



FORO PRESENCIAL

Propuestas para Superar la Crisis del Sistema de Salud

Fecha	21 de mayo de 2026
Hora	8:00 a.m. – 1:30 PM
Lugar	Auditorio Rosalba Pacheco, 7mo piso – Fundación Santa Fe de Bogotá, Carrera 9 con Calle 119
Moderador	Miguel Herrera
Organizadores	LaCardio, Fundación Santa Fe de Bogotá, CAPITOL

Panelistas

Dr. Román Vega <i>Equipo de Salud – Iván Cepeda</i>	Dr. Juan Diego Álvarez <i>Equipo de Salud – Paloma Valencia</i>	Dr. Iván Sánchez <i>Equipo de Salud – Abelardo de la Espriella</i>
--	--	---

I. CONTEXTO GENERAL

El foro se enmarcó en el momento de mayor incertidumbre que ha enfrentado el modelo de aseguramiento colombiano desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. La coyuntura combina una crisis estructural y una crisis coyuntural de inédita profundidad, caracterizada por los siguientes elementos:

- Deuda acumulada con prestadores que supera los 24 billones de pesos (datos 2024-2025), con un incremento interanual del 18 %. El 73 % de dicha deuda corresponde a prestadores privados y el 27 % a prestadores públicos.
- Siniestralidad del 109 %, lo que evidencia que el gasto en salud supera los ingresos del sistema.
- Opacidad informativa de actores estratégicos del aseguramiento, con efectos directos sobre la red prestadora.
- Deterioro de la protección financiera de los usuarios, expresado en un incremento significativo del gasto de bolsillo.

El moderador estructuró el debate en cuatro rondas temáticas: (1) la crisis del sistema y la relación aseguramiento-prestación, (2) territorialización del sistema, (3) red pública de prestación y (4) barreras de acceso.

II. PRIMERA RONDA: ARQUITECTURA INSTITUCIONAL Y RELACIÓN ASEGURAMIENTO-PRESTACIÓN

La primera ronda abordó la pregunta sobre cuál debe ser la arquitectura institucional para organizar de manera estructural la gestión del riesgo en salud y la relación operativa y financiera del asegurador con el prestador.

Campaña Paloma Valencia – Dr. Juan Diego Álvarez

La campaña reafirmó su compromiso con la recuperación del modelo mixto y solidario consagrado en la Constitución de 1991, reconociendo que los logros del sistema en cobertura y equidad social de los últimos treinta años no deben ser desestimados. Se plantearon dos ajustes fundamentales:

- Transformación del modelo de aseguramiento en zonas rurales y dispersas, donde se reconoce una deuda histórica de acceso diferencial.
- Reorientación del modelo hacia resultados en salud, mediante esquemas de transferencia del riesgo a los distintos actores y pagos por desempeño.

Campaña Iván Cepeda – Dr. Román Vega

La posición de la campaña parte de la premisa de que el modelo de aseguramiento actual no solo atraviesa una crisis estructural recurrente, sino que ha fallado en garantizar el derecho fundamental a la salud. Se identificaron tres fallas esenciales: conflicto de interés en el manejo de recursos públicos, énfasis en la contención del gasto en lugar de la gestión integral del riesgo, y clientelización política de las EPS públicas. La arquitectura propuesta incluye:

- Separación clara entre el manejo de los recursos públicos y la prestación de los servicios.
- Fortalecimiento de las ADRES como pagador único, con auditoría médica robusta.
- Puesta en práctica de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) como eje estructurante del sistema.
- Fortalecimiento del INVIMA y del IETS como instituciones regulatorias clave.
- Evaluación del rol de gestores del riesgo médico como una posible evolución de las actuales EPS.

Campaña Abelardo de la Espriella – Dr. Iván Sánchez

La campaña defiende la Ley 100 como una conquista fundamental en materia de cobertura universal, al tiempo que reconoce la necesidad de ajustes significativos. Las propuestas centrales son:

- Fortalecimiento del sistema de inspección, vigilancia y control, con trazabilidad de cada peso desde su ingreso hasta la prestación del servicio, apoyada en inteligencia artificial, big data y blockchain.
- Promulgación de un Estatuto Laboral para el personal del Sistema de Seguridad Social en Salud.

- Implementación de pagos por resultados en salud como nuevo instrumento de contratación con las EPS.

III. SEGUNDA RONDA: TERRITORIALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La segunda ronda abordó la visión territorial del sistema: quién planifica la red, quién coordina a los prestadores, quién adquiere tecnologías y quién responde por el acceso efectivo del paciente en el territorio.

Campaña Paloma Valencia – Dr. Juan Diego Álvarez

Si bien se reconoce la territorialización como una necesidad estructural, la campaña planteó dos condiciones previas:

- Estabilización del sistema antes de avanzar en cualquier proceso de regionalización, con particular atención a la Nueva EPS y su población afiliada.
- Articulación real y obligatoria con las entidades territoriales, reconociendo que modelos de atención como “Más Bienestar” en Bogotá o “Entorno” en Cali han sido efectivos pero desarticulados de la política nacional.

Campaña Iván Cepeda – Dr. Román Vega

Se argumentó que el modelo actual desterritorializó los procesos de salud, dificultando la gestión integral del riesgo desde los territorios. La visión propuesta comprende:

- Territorialización con enfoque en determinantes sociales de la salud y respeto a la diversidad intercultural (poblaciones indígenas, afrodescendientes, campesinas).
- Atención Primaria Integral como artífice de la reorganización territorial, con tres componentes: cuidado médico, intersectorialidad y participación comunitaria.
- Gobernanza democrática y participativa a nivel territorial, con competencias y recursos claros para los entes territoriales.
- Modificaciones legales estructurales (ley, no decretos) para viabilizar la territorialización.
- Política diferencial de transferencia de recursos a los territorios, incluyendo regalías y presupuesto general de la nación.

Campaña Abelardo de la Espriella – Dr. Iván Sánchez

Se enfatizó que la territorialización es inviable sin la previa reconstrucción de las redes de prestación mediante el pago de deudas pendientes. Las condiciones propuestas son:

- Reconstrucción de la red prestadora como primer paso, con pago efectivo a hospitales públicos y privados.
- Establecimiento de gobernanza ministerial efectiva como órgano rector del proceso de territorialización.

- Interlocución obligatoria con las regiones, con mecanismos de supervisión y control de los recursos territoriales.

IV. TERCERA RONDA: RED PÚBLICA DE PRESTACIÓN

La tercera ronda analizó el rol de la red pública hospitalaria, su relación con el sector privado y los instrumentos de fortalecimiento disponibles.

Campaña Paloma Valencia – Dr. Juan Diego Álvarez

- Reconocimiento de los problemas de gestión e ineficiencia en los hospitales públicos, agravados por el uso del giro directo como mecanismo de fortalecimiento de fortines políticos.
- Propuesta de modelos de Alianzas Público-Privadas (APP) para el desarrollo hospitalario, que alineen incentivos hacia resultados.
- Urgencia de una UPC diferencial que reoriente los incentivos del sistema hacia el pago por resultados.

Campaña Iván Cepeda – Dr. Román Vega

- El sistema prestador es mixto: el 80 % de la red es privada y el 20 % pública, distribuida por lógicas de mercado y no de necesidad poblacional.
- Énfasis principal en el fortalecimiento de la red pública, previa liquidación de la deuda acumulada con prestadores públicos y privados.
- Creación de un instrumento de planeación del desarrollo hospitalario a nivel nacional, que supere la lógica de mercado.
- La red privada será protegida y regulada por resultados en salud, con rentabilidad en sus límites razonables.
- Fortalecimiento de la red primaria de servicios con participación del sector privado, bajo incentivos orientados a resultados.

Campaña Abelardo de la Espriella – Dr. Iván Sánchez

- Revisión y evaluación de la infraestructura hospitalaria construida por el Gobierno actual, que carece de criterios técnicos de planeación y sostenibilidad.
- Implementación de un régimen técnico para la gestión de hospitales públicos, que elimine la burocratización y los fortines políticos.
- Transformación digital de las redes para integrar servicios y garantizar su función social.

V. CUARTA RONDA: BARRERAS DE ACCESO Y PLAN DE CHOQUE

La ronda final abordó las principales barreras de acceso identificadas —tiempos regulatorios, demoras en autorizaciones, dispersión territorial, escasez de talento humano, desabastecimiento de medicamentos y saturación de urgencias— y las medidas coyunturales para enfrentarlas mientras se ejecuta la reforma estructural.

Campaña Paloma Valencia – Dr. Juan Diego Álvarez

Se identificaron dos elementos centrales del plan de choque:

- Recuperación de la confianza en el sistema mediante la designación de perfiles técnicos y competentes en la conducción institucional (se mencionó a Juan Daniel Oviedo como gerente del plan de choque).
- Reconocimiento de la insuficiencia de la UPC e inyección inmediata del componente inflacionario pendiente, como base financiera del plan de choque.
- Giro de presupuestos máximos pendientes (2023-2025) y estabilización de los giros periódicos.
- Priorización del pago de nóminas del talento humano en salud como condición mínima de operatividad del sistema.

Campaña Iván Cepeda – Dr. Román Vega

Se propuso un plan de choque articulado a la reforma estructural, con cuatro instrumentos principales:

- Fortalecimiento y protección del giro directo como mecanismo exitoso de flujo de recursos a prestadores, con ampliación a más del 80 % del sistema.
- Inyección de recursos frescos a la Nueva EPS, con auditoría robusta previa, dada su condición de aseguradora de más de 11 millones de afiliados.
- Compra de deuda vencida a prestadores públicos y privados mediante préstamos internos o crédito externo (Banco Mundial u otras fuentes multilaterales).
- Ejercicio de repetición contra las EPS responsables de la deuda acumulada, con un proceso diferenciado por plazos (corto, mediano y largo plazo).

La campaña explicó que la inyección de recursos sin cambio estructural no resuelve el problema de fondo, y que el Estado no renuncia a reclamar responsabilidades a las EPS deudoras.

Campaña Abelardo de la Espriella – Dr. Iván Sánchez

Se sostuvo que el sistema atraviesa una crisis humanitaria bajo los parámetros de la OMS, con tres pilares identificados: bloqueo de acceso a servicios para la población de las EPS intervenidas (estimada en 15 millones de personas), imposibilidad de acceso a medicamentos para entre 8 y 10 millones de personas, y déficit estructural de financiamiento. El plan de choque propuesto contempla:

- Despliegue inmediato de todas las herramientas legales del ejecutivo para declarar y atender la crisis humanitaria.

- Inyección de 10 billones de pesos, eludiendo el mecanismo de postulación de las EPS mediante acto administrativo del Ministerio de Salud, para girar directamente a prestadores, laboratorios y demás entidades del sistema.
- Recalculo técnico de la UPC con enfoque diferencial, que incorpore el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica.
- Concertación con la banca multilateral de mecanismos financieros (bonos, titularizaciones) para cubrir la deuda acumulada.

VI. PUNTOS DE CONVERGENCIA Y DIVERGENCIA

Convergencias

- Las tres campañas reconocen la gravedad de la crisis financiera del sistema y la urgencia de garantizar el flujo de recursos a los prestadores.
- Existe consenso en torno a la necesidad de fortalecer la inspección, vigilancia y control del uso de los recursos públicos en salud.
- Las tres posiciones coinciden en la importancia de la territorialización y de la Atención Primaria en Salud como estrategia estructurante del sistema.
- Hay acuerdo en la pertinencia de avanzar hacia pagos por resultados en salud en las relaciones entre aseguradores y prestadores.
- Se reconoce la necesidad de un estatuto o régimen laboral especial para el talento humano en salud.

Divergencias

- La reforma estructural del modelo de aseguramiento: mientras la campaña de Iván Cepeda propone una nueva arquitectura institucional con pagador único, las campañas de Paloma Valencia y Abelardo de la Espriella apuestan por la recuperación y ajuste del modelo mixto vigente.
- El diagnóstico sobre la crisis humanitaria: las campañas de Paloma Valencia y Abelardo de la Espriella la califican como tal en términos de la OMS; la campaña de Iván Cepeda no utiliza esa denominación, aunque reconoce la gravedad de la situación.
- El rol de Drogas La Rebaja: la campaña de Iván Cepeda la defiende como gestor farmacéutico; la de Paloma Valencia la cuestiona como intervención fragmentada; la de Abelardo de la Espriella la rechaza.

VII. POSICIONES EXPLÍCITAS SOBRE DROGAS LA REBAJA

Al cierre de la segunda ronda temática, el moderador formuló a los tres panelistas una pregunta directa sobre Drogas La Rebaja en su rol como prestador de servicios farmacéuticos

en el sistema: ¿sí o no? Las respuestas fueron breves, categóricas y revelaron una de las divergencias más nítidas del foro.

8.1. Campaña Paloma Valencia – Dr. Juan Diego Álvarez

El asesor respondió negativamente. Explicó que intervenciones fragmentadas de este tipo son “exactamente lo que no necesita el sistema”, clasificándolas como expresiones de precarización de la cadena de suministro y dispensación de medicamentos. En su criterio, incorporar a Drogas La Rebaja como actor estratégico del sistema no resuelve el problema estructural de acceso a medicamentos, sino que fragmenta aún más una cadena que requiere integración, coordinación y sostenibilidad, no parches coyunturales.

8.2. Campaña Iván Cepeda – Dr. Román Vega

El asesor respondió afirmativamente y con matices. Defendió el rol de Drogas La Rebaja como entidad fortalecida y cualificada en su función de gestor farmacéutico, tanto para la distribución como para la dispensación de medicamentos. Aclaró que la propuesta no se limita a Drogas La Rebaja: existen en Colombia otras experiencias de gestión farmacéutica que podrían cumplir funciones similares, como las cooperativas médicas que operaron en varios departamentos del país. La campaña no se declara en contra de los gestores privados en esta materia, aunque advierte que algunos serán reexaminados cuidadosamente. El argumento central es que Drogas La Rebaja puede jugar un papel fundamental e inmediato en la resolución de la crisis actual de acceso a medicamentos, que la campaña atribuye a cuellos de botella en la organización de la red y no a un problema de desabastecimiento en la cadena productiva.

8.3. Campaña Abelardo de la Espriella – Dr. Iván Sánchez

El asesor respondió negativamente y sin ambigüedades. Su argumento fue conciso: Drogas La Rebaja, tal como está concebida hoy, fue diseñada para operar en condiciones de irregularidad. La posición de la campaña es que incorporar esa entidad al sistema de suministro de medicamentos no resuelve el problema de acceso, sino que institucionaliza un esquema proclive a la corrupción dentro de la cadena farmacéutica pública.

VIII. CIERRE

- El moderador Miguel Herrera concluyó el foro destacando el valor del diálogo técnico entre las tres campañas y extendió la invitación a continuar la conversación antes y después de la primera vuelta electoral del 31 de mayo de 2026. Los tres panelistas ratificaron el compromiso con el diálogo como estrategia fundamental para la resolución de la crisis del sistema de salud colombiano.



CAPITOL
PUBLIC & CORPORATE AFFAIRS



CAPITOL
PUBLIC & CORPORATE AFFAIRS

Miguel Ángel Herrera



+57 311 7372149



miguel@capitol.com.co



www.capitolpac.com



CAPITOL Colombia