alto costo. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) financia algunas prestaciones complejas mediante un fondo solidario. Existen leyes específicas para patologías como el SIDA (No. 23.798) y las enfermedades poco frecuentes (No. 26.689).	Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) obligatorio y un Plan Complementario para lo no cubierto. El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) está encargado de financiar un listado de enfermedades de alto costo para afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), pero su presupuesto se considera insuficiente, lo que genera una brecha significativa en la cobertura.

Fuente: elaboración propia

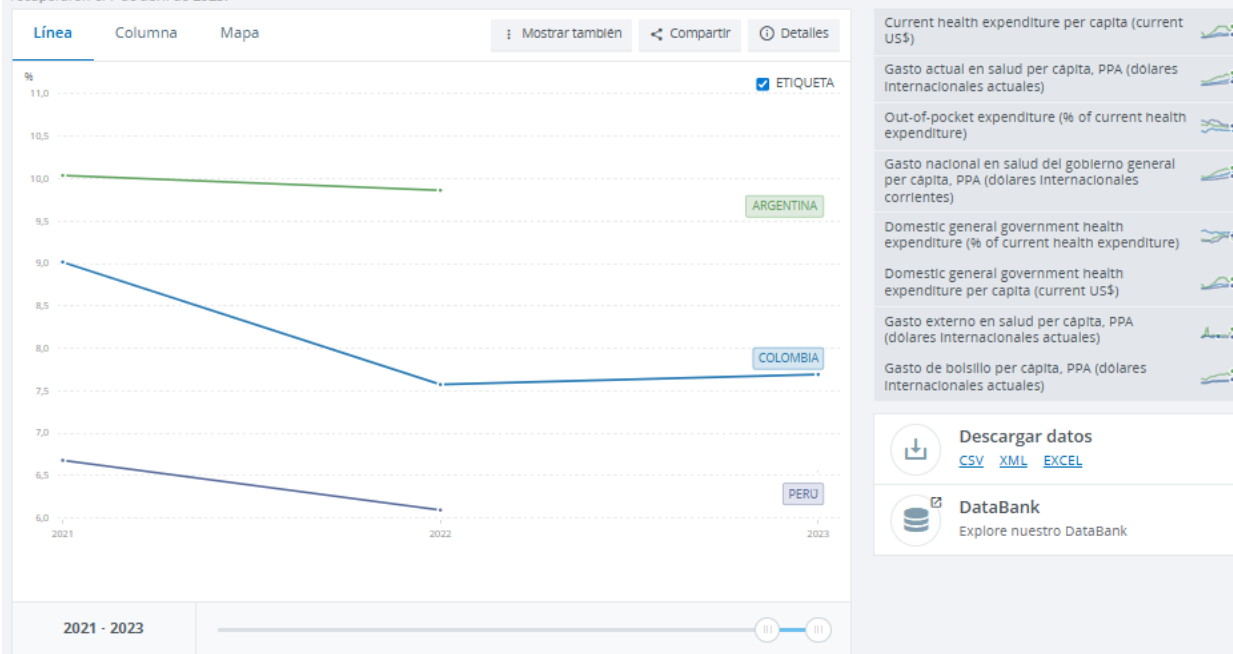
Aunado a lo anterior, véase que el diseño institucional de los sistemas de salud está intrínsecamente ligado a su modelo de financiamiento. Como argumenta esta investigación, la brecha entre la consagración formal del derecho a la salud y su materialización depende de la capacidad del Estado para garantizar los recursos necesarios. Un análisis comparado del gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) revela disparidades fundamentales entre los tres países estudiados.

Figura 1

Gasto Corriente en Salud como Porcentaje del PIB en Argentina, Colombia y Perú (2021-2023)

Gasto corriente en salud (% del PIB) - Colombia, Argentina, Peru

Base de datos sobre el gasto mundial en salud de la Organización Mundial de la Salud (apps.who.int/nha/database). Los datos se recuperaron el 7 de abril de 2023.



Gráfica 1. El gráfico muestra el gasto total en salud (público y privado) como porcentaje del PIB de cada país. Fuente. Datos del Banco Mundial (2024).

Como se observa en la gráfica 1, Perú muestra una trayectoria de inversión consistentemente más baja en comparación con Colombia y Argentina, lo cual sustenta empíricamente la noción de un "desfinanciamiento crónico" que limita la capacidad operativa del sistema. Por otro lado, si bien Colombia presenta una inversión superior, esta no se traduce automáticamente en un menor nivel de conflicto judicial, sugiriendo que el problema va más allá del monto total.

2.3 Enfoque epistemológico de la investigación

El enfoque de esta investigación parte del principio fundamental de que el derecho a la salud es una construcción social, lo que significa que acceso garantizado y alto costo se negocian constantemente entre pacientes, jueces y administradores, por lo tanto, para entender las profundas diferencias entre Colombia, Argentina y Perú, es necesario explicar las causas de esas diferencias y para lograrlo, este estudio construye su análisis sobre tres marcos teóricos complementarios:

1. Neoinstitucionalismo: para entender cómo operan los sistemas de salud en el presente, adoptamos el neoinstitucionalismo de Douglass North (1990). Este enfoque proporciona la herramienta principal al enseñar a ver las instituciones como las “reglas de juego” de una sociedad. Epistemológicamente, esto significa que para entender por qué un sistema falla o tiene éxito esta en su arquitectura institucional completa. En consecuencia, es el diseño de sus leyes, sus agencias y sus flujos de financiamiento lo que crea incentivos para los actores, así, cuando a un paciente se le niega un medicamento, este marco nos permite analizarlo como la consecuencia lógica de un sistema con "incentivos perversos" (Giedion et al., 2017).

2. Institucionalismo histórico: un sistema de salud es el resultado de su propia historia, visto ello, usando el concepto de “dependencia de la trayectoria” de Pierson (2004), se entiende que las decisiones críticas tomadas en el pasado como la Ley 100 de 1993 en Colombia o las reformas que consolidaron el poder sindical en Argentina (Almeida, 2021), han creado caminos de los cuales es muy difícil desviarse. Esta perspectiva es esencial, ya que muestra que los problemas actuales son un sedimento de la historia política y social de cada nación.

3. Pluralismo jurídico: para analizar el fenómeno de este estudio, esto es, la judicialización, se utilizará el lente del pluralismo jurídico (Griffiths, 1986), lo cual revela que el derecho formal del Estado no es el único sistema de normas, cuando las “reglas de juego” del sistema administrativo de salud fallan en proteger a un ciudadano, este activa otro orden normativo: el judicial. La jurisprudencia, entonces, se convierte en un acto de producción de nuevas reglas. Sentencias emblemáticas, como la T-760/08 en Colombia (Corte Constitucional de Colombia, 2008), no solo resolvieron un caso, sino que redefinieron las obligaciones de todo un sistema (Abramovich & Courtis, 2002).

En conjunto, estos tres lentes permiten evidenciar los fallos judiciales como fuentes de datos empíricos que contienen casos particulares diferentes frente a las deficiencias del sistema que terminan en sentencias que muestran las fracturas del sistema, las luchas de poder que operan en la realidad. Estudiar la jurisprudencia se convierte así en una vía privilegiada para diagnosticar la brecha entre la promesa de la ley y la experiencia cotidiana de los ciudadanos.

2.4 Enfoque cualitativo de estudio de caso comparado

Dada la naturaleza de la pregunta de investigación la parte epistemológica descrita, esta investigación adopta un enfoque cualitativo, basado en un estudio de caso comparado. Este método, tal como lo definen Hernández-Sampieri et al. (2018), es ideal para el "análisis intensivo y profundo de fenómenos complejos en un número limitado de casos" (p. 20). Su idoneidad para esta monografía radica en que permite cumplir con tres objetivos metodológicos centrales:

- Este enfoque cualitativo busca una comprensión profunda de los procesos sociales, ya que el estudio de caso es la herramienta correcta para este fin, permitiendo una inmersión en la lógica interna de cada sistema de salud. Se analiza cómo interactúan las leyes, la jurisprudencia, las prácticas administrativas y las respuestas ciudadanas, lo que permite ir más allá del dato.

- La metodología cualitativa reconoce que los fenómenos sociales no pueden ser entendidos fuera de su contexto. Un estudio de caso comparado exige situar cada sistema de salud en su "dependencia de la trayectoria" (Pierson, 2004) particular, por ejemplo, la efectividad del amparo en Argentina solo se comprende a la luz de su tradición federal y la fragmentación entre obras sociales, sector público y privado; un contexto radicalmente distinto al de la competencia regulada y centralizada de Colombia. Como lo enfatiza Hernández-Sampieri (2018), este método nos permite entender la singularidad de cada caso antes de proceder a la comparación.

- Comparar sistemáticamente los tres modelos para identificar patrones causales: el verdadero poder analítico de este diseño reside en la comparación. Al comparar los tres casos (Colombia, Argentina y Perú), se pueden identificar los patrones y las variables institucionales que explican las diferencias en los resultados, permitiendo ir más allá de la descripción de cada caso para empezar a construir una teoría de rango medio, buscando contrastar cómo el activismo judicial estructural en Colombia generó una reforma legal sistémica, mientras que el activismo judicial casuístico en Argentina, si bien protege derechos individuales, no ha logrado modificar la estructura fragmentada del sistema, comparación sistemática que permite empezar a formular respuestas sobre qué factores institucionales son clave para la garantía efectiva del derecho a la salud y en Perú se revela el límite de este mecanismo, donde el activismo judicial, aunque doctrinariamente garantista, se torna simbólico ante la incapacidad material del Estado para ejecutar las sentencias (Amnistía Internacional, 2024).

Para terminar, el objetivo es la generalización analítica (Hernández-Sampieri et al., 2018), es decir, busca construir conocimiento mediante la teorización a partir de la comparación de casos. La evidencia de cada caso no se usa para estimar parámetros poblacionales, sino para construir, validar y refinar una explicación teórica sobre la relación entre el diseño institucional de los sistemas de salud, el pluralismo jurídico y la materialización del derecho a la salud en América Latina, por estas razones, esta ruta metodológica se considera la más pertinente para responder a la pregunta de investigación formulada.

CAPÍTULO 3

3.1. Enfoque y diseño metodológico de la investigación

La arquitectura metodológica de esta monografía se ha diseñado para responder con la profundidad a una pregunta compleja sobre la interacción entre instituciones formales, dinámicas sociales y los resultados de las políticas públicas en materia de salud. El fenómeno central de la judicialización, entendido no solo como un proceso legal, sino como un complejo "diálogo de poderes" (Ferraz, 2011), es por ello, que se opta por un enfoque cualitativo, ya que este, como lo definen Hernández-Sampieri et al. (2018), permite "el análisis intensivo y profundo de fenómenos complejos en un número limitado de casos" (p. 20), lo cual es ideal para contextualizar los hallazgos y explorar los mecanismos causales en los sistemas de Colombia, Argentina y Perú.

Dentro de este enfoque, se adopta un diseño de estudio de caso comparado, seleccionando los sistemas nacionales de salud de estos tres países como casos que ilustran la diversidad de trayectorias institucionales en la garantía del derecho a la salud en América Latina. El objetivo es la teorización a partir de la comparación, identificando patrones y lecciones aplicables que respondan a la pregunta de investigación formulada y contribuyan a la discusión sobre reformas del sector.

3.2 Participantes

El criterio principal es la riqueza y relevancia de la información, por lo que las unidades de análisis documentales se clasificaron en cuatro grupos:

1. Normativo-legal: se incluyeron las Constituciones Políticas y las leyes fundamentales que definen la promesa formal del Estado en materia de salud en cada país.

2. Jurisprudencial: es un pilar de la investigación, en el que se analizaron sentencias y fallos emblemáticos de las altas cortes que han moldeado la política de salud, lo cual es esencial para comprender la dimensión del pluralismo jurídico, donde las cortes actúan como esferas normativas reactivas (Griffiths, 1986). Específicamente, se incluyeron:

Para Colombia, la emblemática Sentencia T-760/08 (Corte Constitucional de Colombia, 2008), que declaró el "estado de cosas inconstitucional" y forzó una reforma estructural del sistema; para Argentina, la jurisprudencia consolidada sobre la acción de amparo, que reafirma el derecho a la salud como un derecho fundamental operativo exigible judicialmente (Argentina. Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2022) y para Perú, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, que ha sido contundente en su doctrina al proteger el derecho a la salud, priorizándolo "por encima de cualquier trámite burocrático" (Poder Judicial del Perú, 2006). Esta doctrina, sin embargo, se enfrenta a la precariedad material del sistema, ilustrando un contraste agudo que se aborda en profundidad.

3. Política pública y gobernanza: se seleccionaron informes de organismos multilaterales como la Organización Panamericana de la Salud, que contextualizan el desafío de los medicamentos de alto costo (Organización Panamericana de la Salud, 2009), y documentos de la OMS (2023) sobre la calidad de la atención. Se incluyeron fuentes de datos sectoriales como el informe de Consultorsalud (2025) sobre el gasto en medicamentos en Colombia.

4. Académico y de sociedad civil: La investigación se sustenta en una cuidadosa selección de literatura académica, análisis jurisprudenciales e informes de la sociedad civil que ofrecen un diagnóstico riguroso de cada caso de estudio, donde se incluyeron:

Obras teóricas fundacionales sobre la justiciabilidad de los derechos sociales en América Latina, como la de Abramovich y Courtris (2002), que proporciona el marco conceptual de la investigación. Para Colombia, se analizaron obras académicas que conceptualizan el fenómeno del activismo judicial estructural y su impacto en la reforma del sistema de salud, destacando los trabajos de Uprimny Yepes y Parra-Vera (2010); para Argentina, la base documental incluyó estudios empíricos y análisis

jurisprudenciales sobre la judicialización de medicamentos, los cuales evidencian cómo este mecanismo, aunque efectivo en casos individuales, puede reproducir la desigualdad estructural del sistema de salud y para Perú, fueron fundamentales los informes críticos de organismos como Amnistía Internacional (2024) y los pronunciamientos de la Defensoría del Pueblo del Perú (s. f.), que proveen la evidencia empírica sobre la dramática brecha entre la promesa legal del derecho a la salud y la precariedad material del sistema.

3.3 Técnicas

La técnica principal de recolección de datos fue el análisis documental y el instrumento diseñado y aplicado fue una matriz de análisis documental comparado, concebida para capturar sistemáticamente las "reglas de juego" que el marco neoinstitucionalista (North, 1990) identifica como determinantes de los resultados de políticas públicas. Las dimensiones de la matriz incluyeron:

- Arquitectura institucional y financiamiento.
- Barreras y facilitadores de acceso.
- Mecanismos de exigibilidad judicial (amparo, tutela), alcance y efectividad de los fallos, y perfil de los litigantes, basándose en la jurisprudencia de las altas cortes (Argentina. Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2022).
- Resultados observados y desafíos, incluyendo la sostenibilidad financiera (Consultorsalud, 2025) y la calidad de la atención (OMS, 2023).

3.4 Fases del trabajo de campo

El proceso de campo documental se estructuró en tres fases metodológicas:

Fase 1: inmersión y recopilación documental: búsqueda y recopilación sistemática de las fuentes mencionadas.

Fase 2: crítica y selección de fuentes: depuración de documentos, privilegiando documentos que ilustraban la "exigibilidad judicial de los derechos sociales" (Abramovich & Courtis, 2002) y ofrecían datos concretos sobre el acceso a medicamentos de alto costo (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2009).

Fase 3: análisis y triangulación: se aplicó la matriz de análisis y se procedió a la triangulación de fuentes, una técnica esencial en la investigación cualitativa para corroborar hallazgos (Hernández-Sampieri et al., 2018). Se contrastaron, por ejemplo, los fallos del Tribunal Constitucional del Perú que protegen el derecho a la salud (Poder Judicial del Perú, 2006) con los informes de Amnistía Internacional (2024) que denuncian la precariedad material del sistema, permitiendo construir una comprensión más profunda y matizada de la "judicialización de la impotencia".

3.5 Categorización y clasificación

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante un proceso de categorización mixta, que combinó categorías deductivas con otras de naturaleza inductiva (Hernández-Sampieri et al., 2018).

Categorías deductivas: las categorías iniciales del análisis fueron establecidas a partir del marco teórico:

- Instituciones formales y normativas.
- Reglas de Juego e incentivos.
- Actores, estrategias y activismo Judicial.
- Pluralismo jurídico y respuestas Estatales (Griffiths, 1986).

Categorías inductivas: durante el análisis de los documentos, emergieron de los propios datos conceptos que resultaron fundamentales para entender las particularidades de cada caso:

- En Colombia, a partir de la Sentencia T-760/08, emergió la categoría de "estado de cosas inconstitucional" como concepto clave para explicar el activismo judicial estructural.
- En Argentina, la desigualdad vía judicialización aporta una visión crítica sobre quiénes se benefician realmente del amparo.
- En Perú, el contraste entre la jurisprudencia garantista del Tribunal Constitucional (Poder Judicial del Perú, 2006) y la precariedad reportada por la Defensoría del Pueblo y Amnistía Internacional (2024), hizo emerger la categoría central de "judicialización de la impotencia", un concepto inductivo que captura la brecha entre la promesa legal y la capacidad material del Estado para cumplirla.

Este proceso inductivo permitió que la investigación trascendiera la simple aplicación de un marco teórico y lograra capturar la complejidad y los matices únicos de cómo se garantiza o se niega el derecho a la salud en cada uno de los países estudiados.

CAPÍTULO 4

4. Resultados

En el presente capítulo se aborda el análisis pormenorizado de los resultados obtenidos del estudio comparado de los sistemas de salud de Colombia, Argentina y Perú, focalizando en la interacción entre sus respectivas arquitecturas institucionales, los mecanismos de exigibilidad judicial y el acceso efectivo a servicios de alto costo en el contexto pospandémico (2022-2024). Los hallazgos confirman la hipótesis central de que las diferencias en la garantía del derecho a la salud no se explican únicamente por el nivel de gasto o la redacción constitucional, sino por la coherencia y efectividad del entramado institucional que rige cada sistema.

Para reflejar con claridad los objetivos específicos de esta investigación, los resultados se presentan estructurados en dos grandes apartados analíticos, el primero se dedica a comparar la arquitectura institucional y las barreras de acceso en los tres países, respondiendo directamente al primer objetivo específico y el segundo se enfoca en evaluar el rol y la efectividad de la judicialización como mecanismo de respuesta ciudadana, abordando así el segundo objetivo específico. Finalmente, se presenta un análisis que sintetiza los patrones y divergencias, sentando las bases para las conclusiones y recomendaciones del capítulo final.

4.1. Arquitectura institucional y barreras de acceso: los "cuellos de botella" sistémicos (respuesta al objetivo específico 1)

Este apartado analiza cómo el diseño institucional de cada sistema de salud, sus reglas de juego, financiamiento y gobernanza (North, 1990) crea facilitadores y barreras que limitan el acceso efectivo a tecnologías y servicios de alto costo. La arquitectura institucional colombiana, producto de la Ley 100 de 1993, se define como un modelo de competencia regulada que, tras la intervención de la Corte Constitucional (Sentencia T-760/08) y la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015,

evolució hacia una cobertura universal, no obstante, este diseño generó "incentivos perversos" (Giedion et al., 2017) que se manifiestan en barreras significativas.

A pesar del mandato de universalidad, la sostenibilidad financiera del sistema constituye una barrera estructural, pues la declaratoria de insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para 2024 por parte de la Corte Constitucional (CELAPH Colombia, 2025; Min Salud, 2024) y los retrasos en las transferencias de fondos del Estado a las aseguradoras (EPS) generan una rigidez que afecta la prestación de servicios (Restrepo y Zapata, 2023), esta tensión financiera se traduce en que la proyección de gasto en medicamentos de \$28,9 billones para 2024 no se corresponde con una mejora proporcional en el acceso, sino con un riesgo creciente para la sostenibilidad del sistema (Consultorsalud, 2025). El diseño institucional ha buscado crear soluciones a las barreras de acceso, como la plataforma MIPRES, sin embargo, su implementación no ha eliminado los obstáculos, puesto que informes oficiales reconocen que la acción de tutela sigue operando como un "termómetro de las fallas del sistema", lo que indica que las barreras administrativas persisten (Ministerio de Salud de Colombia, 2024). La experiencia judicial confirma que, aunque los motivos del litigio han cambiado, este se mantiene como una herramienta indispensable frente a las dilaciones y negligencias de las aseguradoras.

El sistema de salud argentino en su arquitectura tripartita y desarticulada es la principal barrera para la equidad en el acceso (Almeida, 2021). La ausencia de una rectoría estatal fuerte resulta en una política de cobertura de alto costo fragmentada e inequitativa (Vassallo Sella, 2022). El acceso no depende de la necesidad clínica del paciente, sino de una lotería institucional y la falta de registros unificados, como la imposibilidad de evaluar las demoras en listas de espera quirúrgicas en Buenos Aires, es un síntoma de esta fragilidad en la planificación y gestión (Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, 2024). Aunado a lo anterior, la fragmentación genera profundas inequidades (Almeida, 2021), ya que el subsistema público se encuentra desbordado; las obras sociales ofrecen una cobertura heterogénea; y las prepagas cubren solo a quienes pueden costearlo. La propuesta de un seguro nacional para enfermedades catastróficas, que buscaría centralizar la compra y negociación, sigue sin implementarse, perpetuando un vacío institucional que reproduce la desigualdad en el acceso.

El caso peruano presenta la brecha más dramática entre la promesa legal y la capacidad material del Estado (Cueto, 2014), pues su arquitectura segmentada (MINSA, EsSalud, privado) sufre de un desfinanciamiento crónico que la torna estructuralmente inoperante, teniendo como principal barrera la

precariedad material. A pesar de existir una unidad para enfermedades de alto costo (FISSAL), denuncias sobre su insuficiencia presupuestaria son recurrentes (Amnistía Internacional, 2024). La consecuencia es un "gasto de bolsillo" catastrófico, que Amnistía Internacional (2024) califica de "privilegio de pocos", ya que para el decil más pobre alcanza el 8.3% de sus ingresos, un umbral que funciona como mecanismo empobrecedor y la debilidad institucional se agrava por una extrema centralización, pues el 43% de las camas hospitalarias se concentran en Lima, creando una barrera geográfica insalvable (Amnistía Internacional, 2024). Al respecto debe señalarse que la pandemia expuso la realidad de un sistema sin atención primaria robusta y con carencia de recursos, como lo ha documentado sistemáticamente la Defensoría del Pueblo (s. f.).

4.2. El rol y la efectividad de la exigibilidad judicial (respuesta al objetivo específico 2)

Este apartado evalúa cómo la judicialización, un fenómeno central que define la dinámica actual del derecho a la salud (Abramovich & Courtis, 2002), funciona como respuesta ante las fallas institucionales. El activismo judicial en Colombia ha tenido un carácter marcadamente estructural, convirtiendo a la Corte Constitucional en un actor central de la política de salud (Uprimny Yepes & Parra-Vera, 2010), fue así como la acción de tutela fue el motor de la transformación del sistema y la categoría de "estado de cosas inconstitucional", declarada en la Sentencia T-760/08, es la máxima expresión de un poder judicial que ordenó una reforma (Corte Constitucional de Colombia, 2008). Su efectividad se materializó en la Ley Estatutaria y hoy, su rol es de "termómetro"; el alto volumen de tutelas (casi 198,000 en 2023) es un indicador de las profundas fallas estructurales que persisten (Consultorsalud, 2025), evidenciando que las barreras administrativas aún obstaculizan la plena garantía del derecho.

En Argentina, el recurso de amparo es la principal vía de exigibilidad, con la Corte Suprema sosteniendo que es "particularmente pertinente cuando se trata de la preservación de la salud" (CSJN, 2022). El amparo es efectivo a nivel individual; estudios muestran que el 90% de los fallos por medicamentos de alto costo favorecen a los demandantes, sin embargo, esto oculta un efecto sistémico perverso que este lo conceptualiza como la desigualdad vía judicialización", una categoría que emerge al constatar que el mecanismo beneficia principalmente a quienes ya tienen cobertura de seguridad social o privada (Bergman et al., 2024), por tanto, su rol es casuístico, sin generar una transformación estructural.

Y en Perú, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano ha sido contundente al priorizar el derecho a la salud "por encima de cualquier trámite burocrático" (Poder Judicial del Perú, 2006), no obstante, pese a la existencia del amparo, su impacto es severamente limitado por la inexistencia material de capacidad instalada, un hecho reportado por la Defensoría del Pueblo (s. f.) y Amnistía Internacional (2024), lo que da lugar a la categoría de "judicialización de la impotencia", siendo un "ejercicio simbólico" frente a las fallas estructurales del Estado. La dolorosa realidad de que el 60% de los pacientes oncológicos sufrieron retrasos en sus tratamientos por la pandemia (Semáforo Oncológico, 2022) ilustra esta desarticulación entre el deber ser jurídico y la cruda realidad operativa.

4.3. Análisis comparado y hallazgos

La confrontación de los casos muestra patrones marcados por la "dependencia de la trayectoria" histórica de cada nación (Pierson, 2004) y la activación del "pluralismo jurídico" (Griffiths, 1986) cuando el orden administrativo falla. En el caso de Colombia se observa un activismo capaz de forzar cambios sistémicos (Corte Constitucional de Colombia, 2008); en contraste, el activismo en Argentina, aunque protege individuos, contribuye a la desigualdad y Perú representa el límite, la "impotencia", donde fallos garantistas se vuelven simbólicos ante la falta de recursos (Poder Judicial del Perú, 2006; Amnistía Internacional, 2024).

Consecuencias de los diseños institucionales: la fragmentación en Argentina y Perú es el principal rasgo que dificulta una planificación y asignación equitativa de recursos. Colombia, con un modelo de competencia regulada, sufre de rigidez financiera y barreras administrativas que, aunque distintas, también generan litigiosidad y pese al crecimiento del gasto proyectado, genera dudas sobre su sostenibilidad (Consultorsalud, 2025). En Argentina, el gasto fragmentado exacerba la ineficiencia. En Perú, el desfinanciamiento estructural subraya la urgente necesidad de "priorizar la inversión en salud para reducir la desigualdad", como advierten la CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud (2024).

4.4. Síntesis comparada y alineación con los objetivos de investigación

Para consolidar los hallazgos detallados y evidenciar su coherencia con los objetivos planteados, se presenta la siguiente matriz de resumen. Esta herramienta contrasta los elementos centrales de cada

caso de estudio, permitiendo una visualización clara de las divergencias y similitudes en las arquitecturas institucionales y en la dinámica de la judicialización.

Tabla 2

Matriz de resumen de hallazgos comparados

Dimensión de Análisis	Colombia	Argentina	Perú
Arquitectura Institucional y Barreras Principales (Objetivo 1)	Modelo de competencia regulada con un marco normativo universal. Las barreras son principalmente administrativas y de sostenibilidad financiera (insuficiencia de la UPC, demoras operativas), generando fallas en la implementación (Giedion et al., 2017).	Modelo tripartito y fragmentado (público, obras sociales, privado) con débil rectoría estatal. La barrera principal es la inequidad estructural derivada de la desarticulación y la heterogeneidad de la cobertura (Almeida, 2021).	Modelo segmentado con desfinanciamiento crónico. Las barreras son la precariedad material y la nula capacidad estatal (presupuesto insuficiente, centralización geográfica), lo que se traduce en gasto de bolsillo catastrófico (Amnistía Internacional, 2024).
Mecanismo de exigibilidad judicial predominante (objetivo 2)	Acción de tutela	Recurso de amparo	Proceso de amparo
Carácter y efectividad del activismo judicial (objetivo 2)	Estructural y Transformador. La tutela actuó como motor de la reforma legal (Sentencia T-760/08). Su efectividad actual radica en ser un "termómetro" que visibiliza las fallas	Casuístico e Individual. El amparo es altamente efectivo para casos individuales, pero no modifica la estructura fragmentada del sistema. Su	Garantista y Simbólico. La doctrina judicial es contundente en proteger el derecho, pero su efectividad material es casi nula debido a la

	persistentes del sistema (Ministerio de Salud de Colombia, 2024).	efectividad sistémica es limitada, ya que beneficia a quienes ya tienen cobertura.	incapacidad del Estado. Los fallos corren el riesgo de ser meramente declarativos y simbólicos (Poder Judicial del Perú, 2006).
Categoría central-inductiva resultado sistémico	Un marco legal robusto con una implementación imperfecta, donde la litigiosidad mide la brecha entre la ley y la realidad.	La desigualdad vía judicialización: un mecanismo que, al resolver casos individuales sin alterar las reglas de juego, perpetúa la inequidad del sistema de origen.	La Judicialización de la impotencia: el choque entre una doctrina jurídica protectora y un Estado materialmente incapaz de cumplir sus propias sentencias, evidenciando los límites del poder judicial.

Fuente: elaboración propia

Como se desprende de la matriz de análisis, el estudio comparado revela tres trayectorias y patrones claros en la interacción entre el sistema judicial y la política sanitaria. La trayectoria de Colombia se define por un activismo judicial de carácter estructural que ha logrado inducir una mayor coherencia y robustez normativa, cuyo máximo exponente es la Ley Estatutaria de Salud (Lamprea, 2015), no obstante, esta solidez formal coexiste con un persistente "déficit de implementación", donde las barreras administrativas y el sistema impiden que el derecho en el papel se traduzca en un acceso efectivo y oportuno para todos los ciudadanos (Ministerio de Salud de Colombia, 2024).

En claro contraste, Argentina y Perú permanecen anclados en una profunda fragmentación institucional que la judicialización no ha conseguido superar, y ni siquiera alterar significativamente. En

lugar de forzar reformas estructurales, el activismo judicial en estos dos países adopta roles radicalmente distintos, que evidencian los límites de la intervención de la justicia cuando no existen las condiciones institucionales adecuadas. En Argentina, la judicialización adopta un rol de reproductor de la inequidad, en el sentido en que el recurso de amparo, aunque eficaz para casos individuales, funciona primordialmente como un mecanismo que privilegia a quienes ya poseen el capital social y económico para litigar, consolidando las ventajas de los subsistemas mejor financiados y dejando intacta la precariedad del sector público (Almeida, 2021; Bergman et al., 2024).

En Perú, la intervención de la justicia se vuelve casi simbólica, representando una "judicialización de la impotencia". A pesar de un marco constitucional garantista, las sentencias se enfrentan a la incapacidad estatal, producto del desfinanciamiento crónico y la precariedad de la infraestructura sanitaria (Cueto, 2014; Amnistía Internacional, 2024). Las órdenes judiciales se convierten así en declaraciones de intenciones sin materialización.

CAPÍTULO 5

5.1. Conclusiones fundamentales del estudio

El análisis comparado sobre la garantía del derecho a la salud en Colombia, Argentina y Perú confirma que la brecha entre la consagración formal de los derechos sociales y su materialización efectiva sigue siendo uno de los nudos críticos de la política pública en América Latina (Abramovich & Courtis, 2002). La presente investigación ha respondido a la pregunta sobre los factores institucionales que obstaculizan o viabilizan el acceso a servicios de alto costo, demostrando que su explicación trasciende el nivel de gasto sanitario para adentrarse en la coherencia de la arquitectura institucional, entendida como el conjunto de "reglas de juego" formales e informales que moldean los resultados sociales (North, 1990).

La investigación concluye que la efectividad de un Estado para garantizar este derecho depende de una compleja interacción, condicionada por la "dependencia de la trayectoria" (Pierson, 2004) de cada sistema. Se constata que el fortalecimiento normativo del derecho a la salud, impulsado por el nuevo constitucionalismo latinoamericano (Gargarella, 2017), es una condición necesaria pero insuficiente, por lo que ante las fallas del orden administrativo formal, emerge una dinámica de pluralismo jurídico (Griffiths, 1986) en la que el poder judicial se convierte en una esfera normativa reactiva y, a menudo, en

el actor central de la política sanitaria (Uprimny Yepes & Parra-Vera, 2010). Las tres trayectorias analizadas revelan los diversos y contradictorios impactos de este fenómeno:

Colombia ejemplifica un activismo judicial de carácter estructural, en la que la intervención de la Corte Constitucional, cristalizada en la declaratoria de un "estado de cosas inconstitucional" (Corte Constitucional de Colombia, 2008), forzó una reforma legislativa, esto es, la Ley Estatutaria de Salud 1751 (Lamprea, 2015), no obstante, se enfrenta, a la paradoja de poseer una arquitectura legal robusta permeada por persistentes barreras de implementación. Véase que la elevada litigiosidad actual funciona como un "termómetro" que mide las fallas sistémicas (Ministerio de Salud de Colombia, 2024), confirmando que, pese al avance normativo, los obstáculos administrativos y de gobernanza obstaculizan la plena garantía del derecho.

Argentina por su parte ilustra una judicialización casuística en la que el recurso de amparo es altamente efectivo para personas con cobertura no logra incidir sobre la fragmentación estructural y la débil rectoría estatal que definen al sistema (Almeida, 2021; Vassallo Sella, 2022). Nótese que al beneficiar a quienes ya poseen capital social y económico para litigar (Bergman et al., 2024), la intervención judicial, en lugar de corregir, termina por reflejar las inequidades del diseño institucional de origen.

Y Perú representa el límite de la exigibilidad judicial: la "judicialización de la impotencia". Una doctrina jurídica garantista, emanada del Tribunal Constitucional (Poder Judicial del Perú, 2006), se enfrenta a un vacío material insuperable, toda vez que el desfinanciamiento crónico y la precariedad estructural del sistema (Cueto, 2014; Amnistía Internacional, 2024) convierten las sentencias en actos simbólicos, incapaces de generar una transformación real. La dramática brecha entre el deber ser jurídico y la dura realidad operativa (Defensoría del Pueblo del Perú, s. f.) demuestra que la judicialización, sin una capacidad estatal mínima, corre el riesgo de ser ineficaz.

Este diagnóstico comparado ha permitido desentrañar las lecciones clave de cada modelo. A partir de la evidencia sobre los peligros de la fragmentación argentina, la parálisis que genera el desfinanciamiento peruano y la compleja lógica entre avance legal e inercia administrativa en Colombia se ha logrado dar pleno alcance al tercer objetivo específico de esta investigación: la formulación de una propuesta estratégica informada por la evidencia comparada, como se detalla a continuación.

5.2. Modelo integrado para la gobernanza del derecho a la salud en Colombia

El análisis previo demuestra que el desafío colombiano no es normativo, sino de gobernanza y efectividad, por tanto, y en cumplimiento del tercer objetivo de este trabajo, se propone un modelo integrado para superar la dicotomía entre la protección legal y la materialización efectiva del derecho.

Objetivo de la propuesta: construir un sistema de salud que garantice la materialización efectiva y sostenible del derecho a la salud en Colombia, especialmente para tratamientos de alto costo, corrigiendo los "incentivos perversos" (Giedion et al., 2017) que perpetúan la dependencia de la vía judicial.

Lineamientos estratégicos: reforzamiento de la rectoría estatal (lección de Argentina y Perú): para evitar la fragmentación argentina (Almeida, 2021) y la pasividad del Estado peruano (Amnistía Internacional, 2024), el Ministerio de Salud debe ejercer un liderazgo proactivo en la regulación y supervisión de todos los actores del SGSSS, superando una gestión meramente reactiva.

Sostenibilidad financiera y transparencia (corrección del modelo colombiano): realizar una reforma técnica y estructural a la unidad de pago por capitación (UPC), cuya insuficiencia declarada (CELAPH Colombia, 2025) es una causa directa de inestabilidad, se requieren mecanismos transparentes y periódicos de ajuste que doten de previsibilidad al sistema.

Centralización estratégica de funciones de alto costo: transformar la cuenta de alto costo (CAC) en un verdadero gestor financiero y comprador único, similar a la lógica propuesta para Argentina, pero implementada con la capacidad centralizada del Estado colombiano, lo cual permitiría maximizar la capacidad de negociación y generar economías de escala, tal como recomiendan organismos internacionales (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2009).

Optimización de la gestión administrativa basada en la evidencia: perfeccionar la plataforma MIPRES y otros procesos administrativos para eliminar los "cuellos de botella" que son la causa principal de la litigiosidad evitable (Ministerio de Salud de Colombia, 2024).

Supervisión y sanción preventiva: fortalecer la capacidad de la Superintendencia Nacional de Salud para realizar auditorías sistemáticas que identifiquen y sancionen eficazmente las barreras

administrativas, asegurando que el sistema administrativo responda antes de que el judicial deba intervenir (Uprimny Yepes & Parra-Vera, 2010).

Racionalización del rol judicial y fortalecimiento del diálogo entre poderes: fomentar mecanismos administrativos expeditos de resolución de conflictos, reservando la tutela como ultima ratio. Esto implica mantener un diálogo constructivo donde la jurisprudencia constitucional complementa y valide políticas públicas que cumplan efectivamente con los estándares de la Sentencia T-760/08, en un intenso "diálogo de poderes" (Ferraz, 2011).

5.3. Implicaciones de política pública y agenda para futuras investigaciones

Esta monografía trasciende el diagnóstico para ofrecer insumos que permitan al alto gobierno y a los tomadores de decisiones enfrentar el complejo escenario pospandémico. Los hallazgos subrayan con evidencia la advertencia de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la urgencia de priorizar la inversión en salud para reducir la desigualdad (CEPAL & OPS, 2024). El estudio aporta elementos al debate sobre la justiciabilidad de los derechos sociales (Abramovich & Courtis, 2002), demostrando empíricamente los límites de la judicialización cuando esta opera sin un acompañamiento de políticas públicas sólidas. La experiencia colombiana puede servir de guía para Argentina y Perú sobre el potencial de un activismo judicial estructural, mientras que los casos argentino y peruano alertan a Colombia sobre los graves riesgos de la fragmentación y el desfinanciamiento crónico. Este análisis comparado ofrece un mapa de rutas a seguir y a evitar para la construcción de sistemas de salud más resilientes y equitativos, en línea con las recomendaciones globales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

En un llamado conjunto y urgente, la CEPAL y la OPS (2024) han instado a los países a considerar la inversión en salud no como un gasto, sino como una condición indispensable para el desarrollo social y el cumplimiento de la Agenda 2030. El informe de ambas organizaciones evidencia que el gasto público promedio en salud, que se situaba en un 4,5% del PIB regional en 2021, es insuficiente para alcanzar la meta del 6% propuesta por la OMS, brecha fiscal que se traduce directamente en un alto gasto de bolsillo para las familias, que se convierte en una barrera de acceso a la atención y profundiza las desigualdades existentes, por lo que la recomendación es avanzar hacia sistemas de salud universales y sostenibles, soportados por pactos fiscales que garanticen su financiamiento a largo plazo (CEPAL & OPS, 2024).

Este estudio se enmarca en la discusión sobre la exigibilidad de los derechos sociales, una línea teórica consolidada por Abramovich y Courtis (2002). Estos autores desarrollaron el argumento de que los derechos económicos, sociales y culturales son obligaciones concretas y justiciables para el Estado, no obstante, los hallazgos empíricos de esta monografía matizan el alcance del litigio como única herramienta de cambio, ya que se demuestra que, si bien el activismo judicial puede forzar al Estado a actuar, sus efectos son limitados y en ocasiones insostenibles si no se integran en un marco de políticas públicas coherentes, con presupuesto asignado y mecanismos de seguimiento claros. La judicialización, en ausencia de una sólida arquitectura institucional, corre el riesgo de generar soluciones parciales que no resuelven los problemas estructurales de fondo.

La experiencia colombiana, con un notable activismo por parte de su Corte Constitucional, muestra un modelo sobre cómo el poder judicial puede inducir reformas estructurales en el sistema de salud. Por otro lado, los sistemas de Argentina y Perú funcionan como un espejo que refleja los peligros de la fragmentación y la infrafinanciación crónica, que resultan en inequidades y baja capacidad de respuesta. Estas lecciones son vitales para Colombia, para que evite caer en dichos riesgos, y para Argentina y Perú, para que exploren vías de fortalecimiento institucional, en este sentido, construir sistemas de salud resilientes, como propone la OMS (2023), es el objetivo principal, ya que un sistema resiliente no solo está preparado para responder a emergencias sanitarias, sino que también mantiene y mejora sus funciones esenciales en todo momento, garantizando una cobertura sanitaria universal y equitativa.

Con base en lo anterior, la agenda de investigación futura debe orientarse a analizar la interacción entre las decisiones judiciales y la implementación de políticas públicas en salud y bajo dicho entendido sería pertinente desarrollar estudios de caso que evalúen el impacto real de las sentencias estructurales a largo plazo. Asimismo, se debe investigar modelos de financiamiento y gobernanza que hayan demostrado ser efectivos en reducir la fragmentación y mejorar la equidad en contextos de recursos limitados. Finalmente, resulta imprescindible explorar el rol de la participación ciudadana y la rendición de cuentas como mecanismos para fortalecer los sistemas de salud y asegurar que las reformas respondan a las necesidades reales de la población.

Referencias bibliográficas

1. Abramovich, V., & Courtis, C. (2002). Los derechos sociales como derechos exigibles. Trotta.
2. ACEMI. (2025, 1 de julio). Evolución del gasto en medicamentos en Colombia 2021 – 2024.
3. Almeida, C. (2021). Health systems, policy and politics in the making in Latin America. Palgrave Macmillan.
4. Amnistía Internacional. (2024). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos. Amnesty International. <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/>
5. Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Fragmentación en sistema de salud ahonda brechas y desigualdad en el acceso a la salud.
6. Argentina.gob.ar. (2025, 8 de enero). Salud establece nuevo reglamento para la provisión de medicamentos de alto costo y tratamientos especiales.
7. Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.
8. Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires. (2024, 6 de noviembre). Cirugía General y de Alta Complejidad en Hospitales Generales de Agudos.
9. CELAPH Colombia. (2025, 30 de enero). Corte Constitucional Declara Insuficiencia de la UPC para 2024 en la Sentencia T-480 de 2023.
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023). Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48886>
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Llamado a priorizar la inversión en salud para reducir desigualdad. CEPAL-OPS. <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-ops-llamado-priorizar-inversion-salud-reducir-desigualdad>
12. Congreso de la República del Perú. (2024). Constitución Política del Perú. <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/constitucion-12-2024.pdf>
13. Consultorsalud. (2025, 2 de julio). Colombia proyecta \$28,9 billones en gasto total en medicamentos para 2024, sin mejoras proporcionales en acceso.
14. Corte Constitucional de Colombia. (2008). Sentencia T-760/08 y seguimiento. <https://www.corteconstitucional.gov.co>

15. Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina. (2022, 25 de octubre). La Corte considera que el amparo es particularmente pertinente cuando se trata del derecho a la preservación de la salud. Sistema Argentino de Información Jurídica.
16. Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina. (2023). Suplemento de jurisprudencia sobre Derecho a la Salud. <https://www.csjn.gov.ar>
17. Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina. (2024, 2 de julio). Derecho a la salud, derecho a la vida, SUA0084869. Sistema Argentino de Información Jurídica.
18. Cueto, M. (2014). El regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX (2.^a ed.). Instituto de Estudios Peruanos.
19. Defensoría del Pueblo del Perú. (s. f.). Acceso a la salud. <https://www.defensoria.gob.pe>
20. Ferraz, O. L. M. (2011). The right to health in the courts of Brazil: Worsening health inequities? *Health and Human Rights Journal*, 11(2), 33-45.
21. Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). (2024). Atenciones de cobertura de enfermedades raras y huérfanas, trasplantes 2022.
22. Gargarella, R. (2017). *Latin American constitutionalism, 1810-2010: The engine room of the constitution*. Oxford University Press.
23. Giedion, U., Muñoz, R., y Ávila, O. (2017). El sistema de salud de Colombia: una transformación plausible, aunque con importantes desafíos. Banco Interamericano de Desarrollo.
24. Griffiths, J. (1986). What is legal pluralism? *Journal of Legal Pluralism and Unofficial Law*, 24(1), 1-55.
25. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
26. Honorable Senado de la Nación Argentina. (s.f.). Constitución de la Nación Argentina. <http://www.bibliotecadigital.gob.ar/items/show/1716>
27. Infobae. (2025, 14 de marzo). Cada día mueren 100 peruanos por cáncer y al mes se detectan 6 mil casos nuevos: exigen aplicar la ley para garantizar atención.
28. Lamprea, E. (2015). *La Ley Estatutaria de Salud: Una aproximación a su estructura y contenido*. Fepasde.
29. Ministerio de Salud de Colombia. (2024). Informe de tutelas por vulneración del derecho a la salud. <https://www.minsalud.gov.co>
30. Ministerio de Salud del Perú. (2012, 24 de abril). Resolución Ministerial N.º 325-2012/MINSA. Aprueban el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.

31. Mesa-Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social (Serie Financiamiento del Desarrollo N.º 151). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
32. North, D. C. (1990). Institutions, institutional change and economic performance. Cambridge University Press.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Universal health coverage global monitoring report 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077017>
34. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas.
35. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024a). Report on the biennium 2022–2023: Building back better. <https://www.paho.org/en/documents/report-biennium-2022-2023>
36. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024b). Década del envejecimiento saludable en las Américas 2021–2030. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
37. Pierson, P. (2004). Politics in time: History, institutions, and social analysis. Princeton University Press.
38. Revista Derecho y Salud (AJS). (2021). Análisis jurisprudencial del derecho a la salud en Argentina. <https://revistas.ajs.org.ar/derecho-y-salud>.
39. Scielo Colombia. (2024). Efectos de la Ley Estatutaria de Salud en el comportamiento de las tutelas (2008–2019). <https://www.scielo.org.co>
40. Semáforo Oncológico. (2022, 4 de agosto). El 60% de pacientes retrasó atención y tratamientos por pandemia.
41. Tribunal Constitucional del Perú. (2006). Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente N.º 07231-2005-AA/TC.
42. Uprimny Yepes, R., & Parra-Vera, O. (Eds.). (2010). Derechos sociales y tutela: La crisis del sistema de salud colombiano. Dejusticia.
43. Vassallo Sella, C. (2022, 20 de mayo). Bases de gobernanza del sistema sanitario argentino. Cenital.