

SALUD

PALOMA VALENCIA PRESIDENTE 2026 – 2030

PLAN DE GOBIERNO

PALOMA

— 2026 —



Modelo mixto y solidario en salud

Introducción

Este documento técnico busca ser una hoja de ruta para resolver los principales problemas del sistema de salud. Para alcanzar este objetivo el documento se divide en tres partes. Primero, un diagnóstico que resulta de la conceptualización, priorización y organización de la situación actual que se caracteriza por ser altamente volátil y compleja. Segundo, la presentación de un plan de choque que permita organizar las soluciones de política pública dependiendo de su nivel de urgencia. Finalmente, la construcción de los mensajes claves de carácter político que permita entender la estrategia de reconstrucción del sistema de salud en Colombia.

El sistema de salud colombiano atraviesa una de las crisis más profundas. Aunque el país mantiene una cobertura formal cercana al 98%, el sistema está al borde del colapso por problemas de acceso, retrasos en la atención, escasez de medicamentos y una creciente judicialización del derecho a la salud. La crisis se vive en hospitales sin liquidez, en profesionales agotados y en pacientes que esperan meses, o años, por tratamientos que ya existen.

Esta situación no es el resultado de la falta de un modelo o una reforma, sino de un **sistema desfinanciado, mal ajustado a la realidad epidemiológica y con graves fallas de gobernanza**. La acumulación de deudas, la insuficiencia de la UPC, los cuellos de botella regulatorios y la fragmentación territorial han erosionado la confianza entre los actores y debilitado la capacidad del Estado para garantizar el derecho fundamental a la salud.

2. Diagnóstico del sistema de salud

2.1. Crisis financiera estructural

El centro de la crisis del sistema de salud es financiero. A junio de 2025, las deudas acumuladas de las EPS con hospitales, clínicas y otros prestadores superan los **\$27 billones**, con una cartera morosa que afecta de manera transversal toda la cadena de atención (ANDI). Las EPS intervenidas concentran una parte significativa de este pasivo, sin que las medidas de intervención hayan logrado mejorar el flujo de recursos ni la calidad del servicio.

La insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) explica buena parte del problema. Entre 2021 y 2024, el sistema operó con una siniestralidad superior al 100%: por cada \$100 recibidos, las EPS gastaron entre \$108 y \$110 en servicios de salud (AFIDRO–PROESA). Según cálculos de la ANDI, si se hubiera aplicado una siniestralidad objetivo del 95%, el rezago acumulado de la UPC en ese período asciende a **\$20,5 billones**, de los cuales \$11,5 billones corresponden al régimen contributivo y \$9 billones al subsidiado.



Adicionalmente, la metodología de cálculo de la UPC presenta fallas estructurales. En la definición de la UPC 2024 se descartó cerca del **63% de los registros** por errores de validación, y la muestra utilizada provino de solo cuatro EPS que representan alrededor del 25% de la población, lo que compromete seriamente su representatividad (AFIDRO–PROESA).

El resultado es un sistema que opera permanentemente en déficit, traslada costos a los hogares y deteriora el acceso efectivo. Entre 2021 y 2024, el gasto de bolsillo en salud aumentó de forma sostenida, reflejando la incapacidad del sistema para responder oportunamente a las necesidades de los pacientes (documento diagnóstico).

Las fallas financieras y operativas se traducen directamente en barreras de acceso. Las quejas de los usuarios y las tutelas por salud han aumentado de manera sostenida, evidenciando la pérdida de confianza en los canales ordinarios de atención.

El desabastecimiento y la entrega tardía de medicamentos se han convertido en un problema recurrente. Los gestores farmacéuticos acumulan deudas superiores a **\$6 billones**, lo que ha generado interrupciones en el suministro, cancelación de tratamientos y mayores costos para los pacientes.

2.3. Un sistema sin sistemas técnicos de contención del gasto: Cuellos de botella regulatorios y rezago en innovación

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) enfrenta una crisis operativa que limita el acceso oportuno a medicamentos y tecnologías. Actualmente existen **más de 12.000 a 15.000 trámites represados**, y el tiempo promedio para que un medicamento innovador llegue efectivamente a los pacientes colombianos supera los **4 a 5 años**, aun cuando ya ha sido aprobado por agencias regulatorias internacionales de alta vigilancia (AFIDRO – PROESA).

Este rezago no sólo afecta a la innovación, sino también a medicamentos producidos en Colombia, poniendo en riesgo la disponibilidad, la inversión y el empleo en el sector farmacéutico. La reducción presupuestal del INVIMA en un contexto de alta demanda regulatoria ha agravado esta situación (AFIDRO – PROESA).

2.4. Desigualdad territorial y debilidad de la red rural

Persisten profundas brechas entre zonas urbanas y rurales. La falta de capacidad resolutive en el primer nivel de atención genera traslados innecesarios, mayores costos y barreras de acceso, especialmente para poblaciones vulnerables. La organización actual de la red de servicios no responde adecuadamente a las condiciones territoriales ni a los perfiles epidemiológicos locales (ANDI).



3. Propuestas madre

a) Frente a la crisis financiera:

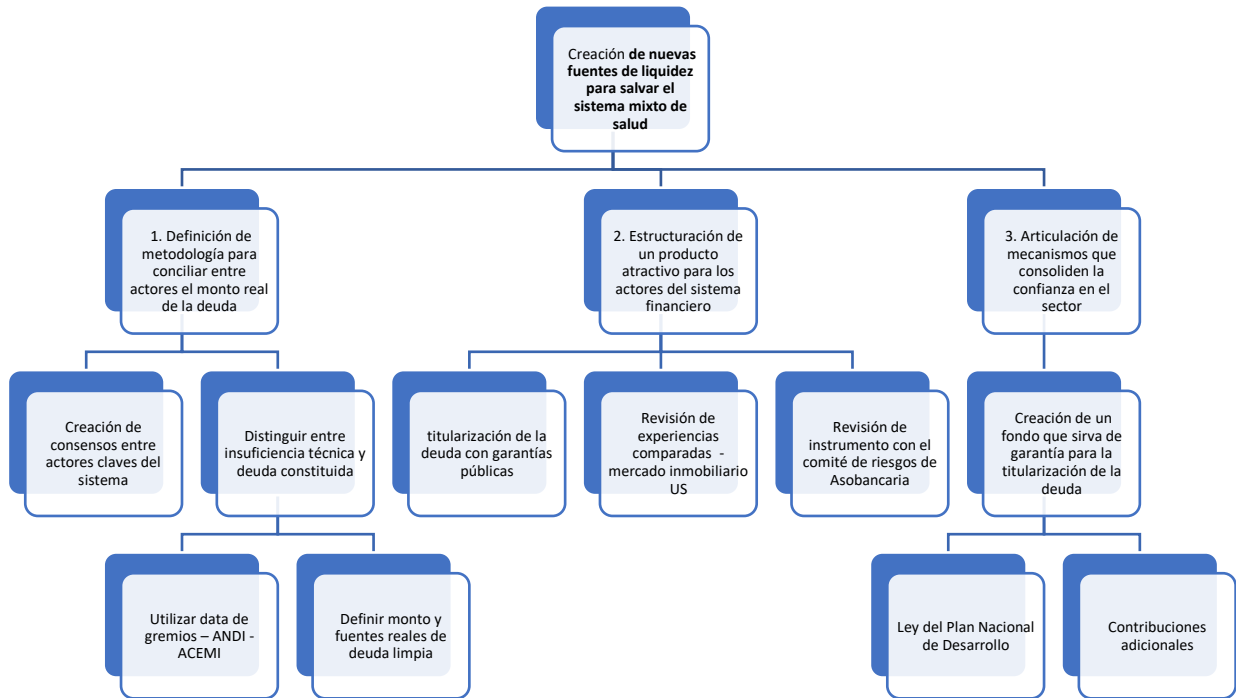
3.1. Titularización de la deuda: un plan de choque para recuperar la liquidez

La estabilización del sistema exige una intervención inmediata sobre la liquidez. La candidata propone la creación de un **instrumento financiero de titularización** que convierta las deudas auditadas del ADRES en **bonos de inversión**, con respaldo estatal.

Este mecanismo permitirá:

- Inyectar liquidez inmediata.
- Reactivar el pago a hospitales, clínicas y proveedores.
- Recuperar la confianza entre los actores del sistema.

La titularización estará acompañada de un **esquema integral de saneamiento**, que incluirá fondos de garantía, compromisos de eficiencia, planes de mejora y medidas para corregir la desfinanciación estructural, evitando que la deuda vuelva a acumularse.



3.2. Adición de un punto de cotización: La propuesta es pasar del 4 al 5% que se haga de forma proporcional por ingresos salariales y que sea pagado por el trabajador. Según estimaciones iniciales, esto puede representar ingresos adicionales entre 2.5 y 3 billones de pesos. Requiere una modificación legal del artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

b) Frente a la contención del gasto y el desabastecimiento de medicamentos

3.3 Inclusión de tecnologías basada en valor terapéutico (Contención del gasto que se filtra por Presupuestos máximos).

Reforma al proceso de inclusión de nuevas tecnologías en salud, con el objetivo de acelerar el acceso, reducir la discrecionalidad y asegurar que cada peso invertido genere valor real en salud. Este ejercicio debe estar en cabeza del IETS que hoy en día se encuentra desfinanciado y necesita la capacidad administrativa para hacerlo de forma eficiente y autónoma.



- Separar claramente la evaluación de **seguridad y eficacia** del análisis de **valor terapéutico e impacto presupuestal**.
- Fortalecer al **IETS** como entidad responsable del informe de valor terapéutico.
- Implementar una **“puerta de entrada”** basada en HTA, como buena práctica internacional.
- Establecer referencias internacionales de precios comparables y transparentes.
- Estructurar compras globales con criterios técnicos homogéneos.

3.4. Reliance regulatorio/ Proceso de evaluación sanitaria eficiente: Modelo de gestión en el que una autoridad sanitaria nacional (como el INVIMA en Colombia) tiene en cuenta las evaluaciones, decisiones o evidencias generadas por otras autoridades de referencia internacional (como la FDA de EE. UU. o la EMA de Europa) para emitir su propio juicio.

Se trata de una solución administrativa que puede implementarse en un decreto para crear una ruta de evaluación abreviada basada en el respaldo y confianza por acuerdos de colaboración con agencias de referencia de evaluación de medicamentos de relevancia mundial. Estos mecanismos ya existen como mecanismos de descongestión en países como México, Chile o Brasil.

c) Ajustes estructurales del sistema para volver a un sistema mixto y solidario

3.5 Nueva gobernanza para la UPC - UPC diferenciada y definición de un Comité Autónomo en Salud (CAS): La propuesta se enfoca en que a sostenibilidad del sistema y la garantía efectiva del derecho a la salud requieren transitar de una **UPC inercial hacia una UPC diferenciada y prospectiva**, cuya arquitectura técnica sea definida por un Comité Autónomo en Salud (CAS) que produzca conceptos de carácter vinculante.

Avanzar hacia una **UPC diferenciada** se hace entendiendo que tiene unos ajustadores de riesgo ex ante para su definición técnica, pero que no deben ser simples agregadores de personas sino caracterizadores de la población desde un enfoque epidemiológico.. Las zonas (ciudad, rural, dispersa o alejada), sexo y edad hoy en día no representan la complejidad del territorio, las capacidades en la prestación del servicio o el perfil epidemiológico de la población. Adicionalmente, vamos a sumar unos **ajustadores ex post** que premien premiar calidad y la mejora de indicadores en salud. Por ejemplo, las EPSs que entreguen de forma oportuna los medicamentos a través de una mejor gestión vamos a premiarlas y deberían recibir una prima adicional. **Vamos a solucionar la crisis de desabastecimiento en 100 días porque los pacientes en Colombia no deben sufrir por su medicina.**



Al incentivar la caracterización temprana y reducir las asimetrías en población (se remunera la calidad, la atención y la caracterización de la población) se crea una herramienta realista de asignación de recursos.

Avanzar hacia una **UPC diferenciada**, ajustada por regiones, cohortes de pacientes y concentración del riesgo en ciertas poblaciones y patologías. Este enfoque:

- Reduce asimetrías.
- Incentiva la caracterización temprana.
- Mejora la asignación de recursos.
- Hace el sistema más sostenible y realista.

3.6 Hospitales padrinos y redes satélite urbano–rurales

Se creará un programa nacional de **hospitales padrinos**, donde centros de alta complejidad apadrinen hospitales y centros rurales mediante y a través de IA pueda promoverse la inclusión de herramientas en salud que generen mayor capacidad de diagnóstico y de manera más oportuna.

- Transferencia de capacidades diagnósticas.
- Telemedicina.
- Maletas de diagnóstico local.
- Inversión en conectividad y equipos.

El objetivo es resolver **hasta el 80 % de los casos en el territorio**, reducir traslados innecesarios y cerrar brechas de acceso.

4. Nuevas propuestas para sumar a un Plan Nacional en Salud (Por ajustar)

1. Contención del gasto . jueces especializados
2. Reconocimiento de falla estructural del sistema en términos de acceso a la salud en zonas rurales - deuda histórica
3. Incentivos a la inversión pública en operadores del sistema para promover la competencia, la presencia en zonas del país dispersas y que pueda operar como reguladores internos del sistema.
4. Red pública de atención mientras salvamos el sistema (Metrosalud en Medellín y Capital Bogotá).
5. Integración vertical bajo nuevas condiciones de contratación más equitativas.