



## ¿Por qué tanto revuelo con el decreto de MinSalud sobre el modelo de atención?

Mario Hernández Álvarez<sup>1</sup>

El Ministerio de Salud y Protección Social acaba de expedir el Decreto 858 de 2025 denominado “Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo”. Este acto reglamenta un asunto clave que quedó incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, adoptado por la Ley 2294 de 2023. Es decir, es la materialización normativa de una propuesta que hace parte del programa de gobierno votado mayoritariamente y aprobado por el Congreso de la República.

Como se ha visto en los grandes medios de comunicación, esta decisión ha producido un revuelo, lleno de preocupaciones y expresiones de rechazo en diferentes actores del sistema de salud, además de las recurrentes críticas de sectores políticos de oposición al gobierno. Se ha afirmado, como si fuera un engaño deliberado que pretende ejercer presión política, que es una salida por decreto de una reforma estructural que no ha aprobado el Congreso.

Al respecto, es necesario aclarar que, si bien existen relaciones obvias de orientación política entre el decreto y la reforma estructural, no es posible afirmar que el primero sea lo mismo que la segunda. Al contrario, el decreto permite avanzar en un necesario ajuste del sistema de aseguramiento en salud actual, que tanto gobiernos anteriores como actores del sistema han intentado y reclamado, mientras continúa la discusión política sobre la reforma estructural del sistema, que también unos han reclamado y otros objetado.

¿Por qué se puede afirmar que el decreto es un acto propio del poder ejecutivo y no reemplaza ley alguna? Desde hace ya décadas, el sistema de aseguramiento en salud por el que optó Colombia con la Ley 100 de 1993 ha sido ajustado por nuevas leyes y sometido a exigencias de la Corte Constitucional porque no ha logrado resolver a cabalidad los problemas de salud de la población. Al contrario, ha generado y reproducido múltiples barreras de acceso a los servicios, ha profundizado las desigualdades, en especial entre el campo y la ciudad, y ha mantenido altos índices de mortalidad evitable.

Muchos de los asuntos que desarrolla este modelo de atención pretenden, precisamente superar los problemas del actual sistema, apoyándose en la normatividad vigente, hasta donde lo permite. Entre las leyes más importantes que lo respaldan están la Ley 1751 de

---

<sup>1</sup> Médico, bioeticista y doctor en Historia, profesor de la Facultad de Medicina y coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

2015 que definió el contenido del derecho fundamental a la salud y las obligaciones del Estado y de todos los actores del sistema para su garantía. Y la Ley 1438 de 2011 que incorporó la Atención Primaria en Salud (APS), las redes integrales integradas de servicios de salud y varios mecanismos para territorializar las respuestas del sistema a las necesidades diversas de las poblaciones en sus territorios.

De hecho, el gobierno de Juan Manuel Santos intentó por varios mecanismos normativos orientar a los actores del sistema para mejorar la respuesta a esas necesidades territoriales. Esta fue la intención de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y su Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), o del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) como lo denominó el gobierno de Iván Duque. Sin embargo, la falta de gobernabilidad del sistema dio al traste con buenas intenciones.

El Decreto 858 pretende, precisamente, mejorar la gobernabilidad de la salud en los territorios, para integrar a los agentes del sistema de aseguramiento y orientarlos hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, como obliga la Ley 1751 que reglamenta este derecho. Y esta es una obligación indelegable del Estado, en sus tres niveles territoriales, es decir, municipios, departamentos o distritos y Nación.

Por lo anterior, los principios y valores en los que se apoya el decreto no son otros que los de la Constitución y las leyes existentes, como se aprecia en los considerandos. Y los pilares del modelo son instrumentos de política pública para avanzar de manera decidida en la garantía del derecho fundamental a la salud y la superación de las inaceptables desigualdades en salud.

Los pilares del modelo son totalmente coherentes. El de “governabilidad, gobernanza y territorialización” permite mejorar el gobierno territorial del sistema, con mucha participación social y de los actores en diferentes cuerpos colegiados, sin que esto signifique entregar recursos adicionales o del aseguramiento a las entidades territoriales. El de “Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud” se fundamenta en la APS como una estrategia que permite acercar los servicios de salud a las necesidades, pero también impulsar a otros sectores para mejorar las condiciones de vida de las comunidades, con su plena participación, tal como se ha reconocido internacionalmente.

Se requiere territorializar porque es el territorio el que permite integrar acciones de todos los actores, tanto del sistema de salud, como de otros sectores para producir salud, más que enfermedad, discapacidad y muerte. El territorio permite reconocer la diversidad de necesidades y culturas, pero también las desigualdades injustas para superarlas. Es en el territorio que es posible organizar redes de servicios que sean “integrales”, es decir, que permitan responder con todos los servicios según necesidades, e “integradas”, esto es, que logran complementariedad entre prestadores públicos, privados y mixtos.

Es para esto que se establece la organización de un nivel primario de prestadores organizados en Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), con adscripción de poblaciones según territorios, con equipos territoriales de salud que estén cerca de la gente, que logren un vínculo profundo y puedan resolver al máximo los problemas, además de prevenir y promover la salud, al tiempo que orientan el flujo de pacientes por las redes, según su necesidad. Con estos equipos trabajarán de manera articulada los funcionarios de salud pública de las entidades territoriales y algunos de las administradoras de riesgos laborales e, incluso, los centros reguladores de urgencias y emergencias. Así se logra la integralidad, para superar la fragmentación actual.

Para ello es necesario el tercer pilar que pretende garantizar el “Trabajo digno y decente para el talento humano y otros trabajadores del sector”, sean asistenciales o administrativos. La precariedad laboral en salud se traduce en mala calidad de servicios y en discapacidades y muertes evitables. Nada menos. También por esto debe haber un fortalecimiento de la formación en salud, con énfasis en APS y Salud Pública, tanto en la educación superior como en los servicios.

También por ello son necesarios los dos pilares adicionales de “Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento”, que pretende generar conocimiento propio para resolver problemas prioritarios, y de “Calidad y Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS”, que garantiza la información abierta e interoperable para seguirle la pista al modelo y a su eficacia en la garantía del derecho a la salud.

Se ha dicho que el modelo modifica funciones de los actores, en especial de las EPS, o que propicia la corrupción al entregar recursos a los entes territoriales, o que le quita recursos al aseguramiento. Nada más alejado de la realidad. Si se lee con cuidado, es claro que las EPS continúan con sus funciones, solo que serán orientadas hacia el territorio donde se encuentran sus afiliados, en articulación con otros actores buscando la complementariedad. Los alcaldes y gobernadores no manejarán un peso de la UPC que seguirán administrando las EPS. Solo deberán complementar estos recursos de atención individual con los de la salud pública y la gestión territorial, que reciben por el Sistema General de Participaciones y por Presupuesto General de la Nación (PGN), según proyectos específicos, como los de infraestructura y dotación. Y claro que no se disminuyen los recursos del aseguramiento. Solo se reorientan según las necesidades y la organización de las redes.

¿Cuál es la diferencia con la reforma estructural? Nada menos que esta implica una modificación de los roles y las relaciones entre los actores actuales, en especial, en el manejo de los recursos públicos disponibles para el aseguramiento. Y por esto ha generado tanto revuelo y oposición. No cabe duda que estos recursos han consolidado grandes consorcios y grupos económicos que articulan toda la cadena de los servicios de salud con los del aseguramiento, y esto no ha hecho más que propiciar la extracción de rentas públicas por agentes privados, sin la mayor consciencia ni control.

Quienes trabajamos en Salud Pública desde hace décadas podemos reconocer en este decreto una propuesta valiosa que pretende avanzar seriamente en la garantía del derecho fundamental a la salud. Por eso preferimos leer con cuidado antes de entrar en la ola de la oposición y el supuesto caos.

**Universidad  
Nacional  
de Colombia**