

 **PROESA**

# Escenarios posibles en el sistema de salud: una invitación a la reflexión en un contexto de reforma

---

Autor:  
Luis Alberto Tafur Calderon MD ESP  
Victoria Eugenia Soto Rojas  
Irieleth Gallo Caro

# PROESA

## **Escenarios posibles en el sistema de salud: una invitación a la reflexión en un contexto de reforma**

Autor:

Luis Alberto Tafur Calderon MD ESP

Victoria Eugenia Soto Rojas

Irieleth Gallo Caro



**Documentos de trabajo – edición # 28**

**Escenarios posibles en el sistema de salud:  
una invitación a la reflexión en un contexto de reforma**

Luis Alberto Tafur Calderon, Victoria Eugenia Soto Rojas y Irieleth Gallo Caro

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2024

ISSN: 2256-5787 (En línea)

**Palabras claves:** 1.Sistema de salud | 2. Reforma | 3.Gobernanza | 4. Aseguramiento

Primera publicación: Julio de 2012

Edición # 28: septiembre 2024

**© Universidad Icesi © PROESA**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Rector:** Esteban Piedrahita Uribe

**Secretaria General:** Olga Patricia Ramírez Restrepo

**Director Académico:** José Hernando Bahamón Lozano

**Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud:** María Elena Velásquez Acosta

-

**Comité Editorial:** Victoria Soto, Laura Romero, Irieleth Gallo, Juan Camilo Herrera, Santiago Mosquera, Cristian Corrales, Marcela Calderón, Luisa Patiño.

**Edición:** Gina Marcela Calderón Lesmes, Juan Camilo Herrera Palacio, Irieleth Gallo Caro, Laura Romero Garcia

**Coordinador Editorial:** Adolfo A. Abadía

**Diseño editorial:** Sandra M. Moreno

**Cómo citar:**

Tafur, LA., Soto, VE. & Gallo, I. (2024). Escenarios posibles en el sistema de salud: una invitación a la reflexión en un contexto de reforma, PROESA Documentos de trabajo No. 28. Disponible en: [www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/documentos-de-trabajo.php](http://www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/documentos-de-trabajo.php)

**Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA**

Cali – Colombia

Calle 18 No. 122-135 (Pance), edificio B – piso 2.

Telefono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

E-mail: [contacto@proesa.org.co](mailto:contacto@proesa.org.co)

[www.icesi.edu.co/proesa](http://www.icesi.edu.co/proesa)

El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

# Contenido

Este contenido es interactivo. Si quieres acceder a una sección específica, haz clic en el título correspondiente.

---

	Pág
<b>1. Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Contexto del sistema de salud</b>	<b>6</b>
2.1. Aseguradoras/EPS	6
2.2. Prestadores	7
2.3. Pacientes	8
2.4. Gobierno	8
2.5. Entidades territoriales	9
<b>3. Escenarios posibles</b>	<b>10</b>
3.1. Semejanzas	10
3.2. Diferencias	10
<b>4. Reflexiones finales</b>	<b>12</b>
Referencias	12

## 1. Introducción

En el transcurso del primer semestre de 2024, el sistema de salud colombiano estuvo expuesto a múltiples presiones: financieras, incertidumbre por cambios de normatividad, sanciones a Entidades Promotoras de Salud (EPS), aumento de la cartera de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), incremento de quejas, reclamos y tutelas por poca oportunidad en la prestación de servicios y aumento de gasto de bolsillo para la población. En paralelo, el gobierno ha venido planteando una reforma al sistema de salud colombiano que se ha catalizado en un proyecto de ley presentado hace un par de días al congreso. Es el segundo proyecto que radica el gobierno, que no es fruto de un consenso nacional y, por el contrario, genera incertidumbre entre los actores sobre el futuro del sistema.

En este contexto, el presente documento busca estimular la discusión planteando una reflexión sobre las posibles implicaciones de la transformación del sistema de salud. Esta reflexión se fundamenta en la situación actual de los diferentes actores del sistema y los planteamientos de los proyectos de ley radicados en el Congreso de la República.

## Contexto del sistema de salud

La situación actual del sistema de salud en Colombia evidencia una crisis. Cada uno de los actores adolece un sistema que agoniza gradualmente, siendo la sostenibilidad financiera y sus consecuentes implicaciones en la salud de la población los puntos transversales. A continuación, se detallan los principales aspectos críticos de los actores que integran el sistema de salud.

### 2.1. Aseguradoras/EPS

A corte de septiembre 2024, la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) ha ordenado la intervención de 7 EPS: Nueva EPS, Sanitas, Famisanar, Emssanar, Savia Salud, Asmet Salud y Servicio Occidental de Salud (SOS)<sup>1</sup>, las cuales cobijan al 49% de la población colombiana (PROESA, 2024). Los motivos de estas medidas involucran: el incremento en deudas con proveedores, el aumento de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), y la falta de reservas técnicas<sup>2</sup> (Resoluciones 574 de 2007, 2702 de 2014). El procedimiento que se sigue en estos casos es: remover el representante legal y la junta directiva; tomar los bienes, haberes y negocios; y designar un agente interventor que administre la EPS.

Es usual que el proceso de intervención termine con la liquidación de la entidad, con lo cual, los afiliados deben pasar a las EPS que no estén en medidas de vigilancia especial y estas requieren de un tiempo mayor a 6 meses para adecuar su red de prestación de servicios y las condiciones financieras. No obstante, el Decreto 719 de 2024 establece “la verificación de la capacidad de afiliación se realizará con posterioridad a la asignación”, estas entidades tendrán que adaptarse a las disposiciones de la Supersalud y con condiciones inciertas (PROESA, 2024).

Debido a que una de las razones de la Supersalud para intervenir las EPS es el aumento de las PQR, se esperaría que estas disminuyan en el proceso de intervención. Sin embargo, en algunas EPS se ha registrado una ligera reducción y en otras ha aumentado<sup>3</sup>. En el caso de las tutelas también se registró un aumento del 42% en los primeros cuatro meses del año<sup>4</sup>. Entre las principales causas por las cuales se han interpuesto las tutelas, se encuentra la oportunidad en procedimientos médicos (29.586), en entrega de medicamentos e insumos (22.676), asignación de citas médicas (21.237) y tratamientos integrales (17.906)<sup>4</sup>.

---

1. Supersalud, Agosto 2024. Disponible en: [www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/informacion-especifica-para-grupos-de-interes/entidades-en-medida-especial-liquidacion-y-traslados-de-eps](http://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/informacion-especifica-para-grupos-de-interes/entidades-en-medida-especial-liquidacion-y-traslados-de-eps)

2. Las reservas técnicas son el monto registrado en el pasivo de la entidad que refleja las obligaciones presentes y las que pueden preverse en el futuro (Decreto 0574 de 2007).

3. La Silla Vacía, los síntomas de cómo se sigue deteriorando el sistema de salud, 27 de agosto de 2024. Disponible en: [www.lasillavacia.com/silla-nacional/los-sintomas-de-como-se-sigue-deteriorando-el-sistema-de-salud/](http://www.lasillavacia.com/silla-nacional/los-sintomas-de-como-se-sigue-deteriorando-el-sistema-de-salud/)

4. Así Vamos en salud, Indicadores Tutelas, Agosto, 2024. Disponible en: [www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/tutelas](http://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/tutelas)

Por su parte, otras EPS han manifestado el retiro voluntario (entre ellas Compensar, Sura y otras). Al respecto, el Decreto 719 de 2024 estableció las condiciones para que el proceso de retiro se lleve a cabo. No obstante, la Supersalud dilataría el proceso en atención a la discusión y aprobación del nuevo proyecto de ley. Mientras se surte ese proceso, las EPS solicitantes de autorización de retiro, tal como ha hecho Compensar EPS, iniciarían un proceso de aclaración de deudas con los prestadores y presentación de propuestas de pago de las acreencias. Mientras que, Sura ha estado realizando un proceso de encogimiento de la EPS mediante el traslado de empleados a otras empresas del conglomerado empresarial, sin reemplazo de quienes se retiran y dejando de invertir en la EPS.

El financiamiento de las EPS es un aspecto álgido del escenario actual. La insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) ha generado que las EPS operen a pérdida, debido a que esta se ha fijado por debajo de lo que se requiere para el sistema (PROESA, 2024). Esto se ha traducido en una siniestralidad del 99.1%, la cual es la participación de los costos médicos en los ingresos; y si además se consideran los gastos, la siniestralidad supera el 100%<sup>5</sup>. Sobre el particular, el ministro de salud Guillermo Jaramillo ha admitido que la UPC es insuficiente<sup>6</sup>; sin embargo, la discusión no ha avanzado a decantarse en esfuerzos concretos en resolver el faltante de recursos, ni en definir las nuevas fuentes de financiación. Mientras tanto, las EPS observan una disminución sostenida de sus patrimonios (PROESA, 2024). Aunado a todo lo anterior, otros aspectos contribuyen a la insuficiencia de recursos, como el envejecimiento poblacional, la falta de control de la demanda, el incremento de pago por evento, la duplicación innecesaria de pruebas diagnósticas, aumento de la formulación de medicamentos, entre otros.

Como si se tratara de un efecto dominó, esta situación de las EPS aquí descrita repercute directa o indirectamente en todos los actores del sistema de salud.

## 2.2. Prestadores

La situación de las EPS indudablemente influye en la prestación del servicio de salud. Las millonarias deudas que acumulan las EPS afectan el debido funcionamiento de las IPS, además que esto se traduce en una reducción en la calidad de la atención, retrasos de la programación de procedimientos, y negación de entrega de medicamentos, lo cual traslada la gestión del riesgo en salud de las EPS a los prestadores.

A partir de abril de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el mecanismo de giro directo en el régimen contributivo (Decreto 489 de 2024). Esto consiste en que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), a nombre de las EPS, pagará a las IPS directamente el 80% por la prestación de servicios, con cargo a la UPC del régimen contributivo y subsidiado. Sin embargo, la interpretación de esta norma dada por el Gobierno lleva a

---

5. Así Vamos en salud, Panorama general del contexto financiero de las EPS, Mayo, 2024. Disponible en: [https://asivamosensalud.org/sites/default/files/boletin\\_observatorio\\_financiero\\_003.pdf](https://asivamosensalud.org/sites/default/files/boletin_observatorio_financiero_003.pdf)

6. La Silla Vacía, Minsalud acepta que el valor de la UPC es insuficiente y se debe revisar, Abril 2024. Disponible en: [www.lasillavacia.com/en-vivo/minsalud-acepta-que-el-valor-de-la-upc-es-insuficiente-y-se-debe-revisar/](http://www.lasillavacia.com/en-vivo/minsalud-acepta-que-el-valor-de-la-upc-es-insuficiente-y-se-debe-revisar/)

pagar el 80% de lo facturado, sin claridad en lo que concierne este pago: ¿se hace sobre lo radicado?, ¿lo autorizado? Lo anterior, repercute en el 20% restante, para lo cual no hay certeza a cuanto, ni cuándo será cancelado a los prestadores. Si bien esta medida ha mejorado el flujo de los recursos, no soluciona el problema de raíz de insuficiencia.

Otro aspecto que agrava la situación financiera de las IPS es que el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público declararon que no han sido asignados los recursos para pagar los presupuestos máximos de 2022 y de 2024<sup>7</sup>, los cuales son los recursos que se destinan para pagar la prestación de servicios de salud, las tecnologías y medicamentos que no están contemplados en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Acemi estima que habrá un faltante de \$2.72 billones para el pago de presupuestos máximos este año, por disponibilidad fiscal<sup>8</sup>.

### 2.3. Pacientes

Los pacientes somos todos aquellos que necesitamos o requerimos una atención en salud. La crisis del sistema actual ha afectado también la atención. Lo anterior se evidencia en los causales de tutela, como se mencionó en la sección anterior. La calidad de la atención ha disminuido: así se evidencia en procedimientos reprogramados, los medicamentos no entregados. Y frente a lo anterior, se desconoce como impactará los resultados en salud de la población general.

Los pacientes con tratamientos en curso que requieren medicamentos con periodicidad fija se enfrentan a la disyuntiva de comprarlos con gasto personal o alterar el tratamiento con el consiguiente efecto sobre el control de la enfermedad. Esta situación conlleva a un incremento del gasto de bolsillo en las personas y familias que tengan la capacidad económica, y a un empobrecimiento de las familias que requieran ejecutar acciones de afrontamiento. Al respecto, Colombia había registrado durante 2015–2021 un gasto de bolsillo en salud notablemente más bajo que otros países de la región (PROESA, 2024a). Sin embargo, en el segundo trimestre de 2024 el gasto de bolsillo ha aumentado el 5,1% en el segundo trimestre de 2024 comparado con el mismo periodo en 2023<sup>9</sup>.

### 2.4. Gobierno

Una de las banderas del Gobierno es la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) asignando recursos en las regiones dispersas para los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) y los Equipos Básicos (EBS). Para el desarrollo de la estrategia se han asignado alrededor de 1,7 billones de recursos del Presupuesto General de la Nación a través de resoluciones<sup>10</sup> con tiempos de vigencia entre

---

7. La Silla Vacía, los síntomas de cómo se sigue deteriorando el sistema de salud, 27 de agosto de 2024. Disponible en: [www.lasillavacia.com/silla-nacional/los-sintomas-de-como-se-sigue-deteriorando-el-sistema-de-salud/](http://www.lasillavacia.com/silla-nacional/los-sintomas-de-como-se-sigue-deteriorando-el-sistema-de-salud/)

8. La República, Acemi advirtió que habrá un déficit en el sector de salud de \$5,9 billones para 2024, agosto 29, 2024. Disponible en : <https://www.larepublica.co/empresas/acemi-dijo-que-deficit-de-salud-sera-de-5-9-billones-para-2024-3939289>

9 .DANE, Gasto de consumo final de los hogares por finalidad y durabilidad. Disponible en [www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales/pib-informacion-tecnica](http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales/pib-informacion-tecnica)

10. Resoluciones: 2788 de 2022 y 1735, 1778, 1895, 2026, 2084 y 2153 de 2023, resoluciones 865, 1032, 1033, 1034, 1184, 1212, 1220 y 1397 de 2024.

3 y 7 meses. Sin embargo, la asignación de los recursos no necesariamente se refleja en el terreno: se han financiado 10.302 Equipos Básicos de Salud (EBS), a la fecha todos no han iniciado, su asignación es por corto tiempo y se presentan demoras en el desembolso de los recursos

Según el informe realizado por El Espectador<sup>11</sup>, en Chocó, el Ministerio de Salud y Protección Social asignó entre diciembre de 2023 y 2024 recursos para 238 equipos, y a 2 de septiembre sólo funcionan 13 por demoras en el desembolso, dificultades para conseguir médicos, y poco tiempo de vigencia de la resolución. En el terreno, los EBS no están coordinados con la red de servicios y no tienen un sistema de información articulado con las EPS de la región. Los pocos EBS que están funcionando se limitan a recolectar información y no disponen de medicamentos ni están integrados a la red de servicios de las EPS. Si bien la estrategia de APS se considera conveniente por todos los actores, la vigencia de las partidas y las dificultades para conseguir profesionales hace que se convierta en una estrategia política para mostrar resultados a corto plazo pero que dejará frustración en las comunidades en el momento que terminan los recursos.

## 2.5. Entidades Territoriales

Las Entidades Territoriales (ET) reciben del Sistema General de Participaciones (SGP) el 10% de la participación para salud con destino a los componentes de salud pública y subsidio a la oferta. Las acciones de salud pública, contenidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de cada ET, se deben destinar en función de los planes territoriales de salud pública de intervenciones colectivas, en especial los objetivos y metas priorizadas en el respectivo territorio, y deberían reflejar actividades en promoción de salud y prevención de la enfermedad. Los indicadores deberían mostrar los resultados de estas actividades, que incluyen educación comunitaria y acciones de tamización de enfermedades como cáncer de cuello uterino y de mama. Desafortunadamente en muchas ET, el seguimiento a estos recursos para medir la efectividad de las actividades de promoción y prevención en salud es limitada.

---

A partir del informe de Quinceno, J. La estrategia estrella del Minsalud y el reto de no decepcionar, El espectador, 31 agosto de 2024, Bogotá.

11. Quinceno, J. La estrategia estrella del Minsalud y el reto de no decepcionar, El espectador, 31 agosto de 2024, Bogotá. Disponible en: [www.elespectador.com/salud/equipos-basicos-de-salud-estrategia-de-atencion-primaria-en-colombia/](http://www.elespectador.com/salud/equipos-basicos-de-salud-estrategia-de-atencion-primaria-en-colombia/)

## Escenarios posibles

La discusión del futuro del sistema de salud se trasladará al nuevo período legislativo que se inició el 20 de julio. Al finalizar agosto se radicaron proyectos de ley (PL) de reforma del sistema por parte del Centro Democrático (PL 054), Cambio Radical (PL 059), y uno elaborado por la Academia de Medicina y 21 agremiaciones de salud que conforman el colectivo Acuerdos Fundamentales apoyado por 7 congresistas independientes (PL 135). El Gobierno radico de nuevo un proyecto el viernes 13 de septiembre de este año. En esta sección se analizan y discuten los tres PL radicados en el Congreso y el planteamiento del gobierno frente a la reforma del sistema del Gobierno Nacional.

### 3.1. Semejanzas

Los PL coinciden en darle importancia a la APS y a través de ella, con los EBS llegar a las regiones distantes, rurales y dispersas. Coinciden en que la financiación de esta estrategia debe ser con recursos diferentes a los del aseguramiento, es decir, la UPC; siendo el Presupuesto General de la Nación la fuente más aceptada. El PL 054 establece que en las áreas dispersas el modelo de atención deberá ser implementado por los ET. Para que esta estrategia tenga éxito se requiere que los recursos sean permanentes y garantizados. Así mismo, se necesita que el personal profesional de los EBS tenga vinculación laboral con salarios adecuados y primas por distancia o residencia en sitios distantes.

En este sentido, los PL coinciden en normalizar la vinculación del talento humano tanto en entidades públicas como privadas. El proceso de vinculación varía entre una inmediata o un proceso gradual en cinco años. En este aspecto, también se requiere de recursos adicionales para que las instituciones puedan pasar de la tercerización de la contratación y de las órdenes de prestación de servicios al vínculo laboral. Adicionalmente, los PL proponen la creación de incentivos para la conformación de los EBS.

### 3.2. Diferencias

En APS, el Gobierno propone que los CAPS se financien con base en los recursos del Fondo Único Público de Salud de la ADRES provenientes de recursos fiscales y parafiscales, del Sistema General de Participaciones (SGP) destinados a salud pública, el aporte de solidaridad de los cotizantes, y los impuestos de juegos de azar de los municipios. Para la infraestructura hospitalaria también propone disminuir los recursos destinados al aseguramiento al destinar las rentas cedidas y los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar. El PL 135 propone que los CAPS de las áreas dispersas se financien con subsidio a la oferta y en los municipios con recursos, sea con venta de servicios y subsidio a la oferta.

En gobernanza, el PL 135, el PL 059 y el Gobierno proponen el Consejo Nacional de Salud (CNS) con diferencias en el número de personas que lo conforman y su rol en el sistema. El Gobierno y el PL 054 proponen un CNS asesor, mientras el PL 135 le da funciones vinculantes incluyendo en su composición al presidente de la República o su representante.

En cuanto a financiación, el PL 135 plantea el incremento anual de los recursos destinados a la prestación de servicios y búsqueda de nuevos recursos para el sistema incluyendo la destinación de los impuestos saludables. Además, propone que el Gobierno debe elaborar un plan financiero a 10 años para garantizar los recursos del sistema. Establece diferencias entre los recursos para APS y estructura hospitalaria y UPC. El Gobierno propone la redistribución de los recursos creando un fondo único público de salud con dos cuentas, una para APS y otra para fortalecimiento de la red pública.

Respecto a la UPC, el proyecto del Gobierno establece que la definición la hará el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social con base en las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del CNS. El PL 054 establece que el Estado debe definir el valor de la UPC<sup>12</sup>, el cual debería ser definido anualmente por el Ministerio de Salud y Prosperidad Social, de conformidad con el PL 059. Para dicha definición, deberá tenerse en cuenta, a partir de 2025, todas las variables que afectan los costos con excepción de enfermedades huérfanas y cuidadores para los cuales el Ministerio de Salud y Prosperidad Social deberá determinar las fuentes y los mecanismos de financiación. El PL 135 propone la realización de un estudio externo ordenado por el CNS para determinar el valor y el incremento anual. El incremento anual no podrá ser inferior al mayor valor entre la variación del IPC causado y el del incremento del SMMLV<sup>13</sup>. El PL 054 propone que la definición la harán los ministerios de Salud y Hacienda teniendo en cuenta dos variables, un componente fijo y los resultados de estudios actuariales e incentivos.

En términos de aseguramiento, el PL del Gobierno plantea un aseguramiento social, es decir, bajo responsabilidad total del Estado. Las EPS se convierten en Gestoras de Salud y Vida (GSV) y coordinarán las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). El Estado es responsable de los riesgos de salud, administrativo y financiero. El PL 135 mantiene en las GSV la responsabilidad del riesgo en salud y el administrativo, mientras que el financiero lo traslada a la ADRES. Las RIISS serán de ámbito territorial, pueden ser privadas, públicas o mixtas. Las GSV son responsables de la contratación de las redes y de la auditoría de las cuentas por servicios antes de enviarlas a la ADRES. Los PL 054 y 059 no modifican las EPS.

Finalmente, en lo concerniente al giro directo, el Gobierno propone que la ADRES sea pagador único a través del giro directo a los proveedores y prestadores de servicios de salud con auditoría concurrente de las GSV de las facturas de mediana y alta complejidad. El 80% de las facturas serán pagas a su radicación y el 20% posteriormente. El PL 135 propone un mecanismo similar con un período de transición de 2 años y exige la creación de un fondo de Reserva Técnica por la ADRES para asegurar el pago. El PL 054 plantea el pago del 90% a las IPS, mientras que el PL 059 sería únicamente para las EPS que no cumplan con la habilitación financiera, sean intervenidas o estén en proceso de liquidación.

---

12. Además de que deberá también definir una UPC especial para las zonas dispersas.

13. Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

## Reflexiones finales

El contexto actual del sistema de salud y los posibles escenarios planteados por los proyectos de ley radicados en el congreso y la propuesta del Gobierno invitan a reflexionar sobre algunos aspectos críticos del sistema de salud: el financiamiento, el aseguramiento y la gobernanza.

El financiamiento del sistema con recursos de la UPC debe responder a un estudio técnico independiente que considere todas las variables y defina el valor y las posibles fuentes. Disminuir los recursos destinados actualmente al aseguramiento, para destinarlos a la construcción y funcionamiento de los CAPS, agravará la situación frente a la prestación de servicios. Se requieren nuevas fuentes, sin cambiar el uso de las existentes.

El giro directo por la ADRES debe estar acompañado de un proceso de organización de la entidad. De manera que permita definir la relación con las aseguradoras (ya sean EPS o Gestoras), las distintas auditorías, los procesos administrativos y su descentralización de tal forma que garanticen el pago oportuno de las cuentas radicadas.

Para lograr un verdadero impacto de la APS se requiere que los recursos destinados a construcción, mantenimiento, funcionamiento, contratación, y estímulos a los EBS sean permanentes y sin interrupción en el tiempo. Asimismo, debe haber una coordinación administrativa que permita lograr efectivamente los resultados en salud, superando las limitaciones que actualmente tienen las entidades territoriales en la gestión de los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

La experiencia del sistema nacional de salud antes de la sanción de la Ley 100 de 1993, y la situación actual de las Empresas Sociales del Estado (ESE) con problemas financieros y permeados por intereses políticos, indican que es imperativo un proceso de mediano y largo plazo para la adecuación institucional, pago de pasivos y erradicación de la corrupción. Los hospitales públicos que atenderían a la población tienen problemas de liquidez por deudas de las EPS. La pregunta que surge es, ante una situación de congelamiento del presupuesto nacional hecha por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, ¿se conocen y se tienen los recursos necesarios para mejorar los procesos administrativos, gerenciales, de información, entre otros, de la prestación pública?

En el escenario actual, las acciones de los aseguradores para un servicio oportuno y de calidad se pueden ir reduciendo. Pues para quienes saben que se pueden retirar: ¿cuáles serían los incentivos de invertir y desarrollar procesos de mejoramiento continuo? Elementos esenciales para una atención de mayor cobertura y calidad. No se pueden cambiar frecuentemente las reglas de juego en el sistema. El Ministerio de Salud y la Supersalud deberán definir claramente las reglas de permanencia y las de inspección, vigilancia y control de tal forma que no respondan a factores ideológicos, sino a hechos evidentes. La Supersalud al intervenir a una aseguradora deberá hacerlo nombrando a quien designe el Ministerio previa consulta al CNS.

En términos de gobernanza, el Gobierno Nacional a través del INVIMA debe garantizar la disponibilidad de medicamentos, tanto importados como de producción nacional. Así mismo, debe garantizar que las licencias de nuevos productos y tecnologías sean oportunas y rápidas. De igual manera, es indispensable que el talento humano en salud vea atractivo el vincularse al sistema, es decir, contar con políticas definidas de formación y estímulos e incentivos eficaces. Es importante la definición de la autonomía profesional de los médicos de acuerdo con la patología del paciente, así como los mecanismos de control de las decisiones profesionales a nivel de prestadores, aseguradoras y del sistema en general.

El escenario actual genera incertidumbre en la medida que el Ministerio de Salud dirige sus acciones hacia el marchitamiento del aseguramiento y la no contención de la crisis que se está gestando. La actitud del Ministerio de Salud y Protección Social que ignora en el Congreso de la República los proyectos radicados por los partidos y no concilia el texto de su proyecto de ley, se puede presentar nuevamente y originar una oposición fuerte a la reforma. La intransigencia ideológica y el apoyo de congresistas logrado mediante acuerdos no conocidos podría repetir la historia del PL 339 que se hundió en la Comisión Séptima del Senado. Mientras tanto, el escenario posible muestra situaciones preocupantes a nivel de financiación, aseguramiento, gasto de bolsillo, desamparo de pacientes con enfermedades crónicas, de alto costo y huérfanas, con incrementos negativos de estos indicadores.

El ambiente de polarización no favorece ni favorecerá la construcción de acuerdos ni consensos. Las asociaciones profesionales de salud deberán tomar el liderazgo denunciando con datos precisos las situaciones que originan impacto en la prestación de los servicios de salud, y en unión de los industriales y gremios hacer un frente común que impida mayor deterioro.

La realidad, el sistema se encuentra en crisis. Y como en todas las crisis, se requiere de la unión de todos buscando las mejores opciones de solución, aceptando las opiniones distintas a las propias. El Gobierno Nacional, en la cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social como rector del sistema de salud, deberá empezar el proceso reconociendo la existencia de la crisis, convocando al trabajo coordinado con los diversos actores del sistema, atendiendo a las opiniones de los distintos sectores, y mostrando con hechos la aceptación de la búsqueda conjunta de soluciones.

## Referencias

PROESA. (2024). Situación financiera del aseguramiento y la prestación en salud. *Cuestión Salud* 35. ISSN: 2256-5787 (En línea). Recuperado de: [www.icesi.edu.co/proesa/images/publicaciones/cuestion-salud/pdfs/cuestion-salud-proesa-35-090624.pdf](http://www.icesi.edu.co/proesa/images/publicaciones/cuestion-salud/pdfs/cuestion-salud-proesa-35-090624.pdf).

PROESA. (2024a). ¿Cuánto ha avanzado el sistema de salud colombiano en protección financiera? *Cuestión Salud* 34. ISSN: 2256-5787 (En línea). Recuperado de: [www.icesi.edu.co/proesa/images/2024/publicaciones/cuestion-salud/Cuestion\\_Salud\\_PROESA\\_Ed\\_34.pdf](http://www.icesi.edu.co/proesa/images/2024/publicaciones/cuestion-salud/Cuestion_Salud_PROESA_Ed_34.pdf)

# PROESA



Universidad Icesi - Edificio B, piso 2  
Calle 18 No - 122-135, Cali - Colombia  
Telefono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

Correo: [contacto@proesa.org.co](mailto:contacto@proesa.org.co)

[www.icesi.edu.co/proesa](http://www.icesi.edu.co/proesa)

