

# PROGRAMA DE GOBIERNO EN SALUD ABELARDO DE LA ESPRIELLA PERÍODO 2026 - 2030

## Radiografía Estratégica del Sistema de Salud (corte a septiembre de 2025)

El sistema de salud colombiano alcanzó logros importantes en cobertura y atención en las últimas décadas, pero a partir del Gobierno Petro ha enfrentado una crisis sin precedentes. Colombia logró **cobertura de aseguramiento en salud del 99,56%** de la población en 2024, reflejando el éxito de la Ley 100 de 1993 en asegurar a la población. Sin embargo, persisten **brechas regionales**: hay *225 municipios* con coberturas inferiores al 67%, concentrados en zonas rurales de alta informalidad. Esto significa que en esas localidades remotas aún cerca de un tercio de la población carece de aseguramiento continuo, evidenciando inequidades de acceso. En cuanto a recursos, el gasto público en salud alcanzó **6,19% del PIB en 2024**, reflejando una caída de 0,06 puntos respecto a 2023, cuando el gasto fue del 6,25% del PIB, equivalente a USD \$ 535 per cápita. Si bien el financiamiento público creció tras la pandemia, sigue siendo insuficiente ante las necesidades actuales.

### Indicadores Clave del Sistema de Salud (2024–2025):

Indicador	Valor (último dato)	Fuente
Cobertura de afiliación al SGSSS	99,56% nacional; <i>225 municipios</i> por debajo de 67%	ASIS 2024 – MinSalud
Gasto público en salud (% PIB)	6,19% del PIB (2024)	MinHacienda/Datosmacro
Gasto público en salud per cápita	USD \$535 por habitante (2024)	MinHacienda/Datosmacro
Deuda (cartera) del sistema	\$20–27 billones de pesos vencidos (est. 2024)	Supersalud
Quejas de usuarios (PQR) 2024	1,4 millones (↑20% vs 2023; 91% por barreras de acceso)	Supersalud
Tutelas en salud (2024)	+25% vs año anterior (judicialización al alza)	Defensoría
Déficit técnico UPC 2025	~\$9,2 billones (solo se ajustó +5,36% vs ~17% requerido)	ACEMI / Corte Const.
Gasto de bolsillo en medicamentos	33% del gasto total en fármacos (2024, tendencia creciente)	ACEMI/SISMED

**Situación actual:** Según el documento Así Vamos en Salud, al tercer trimestre de 2025, las EPS acumulaban pérdidas operacionales por \$ **3.8 billones** y un patrimonio negativo ubicado en **11,3 billones**, manteniendo la tendencia del 2024, que para el mismo período reflejaba pérdidas por \$3,1 billones y un patrimonio agregado negativo de \$7,1 billones.

Según reportó la ACHC, la cartera vencida con hospitales, clínicas y proveedores se ubica en los **\$24 billones**, ahogando financieramente a la red y provocando retrasos en salarios e insumos.

El déficit económico y decadencia operativa, se traducen en un claro deterioro de la atención a niveles alarmantes, lo que ha generado una **CRISIS HUMANITARIA EN SALUD**, tal como se puede evidenciar en las cifras que se consolidan a continuación:

- **6 de cada 10 colombianos** (alrededor de **25 millones de usuarios** con corte a diciembre de 2.025), se encuentran afiliados a **EPS intervenidas** (NEPS, Savia, Asmet, Emssanar, Famisanar, Coosalud, SOS y Capresoca). La siniestralidad ha subido a números récord, como es el caso de NEPS que pasó del 95% en 2022 al 121% después de la intervención, y en Coosalud del 94% en 2022 al 115% en 2025. (Fuente: Informe PGN de diciembre 2025).
- **Más de 2 millones de quejas de pacientes ante Supersalud para 2.025**, de las cuales el **93% corresponden a barreras de acceso a servicios y tecnologías en salud (medicamentos)**. Hubo un incremento del **47%** entre el 2024 y 2.025. (Fuente: Informe Defensoría noviembre 2025).
- **Más de 314.000 tutelas en el 2.025**, representando un incremento del **19% con respecto al 2024**, siendo la causa principal de estas acciones la **NO entrega de medicamentos** de manera oportuna y la vulneración al acceso a **consultas especializadas, cirugías o tratamientos a tiempo**. (Fuente: Informe Defensoría noviembre 2025, Corte Constitucional y Rama Judicial)
- **2.436 pacientes fallecidos por enfermedades raras (huérfanas)**, como consecuencia de demoras en entrega de medicamentos, interrupciones en tratamientos y barreras de acceso evitables. Según la Federación de Enfermedades Raras (Fecoer), este saldo de muertes evitables, ha superado el registro histórico del año 2024, en donde murieron **2.268 colombianos** por este tipo de enfermedades. Según la misma fuente el 40% de estos decesos corresponde a afiliados de EPS intervenidas.
- **Millones de pacientes crónicos sin tratamiento continuo**: Los más vulnerables son aquellos con cáncer, enfermedad renal, diabetes, VIH, hipertensión, entre otras patologías de alto costo. El sistema tiene identificados más de **6,2 millones de hipertensos, 2,3 millones de diabéticos, 190.000 pacientes con VIH, 1,3 millones con enfermedad renal crónica y aproximadamente 450.000 pacientes**

**conviviendo con cáncer.** La Asociación Colombiana de Nefrología alertó sobre **3,5 millones de pacientes renales en situación crítica** ante la incertidumbre del sistema. Esto incluye **45.000 personas en diálisis y 8.000 trasplantados renales** que no pueden suspender sus tratamientos bajo ninguna circunstancia. En oncología, la situación es similar: la Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma reportó **471 barreras de acceso registradas en 2024** para pacientes con cáncer hematológico, un aumento de 49,5% respecto al año anterior. Se han documentado faltantes de analgésicos opioides y quimioterápicos en hospitales públicos y privados, llevando a que pacientes oncológicos recaigan y terminen en urgencias con complicaciones evitables. **Siete de cada diez mujeres con cáncer de mama en Colombia son diagnosticadas en fases avanzadas, en parte por demoras en citas y tratamiento - en promedio una mujer espera 87 días desde el diagnóstico hasta iniciar atención especializada,** un lapso inaceptable que empeora el pronóstico. En síntesis, la continuidad del tratamiento para enfermos crónicos se rompió: pacientes renales, oncológicos, cardiovasculares y de otras patologías han sufrido interrupciones de meses en sus terapias, con deterioro clínico acelerado. Las asociaciones médicas confirman que estos problemas se han intensificado en los últimos años debido al deterioro financiero del sistema, con giros tardíos de la UPC que **ocasionan suspensiones de 2, 3 y hasta 4 meses en los tratamientos. Cada interrupción implica progresión de la enfermedad y daño irreversible en la salud del paciente.** (Fuente: Informe ACEMI – noviembre 2025).

- **Desabastecimiento de medicamentos y tecnologías en salud:** De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, entre el **60% y el 80%** de los **pacientes en Colombia, no recibieron medicamentos o la entrega fue tardía.** a septiembre de 2025 se identificaron **584 referencias de medicamentos no entregados a pacientes que los requerían.** Entre ellos figuran fármacos básicos para diabetes, hipertensión, salud mental y epilepsia (Metformina, Valsartán, Insulina Glargina, Quetiapina, Ácido Valproico, Ácido Fólico). Estos seis medicamentos concentran buena parte del problema de desabastecimiento, afectando condiciones metabólicas, psiquiátricas, neurológicas y maternas. **Según voceros de las asociaciones de pacientes, a octubre de 2025, la entrega efectiva de medicinas (especialmente para enfermedades de alto costo), no alcanzaba el 50%.** Ante la no entrega por las EPS, el 61% de los pacientes tuvo que comprar los medicamentos de su bolsillo, generando un impacto económico severo en las familias, según datos de ANIF el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud subió al 16.8% en 2024, desde 14,2% en 2021. Los reclamos por falta de entrega de medicamentos se triplicaron: la Superintendencia recibió alrededor de 685.000 reclamos por

medicamentos en el último año, con un promedio de 1.600 quejas diarias por este tema.

En lo que hace a recursos necesarios para el funcionamiento del sistema de salud, es diáfano el **desfinanciamiento estructural**:

la Unidad de Pago por Capitación (UPC) –prima per cápita– inició el 2025 con un déficit técnico de \$9,2 billones, pues solo se incrementó 5,36% donde se requería un incremento del 17%.

Por su parte, el presupuesto asignado a tecnologías NO PBS (Presupuestos Máximos) para 2025 fue de apenas \$0,5 billones, muy por debajo de los \$2,3 billones ejecutados en 2024.

Como consecuencia de lo anterior, se presentaron rezagos preocupantes: Según AFIDRO, a septiembre de 2025 la cartera de sus afiliados asciende a **\$4,2 billones**, de los cuales el 35,3% corresponde a cartera vencida.

Solamente a octubre de 2024 el Estado adeudaba **\$2,5 billones** por servicios y medicamentos de alto costo no cubiertos por servicios y medicamentos de alto costo no cubiertos, ocasionando interrupciones en tratamientos de cáncer, enfermedades huérfanas, diálisis renal y otros servicios críticos.

**LA SITUACIÓN DESCRITA CUMPLE CON LOS CRITERIOS QUE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES UTILIZAN PARA DECLARAR UNA CRISIS HUMANITARIA EN SALUD.**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y estándares de la OCDE, cuatro dimensiones fundamentales deben garantizarse en un sistema de salud funcional: **(1)** acceso efectivo a servicios esenciales, **(2)** continuidad de los tratamientos, **(3)** disponibilidad de insumos médicos básicos, y **(4)** protección financiera que evite empobrecer a los pacientes.

**EN COLOMBIA, DURANTE 2022-2025, LOS CUATRO PILARES SE HAN VISTO GRAVEMENTE VULNERADOS, CONFIGURANDO UN ESCENARIO EQUIVALENTE AL DE UNA EMERGENCIA HUMANITARIA EN SALUD.**

En resumen, el sistema enfrenta una tormenta perfecta de **déficit financiero, ruptura de redes de prestación y desconfianza de la ciudadanía.**

No obstante, la gravedad problema, Colombia también cuenta con fortalezas para cimentar la recuperación: Un recurso humano calificado (aunque

distribuido inequitativamente), un sector privado y público con amplia experiencia, e institucionales solidas que garantizan el derecho a la salud.

La visión estratégica de este programa de gobierno, es aprovechar esas fortalezas para **pasar del modelo de atención reactivo y fragmentado hacia un modelo integrado, eficiente y transparente**, apoyado en tecnología de punta y rigor técnico.

**LA META ES RECUPERAR, REFORMAR Y FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD PARA 2030, DE MODO QUE COLOMBIA ALCANCE ESTÁNDARES DE CALIDAD COMPARABLES A LOS MEJORES DEL MUNDO.**

**PARA ESTE OBJETIVO SUPERIOR, TOMAREMOS LO MEJOR DE LA LEY 100 (COMPETENCIA REGULADA, PARTICIPACIÓN PRIVADA), Y DAREMOS NUEVAS HERRAMIENTAS A LAS ENTIDADES QUE EJECUTAN LAS FUNCIONES DEL ESTADO EN SALUD, CON CONTROLES ESTATALES ESTRICTOS ANTICORRUPCIÓN Y HERRAMIENTAS DE MONITOREO EN TIEMPO REAL DE COSTOS Y RESULTADOS (BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, BLOCKCHAIN, ENTRE OTRAS).**  
**TODO ELLO CON REALISMO FISCAL Y POLÍTICO, RECONOCIENDO LAS RESTRICCIONES PRESUPUESTALES Y LA NECESIDAD DE ACUERDOS AMPLIOS PARA LAS REFORMAS.**  
**LA RADIOGRAFÍA ACTUAL OBLIGA A ACTUAR CON URGENCIA, PERO DE MANERA PLANIFICADA: PRIMERO CONTENIENDO LA HEMORRAGIA FINANCIERA Y ASISTENCIAL, Y LUEGO EJECUTANDO CAMBIOS ESTRUCTURALES SOSTENIBLES.**

### **Diagnóstico de falencias y priorización de problemas**

A partir del panorama anterior, se identifican las siguientes *falencias críticas* del sistema de salud colombiano, que este plan prioriza resolver:

- 1. PÉRDIDA EN LA CONTINUIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN - PRIMERO LA GENTE:** De los 25 millones de pacientes pertenecientes a EPS intervenidas, entre 11 Y 13 MILLONES TIENEN ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS SIN ATENCIÓN, TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS INTERRUMPIDAS, Y DESABASTECIDOS DE SUS MEDICAMENTOS. Hay que proveer de nuevo los tratamientos, retomar terapias, y suministrar los medicamentos. Por ejemplo, el cierre de convenios de Nueva EPS dejó a pacientes oncológicos y renales sin atención en varios departamentos. Las urgencias de hospitales

públicas están desbordadas (ocupaciones >300% en grandes ciudades) atendiendo pacientes que no encuentran cupo en la red privada.

2. **DESFINANCIAMIENTO CRÓNICO Y DÉFICIT FINANCIERO:** La brecha entre el costo real de la atención y los recursos asignados ha crecido durante años. La UPC subestimada y presupuestos máximos insuficientes dejaron un **faltante acumulado entre 15-20 billones** que compromete la liquidez de EPS e IPS. El resultado es una siniestralidad financiera superior al 105% (las aseguradoras pagan más en servicios de lo que reciben) y un **sobreendeudamiento generalizado** que pone en riesgo la sostenibilidad del sistema. Esta es la causa raíz del colapso de varias EPS y la cesación de pagos a IPS.
3. **CARTERA HOSPITALARIA IMPAGADA Y RIESGO DE QUIEBRA EN LA RED DE PRESTADORES:** Los hospitales públicos y clínicas privadas arrastran deudas millonarias por servicios ya prestados (hasta 120 días de operación financiados con cartera). Muchos están al borde del cierre, con nóminas atrasadas por meses. La Asociación de Hospitales (ACHC) reporta recortes de personal, cierre de servicios y racionamiento de insumos para sobrevivir. Sin un rescate financiero, el **riesgo de insolvencia sistémica** es inminente.
4. **INEQUIDADES REGIONALES Y POBLACIONES DESATENDIDAS:** Persiste un marcado **desequilibrio territorial**. Departamentos periféricos como Chocó, Vaupés, Vichada, La Guajira, entre otros, exhiben peores indicadores de salud (mortalidad materna e infantil más alta, etc.) asociados a la falta de servicios básicos y personal médico. Mientras en ciudades principales hay, en promedio, 25 médicos por 10,000 habitantes, en regiones apartadas hay apenas de 5 a 10. La infraestructura también es dispar: hay municipios sin hospitales funcionales ni ambulancias. Esto se traduce en colombianos de “segunda clase” en términos de acceso a la salud. Además, cerca de la mitad del país (50,2% de la población) está en el régimen subsidiado, concentrándose en municipios más pobres, lo que refleja inequidades socioeconómicas subyacentes. Cerrar estas brechas es crucial para la equidad y legitimidad del sistema.
5. **TRABAS BUROCRÁTICAS, CORRUPCIÓN Y FALLA DE CONTROL:** Diversos procesos internos del sistema añaden barreras artificiales. Los pacientes enfrentan **trámites engorrosos** como autorizaciones repetitivas, renovación mensual de medicamentos crónicos, o restricciones para obtener servicios fuera de su EPS, violando el principio de acceso oportuno. Al mismo tiempo, se han evidenciado casos de **corrupción y fraude** que drenan recursos (facturación de servicios no prestados, sobrecostos en contratos, carteles de insumos). La

**Superintendencia Nacional de Salud**, aunque ha intervenido varias EPS, requiere mayor capacidad técnica y tecnológica para detectar irregularidades en tiempo real. Los sistemas de información fragmentados dificultan el seguimiento, permitiendo la opacidad sin detección temprana. Esta falencia erosiona la eficiencia: la OMS estima que entre *20% y 40% del gasto en salud puede ser ineficiente* o desperdiciado. Combatir la corrupción y modernizar la supervisión es imperativo para recuperar cada peso posible y reinvertirlo en la atención.

6. **DESGASTE DEL TALENTO HUMANO EN SALUD:** El personal médico, de enfermería y demás profesionales se ha visto golpeado por las condiciones adversas. Muchos llevan meses sin salario en hospitales públicos en crisis, otros trabajan bajo contratos precarios por años. Tras la pandemia, hay **fatiga y migración** de talento (especialistas buscando mejores oportunidades en el exterior). Según encuestas (ANDI e Invamer), en el 76.7% de los médicos ha cundido la *“decepción, pesimismo y apatía”* entre los trabajadores de la salud. Sin su compromiso y bienestar, cualquier reforma fracasa. Urge dignificar al talento humano con pagos oportunos, estabilidad laboral y programas de bienestar, especialmente en zonas apartadas donde es más difícil atraer profesionales.
7. **LEGITIMIDAD Y CONFIANZA EN EL SISTEMA EN MÍNIMOS HISTÓRICOS:** Producto de todo lo anterior, la ciudadanía ha perdido confianza en el sistema de salud. La encuesta reciente de Invamer revela que el 83% de los colombianos reportó al menos un obstáculo para acceder a servicios, mientras que el 76% de los ciudadanos no quiere que los recursos de la salud sean administrados solo por entidades públicas. Se han presentado protestas de pacientes (ej. asociaciones de pacientes con enfermedades huérfanas declarando “emergencia nacional” por falta de medicamentos). El fallido intento de reforma gubernamental en 2023, con alta polarización, dejó además un sinsabor y **vacío de rumbo**. Esta crisis de confianza es una falencia intangible pero crucial: sin apoyo ciudadano y de actores del sector, las soluciones no tendrán la legitimidad para perdurar. Es imprescindible reconstruir una **narrativa de esperanza y transparencia**, mostrando resultados tempranos que demuestren que “sí es posible” mejorar.
8. **FRAGMENTACIÓN DEL ENFOQUE PREDICTIVO, PREVENTIVO Y AUSENCIA DE GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR:** Aunque el sistema de salud colombiano ha incorporado normativamente la Atención Primaria en Salud y la gestión integral del riesgo (Ley 1438 de 2011), su operación continúa centrada en el afiliado individual y no en el hogar como unidad efectiva de riesgo sanitario. No existe reconocimiento jurídico del hogar dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que

impide una gestión predictiva y preventiva coordinada cuando en una misma vivienda conviven afiliados a distintas EPS. Esta fragmentación limita la intervención integral frente a enfermedades crónicas no transmisibles y condiciones de alto costo, cuyos determinantes y consecuencias son compartidos intrafamiliarmente. El modelo actual mantiene un enfoque predominantemente reactivo, interviniendo cuando la enfermedad ya se ha establecido, sin abordar de manera estructural la transmisión intergeneracional del riesgo ni el impacto económico y social que la enfermedad genera sobre las familias. Esta falencia estructural contribuye al aumento de hospitalizaciones evitables, mayor presión sobre la UPC y deterioro de la sostenibilidad financiera del sistema.

**NUESTRA PRIORIDAD:** Superar las falencias asistenciales y financieras (1 a 3), que **son de atención inmediata en los primeros 90 días**, pues amenazan la vida de pacientes y la estabilidad del sistema.

En paralelo, las inequidades regionales, la crisis del talento humano y las debilidades institucionales (4 a 6) requieren intervenciones que inician desde el día uno, pero cuyos resultados se verán a mediano plazo, consolidándose durante el cuatrienio.

Finalmente, la recuperación de la confianza (7), y el cambio de enfoque (8), serán resultado transversal de lograr avances tangibles en las otras áreas, combinado con una estrategia comunicacional efectiva.

Este diagnóstico guía la formulación de propuestas técnicas en **tres fases**: un **plan de choque en 90 días** para frenar el colapso, **acciones de corto y mediano plazo (día 101 a 500)** para consolidar las mejoras y realizar ajustes de fondo, y **proyectos de largo plazo (resto del mandato)** para transformar estructuralmente el sistema asegurando su sostenibilidad y excelencia hacia 2030.

## **Propuestas Técnicas por Fase y Eje Temático**

El programa de gobierno en salud está estructurado en **tres fases temporales**, dentro de los cuales se implementan **siete ejes estratégicos**. Cada eje temático aborda un frente crítico de la reforma.

La **Fase 1 (primeros 90 días)** se implementará un plan de choque con medidas inmediatas de alto impacto.

La **Fase 2 (días 101 a 500)** profundizará con acciones de corto y mediano plazo, incluyendo ajustes normativos, institucionales y financieros que requieran más tiempo o debate.

En la **Fase 3 (resto del periodo)** se desarrollarán las transformaciones estructurales de largo aliento, como nuevas infraestructuras, sistemas tecnológicos integrales y esquemas permanentes de gobernanza. Cada propuesta se sustenta en las facultades legales vigentes o en cambios viables políticamente, y establece **metas concretas e indicadores** para evaluar el progreso.

Cada eje contiene un diagnóstico sucinto de la problemática, un conjunto de medidas inmediatas viables dentro del marco normativo vigente, los instrumentos jurídicos o presupuestales para implementarlas, las entidades responsables sugeridas, indicadores de impacto esperados y los principales riesgos o condicionantes de éxito.

**Todas las acciones se basan en las facultades actuales de la rama ejecutiva (decretos, resoluciones ministeriales, reorientación presupuestal, convenios interinstitucionales y demás actos administrativos), evitando reformas legales que retrasarían su ejecución. El plan se sustenta en cifras oficiales, análisis técnicos (Ministerio de Salud, ADRES, Supersalud, DNP) y en insumos propios elaborados por el equipo programático en salud de la campaña, como el Informe sobre el desfase financiero de la UPC y Presupuestos Máximos (corte a diciembre 2025), estudios de ACEMI, ACHC, SISMED, ASIS 2024, propuestas de AFIDRO y PROESA, Informe del Tanque de Pensamiento “Así Vamos en Salud” y evaluaciones actuariales independientes.**

El objetivo es lograr **victorias tempranas** que establezcan el sistema, restablezcan la confianza de la ciudadanía y de los actores sectoriales, y sienten las bases de una reforma sanitaria de fondo con rigor técnico, realismo fiscal y sensibilidad social.

## **Fase 1: PLAN DE SALVAMENTO – 90 Días de gobierno**

### **I. EJE 1 - SANEAMIENTO FINANCIERO Y LIQUIDEZ AL SISTEMA**

- **Inyección inmediata de liquidez:** Expedición de un **CONPES extraordinario**, y posterior **CONFIS**, y decreto de **vigencias futuras excepcionales** para destinar recursos hasta por \$ 10 billones de pesos, bajo la siguiente distribución:

<b>Componente</b>	<b>Monto</b>	<b>Justificación</b>
Pago de nóminas atrasadas y deudas a	<b>\$4,0</b> billones	Cubrir salarios atrasados de personal de salud y abonar cartera vencida a hospitales,

<b>Componente</b>	<b>Monto</b>	<b>Justificación</b>
IPS (red pública privada y zonas críticas)		priorizando 315 hospitales públicos en riesgo fiscal y regiones con colapso de servicios. Al menos la mitad de esta suma se destinaría a la red pública (ESE), que acumuló deuda por servicios de \$14,6 billones en 2024 (más de 50% con más de 360 días de mora). Esto aliviaría en un 27% la cartera vencida pública, y garantizar la operación continua de instituciones en crisis y pago de varios meses de salarios pendientes (en algunos casos, hasta con 4 meses atrasados).
Suministro de medicamentos represados y tratamientos interrumpidos	\$1,5 billones	Saldar deudas urgentes con proveedores de medicamentos y financiar la reposición inmediata de insumos para tratamientos críticos que fueron suspendidos por falta de pago. Con estos recursos se pagarían cuentas represadas (Aprox. \$1,4 billones, equivalente a lo facturado no cubierto en 2024) y se establecerían compras estratégicas de emergencia (vía OPS/OMS o mecanismos expedidos por INVIMA) para restablecer inventarios de fármacos oncológicos, antirretrovirales, insulinas y otros insumos vitales.
Atención a pacientes con enfermedades catastróficas y crónicas represados	\$1,5 billones	Financiar un plan de choque para atender la represa de pacientes con condiciones de alto costo: cáncer, enfermedad renal crónica (diálisis), VIH/SIDA, enfermedades huérfanas, y crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, EPOC, etc.) cuyos tratamientos fueron interrumpidos. Se priorizará garantizar la continuidad inmediata de quimioterapias, radioterapias, diálisis, cirugías y entrega de medicamentos especiales. Criterio clínico: casos con riesgo vital o progresión acelerada tienen prelación. Con estos recursos se espera atender a decenas de miles de pacientes hoy en lista de espera, evitando desenlaces fatales y reduciendo la avalancha de tutelas por falta de atención (219.000 tutelas en 2024,

Componente	Monto	Justificación
Restauración parcial del flujo financiero (UPC y presupuestos máximos)	<b>\$2,5</b> billones	<p>muchas relativas a cáncer y medicamentos no entregados).</p> <p>inyectar liquidez directa al sistema para normalizar parcialmente los flujos de Unidad de Pago por Capitación (UPC) y cubrir rezagos en Presupuestos Máximos (tecnologías NO PBS de alto costo). Este monto permitiría: (a) aumentar transitoriamente la UPC girada a EPS en lo que resta del año (mejorando su liquidez para pagar servicios); y (b) pagar de inmediato los recobros acumulados o pendientes auditados por ADRES por encima de los presupuestos máximos asignados. ACEMI advirtió que la UPC de 2024 estuvo subestimada, generando un déficit de hasta \$5,9 billones en el sistema. Con estos recursos, se pretende un alivio que reduzca cerca del 40% de ese déficit, dando oxígeno a EPS y prestadores mientras se concretan reformas. Nota: Este giro extraordinario se haría vía ADRES directamente a prestadores ó mediante anticipo de UPC a las EPS.</p>
Intervenciones institucionales inmediatas (INVIMA, ADRES, Supersalud)	<b>\$0,5</b> billones	<p>Fortalecer estas entidades clave para “destrabar trámites, garantizar abastecimiento y trazabilidad” de los recursos. Incluye: INVIMA – contratar más talento humano y extender horarios para acelerar registros e importaciones de medicamentos críticos (resolviendo cuellos de botella en disponibilidad); ADRES – robustecer sus sistemas de información y auditoría para monitoreo en tiempo real de giros y uso de fondos, y crear unidades especiales que agilicen pagos auditados a IPS; Supersalud – financiar intervenciones y vigilancia especial en las EPS más críticas, y desplegar equipos en territorios para asegurar que hospitales en riesgo reciban los recursos y quejas de usuarios sean atendidas prontamente. Además, se implementará la</p>

Componente	Monto	Justificación
		publicación periódica de informes de trazabilidad del dinero.

---

Fuentes: Informe “Así vamos en Salud” – Septiembre 2025 – Informes Min salud  
- Notas de Prensa El Tiempo.

- Implementar un salvamento de esta magnitud en 90 días exigirá usar mecanismos administrativos expeditos y asegurar máxima transparencia. Para ello se expedirán Decretos ejecutivos de adición y traslados presupuestales, a efectos de redirigir apropiaciones subutilizadas en otros sectores hacia las líneas aquí priorizadas (esto sin requerir ley nueva, amparado en facultades de la Ley Orgánica de Presupuesto para ajustes entre secciones con aval del CONFIS). Por ejemplo, inversión no comprometida en algunos proyectos de infraestructura o defensa podría trasladarse temporalmente a salud.
- **Se elaborará un cronograma público de pagos** a 90 días, con base en el presupuesto iniciando por abonar no menos del 30% de la deuda vencida a hospitales y clínicas públicas y privadas. Esta medida –en línea con lo solicitado por los entes territoriales[16]– reducirá la cartera hospitalaria en al menos \$5 billones en el corto plazo.
- **Pago anticipado de UPC a EPS y Giros directos y trazables a prestadores:** Adoptar, vía resolución de Minsalud/ADRES, un **esquema de anticipo mensual** del valor de la UPC a las EPS con buen comportamiento y de los presupuestos máximos estimados, para que dispongan de liquidez oportuna cada mes. La Corte Constitucional ya ordenó que a partir de 2025 los pagos de presupuestos máximos se hagan dentro de los **15 primeros días de cada mes**, por lo que el gobierno de ADLE extenderá este principio a los giros de UPC, de modo que las EPS reciban los recursos a inicio de mes y no a mes vencido, mejorando su flujo de caja y el de sus redes contratadas.
- **Fondo transitorio de saneamiento de deudas:** Creación por decreto de un **Fondo de Saneamiento Financiero en Salud**, administrado por ADRES, que absorba pasivos auditados acumulados (por ejemplo, mediante la emisión de **títulos de pago negociables** o **bonos de impacto social** respaldados por la Nación). Este fondo permitirá cancelar deudas históricas reconocidas (p. ej. cuentas no POS del antiguo Fosyga, fallos judiciales y glosas conciliadas) por una sola vez, aliviando balances tanto de EPS como de IPS. Se capitalizará con recursos del servicio de deuda pública destinados hacia el sector salud.

- **Depuración y auditoría integral de cuentas por pagar:** En paralelo al pago de obligaciones, se conformará una **mesa técnica de depuración** (Minsalud, Supersalud, ADRES, Contraloría, gremios) para auditar las cuentas pendientes (22 millones de facturas en el caso de Nueva EPS, entre otros). En 60 días debe presentar un **informe público del estado de la deuda** (obligaciones ciertas, litigios, provisiones) para focalizar eventuales pagos adicionales y evitar reconocer sumas no debidas.
- **Acuerdos de recuperación con EPS intervenidas:** En el caso de EPS públicas o intervenidas con alto pasivo (Nueva EPS, Savia Salud, etc.), sus acreencias saneadas mediante el Fondo se convertirán en **obligaciones con cargo a futuros excedentes** de las mismas entidades. Es decir, se estructura un plan de recuperación financiera donde el Estado alivia el pasivo inmediato pero la EPS asume compromisos de eficiencia a mediano plazo, so pena de liquidación si reincide en insolvencia. Esto jurídicamente se instrumentará vía **convenios de desempeño financiero** supervisados por Supersalud.

## II. EJE 2 - ESTABILIZACIÓN Y REAJUSTE DE LA UPC Y PRESUPUESTOS MÁXIMOS

- **Instalación de la Mesa Técnica Nacional de UPC:** Con apego a lo establecido por la Corte Constitucional, se formalizará por decreto la **Mesa de trabajo para la suficiencia de la UPC**, con participación de Minsalud, Min Hacienda, ADRES, Supersalud, EPS de ambos regímenes, representantes de IPS, academia (actuarios) y asociaciones de pacientes.

Esta mesa, que se instalará en la primera semana, tendrá 60 días para producir un **nuevo estudio de suficiencia** que sirva de base para recalcular la UPC vigente, bajo estrictos criterios técnicos.

Entre sus tareas deberá: definir parámetros mínimos de reajuste (ej. incorporar inflación real en salud, crecimiento del riesgo por envejecimiento poblacional, carga de enfermedad crónica, variaciones regionales y desempeño en salud, entre otros parámetros). También se pactarán con los diferentes actores del sector, los **históricos faltantes**: número de afiliados compensados, copagos efectivos, gasto en alto costo, etc., a efectos de cuantificar la brecha acumulada 2021-2023 y proponer un plan de compensación escalonado.

- **Reajuste extraordinario de la UPC 2026 (mes 6):** Con base en las conclusiones de la Mesa Técnica, el Gobierno emitirá una **resolución de reajuste de la UPC para el segundo semestre de 2026**. Dado que el presupuesto 2026 inició desfinanciado, se planteará un incremento porcentual adicional, para aproximarla a la suficiencia.

Este aumento extemporáneo se financiará con recursos convalidados por el Ministerio de Hacienda (posiblemente vía una **adición presupuestal** aprobada por el CONFIS o decreto de emergencia económica si fuere necesario). Aunque usualmente la UPC se fija anualmente, la normatividad permite ajustes cuando medien orden judicial o riesgo en la atención (amparado en los principios de integralidad del derecho a la salud).

- **Metodología Pública transparente y auditable:** Se publicará un **Documento Técnico de Cálculo de UPC** unificado, que establecerá la metodología actualizada. Incluirá: uso completo de datos de los dos regímenes (no solo información del contributivo, como criticó la industria), integración de bases de datos de demanda real (RIPS, SISPRO), consideraciones de suficiencia para gastos administrativos y margen de las EPS, y un esquema de **ajuste de riesgo** más robusto (edad, sexo, territorialidad, condiciones de salud).

La mesa técnica definirá estos criterios y el Ministerio los adopta por resolución, garantizando que la fórmula de UPC sea **comprensible, trazable y consultable públicamente** (p.ej. publicando los modelos actuariales empleados).

- **Fondo compensatorio para rezagos de UPC:** Mientras la UPC alcanza su nivel adecuado, se implementará un **mecanismo de ajuste ex post**. Por decreto, se creará un **Fondo de Compensación por Suficiencia** dentro de ADRES que, al cierre de cada año, calcule la diferencia entre el valor per cápita girado y el costo real observado de la atención, para transferir recursos adicionales a las EPS que registren déficits causados por factores no controlables. Este fondo, inspirado en esquemas de stop-loss, se nutrirá de recursos presupuestales; su activación en 2026 ya sería un alivio a EPS con siniestralidad extrema por casos atípicos.
- **Ajuste y descongelamiento de Presupuestos Máximos:** De inmediato (en 15 días) el Ministerio de Salud emitirá una nueva **resolución de Presupuestos Máximos 2026**, que corrija la subvaloración inicial.

Mientras se realiza el cálculo definitivo semestral, se **aumentará provisionalmente** el monto asignado para julio-diciembre 2026 a un nivel acorde con la ejecución histórica. Esto requerirá gestión con el Ministerio de Hacienda para ampliar el techo de gasto en salud del año en curso (posiblemente mediante **créditos extraordinarios** o recursos de fondos de emergencia). Adicionalmente, se modularán los **parámetros de**

**asignación:** la nueva metodología anual de presupuestos máximos, alineada con la Res. 067, considerará información actualizada de MIPRES, ajustes por aumento de demanda y resultados de auditorías ADRES pendientes.

- **Asignación mensual y seguimiento de presupuestos máximos:** En concordancia con el mandato de la Corte, los **pagos por presupuestos máximos se harán mensualmente**. ADRES, mediante acto administrativo, establecerá un procedimiento para reconocer cada mes a las EPS el valor de las tecnologías no PBS efectivamente suministradas el mes anterior (según reportes MIPRES y validación electrónica de facturas). Esto elimina el rezago de acumulación trimestral o anual que llevó a deudas millonarias. También se fortalecerá el seguimiento: la Supersalud y Minsalud crearán un **tablero de control público** donde se visualicen los montos de presupuestos máximos causados, girados y auditados por entidad, garantizando trazabilidad y alertando tempranamente si alguna EPS agota su asignación.
- **Revisión integral del plan de beneficios (PBS):** Como complemento estructural, el Ministerio convocará (dentro de los 90 días) la **Comisión de Beneficios en Salud** –con participación de expertos clínicos, economistas de salud, IETS (Instituto de evaluación tecnológica en salud), Cuenta de Alto Costo y representantes ciudadanos– para analizar si ciertas tecnologías de altísimo costo, hoy por fuera de UPC, deban **incorporarse plenamente al PBS** financiado por la UPC. La intención es que, a mediano plazo, los **presupuestos máximos se tornen irrelevantes**, integrando la mayoría de servicios al aseguramiento regular, salvo quizá un pequeño listado de excepciones. Durante los primeros meses, esta comisión identificará qué coberturas adicionales (ej. nuevos medicamentos oncológicos de eficacia comprobada) podrían trasladarse a la UPC 2026, con la respectiva estimación financiera. Ello permitiría simplificar el sistema de flujo de fondos a futuro.

### III. EJE 3 - FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y LA RED PRESTADORA

- **Plan de choque de continuidad asistencial:** Garantizado el flujo de recursos, en la primera semana, se expedirá una **Circular Externa de Supersalud** ordenando a todas las EPS garantizar la continuidad de tratamientos críticos (cáncer, VIH, diálisis, trasplantes, salud mental) so pena de intervención inmediata.

Se establecerá que, si una EPS no tiene red contratada para cierto servicio, **deberá asegurar la atención de sus afiliados con prestadores alternos seleccionados por la autoridad sanitaria**.

Para ello, se activará un protocolo de **referencia y contrarreferencia especial**, mediante la modalidad de “PADRINAZGO”, entre clínicas privadas de Cuarto Nivel de Atención en las ciudades capitales, y los hospitales públicos en las regiones apartadas, se asignarán temporalmente pacientes y facturarán esos servicios directamente a ADRES para su descuento posterior a la EPS responsable. Esta medida asegura que ningún paciente crónico, oncológico o renal quede sin atención por la caída de una red.

- **Reforzamiento de la red pública y hospitales en riesgo:** Inyectados los recursos del **rescate temporal** a hospitales públicos estratégicos, asumirán la obligación de atender a **todos los pacientes** que lleguen, independientemente de la EPS, mientras se reestablecen las redes. Se priorizarán instituciones insignia en regiones críticas, que aseguren que ningún departamento quede sin un hospital operativo al 100%.
- **Reconformación de redes en territorios afectados:** En 60 días, el Ministerio liderará mesas de trabajo en regiones donde EPS grandes fueron liquidadas o intervenidas (Antioquia tras Savia Salud, suroccidente tras Emssanar, Caribe tras Coomeva, etc.). Se diseñará una “**red de emergencia**” por departamento: listados de IPS habilitadas dispuestas a asumir pacientes de EPS con red caída, con contratos marco simplificados. Con apoyo de la Superintendencia, se gestionará que EPS sanas extiendan su red a esos prestadores. Adicionalmente, se implementará un **mecanismo de asignación transitoria de pacientes**: si una EPS pierde su red en cierto municipio, la Supersalud podrá **trasladar temporalmente** a sus afiliados a otra EPS que sí tenga red allí (similar a lo previsto en liquidaciones, pero de forma ágil y preventiva), bajo las atribuciones del art. 113 de la Ley 1438 de 2011 para reubicar afiliados cuando se amenace su atención.
- **Fortalecer capacidad resolutive en atención primaria:** Como medida inmediata, el Ministerio emitirá una directriz para que las IPS de primer nivel extiendan horarios de atención y refuercen su dotación básica con apoyo de las entidades territoriales. Se lanzará en 90 días el programa “**Cero filas en Atención Primaria**”, bajo el incentivo que los centros de salud públicos abran consultas noches y fines de semana en zonas urbanas densas, para absorber demanda reprimida de consulta general y así descongestionar urgencias. Este programa se apoyará en contratación temporal de médicos y enfermeras (posiblemente utilizando recién egresados en servicio social obligatorio, con pago extra).
- **Acompañamiento militar-logístico en zonas aisladas:** En territorios con dificultades de acceso geográfico (Amazonas, Vaupés, Chocó), se

coordinará con las Fuerzas Militares y la Unidad de Gestión del Riesgo la activación de **puentes aéreos sanitarios**. Durante los 90 días, al menos **20 evacuaciones aeromédicas** de pacientes en estado crítico se realizarán desde comunidades apartadas que no puedan ser atendidas localmente. Así mismo, se aprovechará la logística militar para distribuir medicamentos e insumos a puestos de salud remotos que reporten desabastecimiento. Esto garantiza cierta continuidad incluso donde la red es débil o inexistente, hasta implementar soluciones permanentes.

- **Reapertura de servicios críticos cerrados:** Identificar servicios clave que fueron cerrados por crisis financiera (ej. maternidades, servicios pediátricos, quirófanos en algunos hospitales) e impulsar su reapertura con ayuda estatal. Por ejemplo, en municipios donde se cerró el único servicio de maternidad, el Ministerio enviará equipos itinerantes (brigadas) de gineco-obstetricia semanalmente mientras se provee financiación para reabrir la sala de parto local.

Cada departamento entregará en 30 días un **inventario de servicios cerrados**, y con ese diagnóstico, se priorizarán al menos 5 servicios reactivados en el país, ya sea mediante asignación de recursos de inversión o convenios público-privados de operación.

- **Campaña nacional de recuperación de la confianza del paciente:** El Ministerio lanzará en medios una campaña informando a la ciudadanía sobre las acciones del plan de choque (pagos realizados, nuevos puntos de atención habilitados, etc.), a través de la cual se inste a los usuarios a retomar controles y tratamientos suspendidos.

Además, se fortalecerán canales de atención al usuario para ubicar servicios disponibles en caso de que su IPS de siempre no esté operando. Esto en coordinación con la Defensoría del Pueblo, cuyo informe reciente muestra el incremento de quejas por barreras de acceso.

La campaña buscará que los pacientes conozcan sus rutas de atención de contingencia y así no abandonen tratamientos por falta de información.

El Ministerio de Salud y Protección Social designará un Gerente Nacional de Plan de Choque, con dedicación exclusiva y metas verificables, responsable de coordinar la intervención inmediata para superar las barreras de acceso, garantizar la entrega oportuna de medicamentos y restablecer la continuidad de la atención. Este gerente actuará con enfoque territorial, articulación interinstitucional y rendición pública de resultados.

#### IV. EJE 4 - TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL, REGULATORIA Y TECNOLÓGICA

Las experiencias recientes del INVIMA evidencian un patrón de estancamiento que trasciende administraciones y enfoques ideológicos. Tanto la gestión enfocada en competitividad y digitalización como aquella centrada en soberanía sanitaria y acceso a genéricos partieron de diagnósticos distintos, pero implementaron líneas de acción similares: evacuación de represamientos, digitalización de procesos y fortalecimiento de vigilancia. Sin embargo, los resultados estructurales no han variado sustancialmente.

Sin una reforma administrativa de fondo, cualquier director enfrentará la misma carga estructural. La creación de nuevas gerencias o instancias de transformación no constituye en sí misma una solución si no se acompaña de autoridad normativa efectiva, respaldo político integral y alineación operativa de todas las instancias técnicas.

- **Modernización acelerada del INVIMA:** Dado el cuello de botella crítico, se adoptará un **plan de choque para el INVIMA**, en los siguientes aspectos:
  - a. **Reforma administrativa inicial y hoja de ruta hacia la autonomía del INVIMA**

Durante los primeros 90 días se iniciará la reforma administrativa del INVIMA, mediante:

- El nombramiento de una gerencia de transformación institucional.
- Todas las previsiones para lograr que no haya disociación entre la visión y ejecución de la dirección de la institución y todas sus instancias técnicas.
- Conferir a la gerencia o dirección no sólo toda la autoridad del marco normativo necesario, sino también todo el apoyo político para ejecutar sin restricciones los profundos cambios requeridos.
- La reconfiguración de instancias técnicas clave, como la Comisión Revisora de Productos Farmacéuticos, incorporando expertos clínicos y académicos independientes.
- La presentación ante el Congreso de la República de un proyecto de ley para otorgar autonomía técnica, administrativa y financiera al INVIMA.

**b. Enfoque en resultados y rendición de cuentas**

Estas medidas estarán acompañadas de indicadores públicos de desempeño, incluyendo tiempos de trámite, número de expedientes resueltos, reducción del represamiento y fortalecimiento de la farmacovigilancia.

El objetivo es que el INVIMA deje de medirse por el cumplimiento formal de procedimientos y pase a evaluarse por resultados reales en acceso, oportunidad y protección de la salud pública.

**c. Fortalecimiento financiero y ejecución plena de ingresos propios**

Los ministerios de Salud y de Hacienda, adoptarán medidas presupuestales y administrativas, para garantizar la apropiación y ejecución plena de los ingresos propios del INVIMA provenientes de tasas y derechos sanitarios durante la vigencia 2026.

Este ajuste permitirá que los recursos que genera la propia actividad regulatoria se destinen efectivamente a fortalecer la capacidad técnica, operativa y tecnológica de la entidad, superando las restricciones históricas de ejecución que han limitado su desempeño.

**d. Actualización técnica de tarifas con compromisos de desempeño**

Se adelantará una actualización técnica de las tarifas de los trámites sanitarios, basada en estudios de costos reales y recuperación eficiente del servicio, bajo garantías de legalidad y proporcionalidad.

Este ajuste estará condicionado a compromisos explícitos de mejora del servicio, incluyendo reducción de tiempos de respuesta, trazabilidad de los trámites y publicación periódica de indicadores de desempeño regulatorio.

**e. Plan extraordinario para superar el represamiento actual**

Se implementará plan de choque para resolver el represamiento de trámites, mediante la habilitación excepcional del INVIMA para contratar, por un periodo limitado, personal técnico especializado de apoyo (evaluadores, revisores y analistas), con el objetivo de evacuar de manera prioritaria los trámites acumulados, especialmente

aquellos relacionados con medicamentos vitales, innovaciones terapéuticas y tecnologías de alto impacto en salud pública.

**f. Digitalización y trazabilidad total de los trámites regulatorios**

Se pondrá en marcha una ventanilla única digital del INVIMA, que garantice:

- Radicación 100% en línea de los trámites.
- Seguimiento en tiempo real del estado de cada solicitud.
- Fechas estimadas de decisión.
- Eliminación progresiva de procesos en papel.
- Publicación de tableros de control con tiempos y cargas regulatorias.

Esta digitalización se desarrollará por fases, priorizando la trazabilidad y la transparencia como herramientas de control y eficiencia.

**g. Adopción del reconocimiento regulatorio internacional (reliance)**

Mediante acto administrativo, Colombia sentará las bases para la adopción racional del concepto reliance de manera explícita, y evaluará la conveniencia de la aplicación en el país de normas como el reconocimiento expedito de registros y autorizaciones emitidas por agencias regulatorias de alta vigilancia internacional, tales como la FDA, la EMA y otras agencias de referencia.

Este mecanismo permitirá reducir la duplicación innecesaria de evaluaciones, acelerar el acceso a medicamentos y tecnologías seguras y eficaces, y concentrar la capacidad técnica del INVIMA en funciones estratégicas como la farmacovigilancia, el control post-comercialización y la gestión de riesgos.

- **Fortalecimiento de la Supersalud:** Dentro del CONPES que se elabore en materia de salud, se incluirán **políticas** para el **fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control en salud.**

Este documento dotará a la Superintendencia de más herramientas tecnológicas (Sistema de analítica de datos, block chain e Inteligencia artificial, entre otros), para detectar patrones de negación de servicios o

fraudes) y propondrá ampliar su planta con perfiles técnicos (actuarios, auditores médicos).

Desde un punto de vista operativo, la Supersalud creará una **unidad élite de control** que, durante el plan de choque, se enfoque en monitorear el cumplimiento de las medidas de los ejes 1-3 en tiempo real, visitando EPS e IPS focalizadas.

Adicionalmente, para robustecer la gobernanza sectorial, el Gobierno promoverá la suscripción de un **“Pacto por la Calidad y la Transparencia”** con el sector salud: un acuerdo voluntario con EPS, IPS y entes territoriales para informar transparentemente sus indicadores (listados de espera, pagos realizados, etc.), el cual la Supersalud publicará periódicamente para escrutinio público.

- **Gobernanza de datos integrada (Salud digital):** Se pondrá en marcha la **Plataforma Unificada de Información en Salud**. Mediante resolución ministerial, se requerirá a EPS y IPS reportar de manera estandarizada a la **Bodega de Datos SISPRO** un conjunto mínimo de datos en tiempo casi real: autorizaciones, facturación electrónica, entrega de medicamentos, quejas recibidas. Se integrarán los módulos hoy dispares: MIPRES (prescripciones), se cruzará con **factura electrónica** una vez implementada, validando que lo ordenado se facture y se pague; RIPS (registros de atenciones) se actualizará para incluir campos de resultados en salud. En 100 días el objetivo es consolidar un **Tablero de Control del Sistema** con los indicadores clave alimentados automáticamente.

Este tablero (que estará disponible públicamente vía web) mostrará aspectos como: siniestralidad por EPS mensual, PQR por cada 10.000 afiliados, tiempo promedio de pago a IPS, etc. La transparencia de datos ejercerá presión positiva sobre los actores.

- **Analítica y alertas tempranas con IA:** Aprovechando adelantos tecnológicos, el Ministerio conformará un **Laboratorio de Analítica e Inteligencia Artificial en Salud** (En alianza con universidades). En 90 días se desarrollará una prueba de concepto de algoritmos que analicen los datos integrados para detectar anomalías, **alertas de potenciales casos de corrupción o fraude** (si un prestador factura volúmenes anómalos de un procedimiento, si una EPS tiene un pico inusual de recobros), o **alertas sanitarias** (brotes de enfermedad identificados por aumento en atenciones de ciertos diagnósticos).
- **Reactivación del liderazgo sectorial y cooperación interinstitucional:** Se trabajará de la mano con el Congreso en esta

etapa inicial para intercambiar propuestas (aunque no se busque ley de inmediato, es importante alinear entendimientos con la nueva Comisión Séptima para eventuales reformas posteriores), y se restablezca la **confianza regulatoria**. Esto implica que las decisiones de MinSalud y agencias sean técnicas y dialogadas. En este período, el Gobierno se abstendrá de cambios bruscos unilaterales (salvo emergencias), enviando mensaje de estabilidad de reglas. Todo lo anterior reforzará la institucionalidad necesaria para soportar el cambio sin sobresaltos.

## V. EJE 5 - ALIVIO A PACIENTES Y MEJORA DEL ACCESO A MEDICAMENTOS

- **Cero pacientes sin medicamentos formulados:** Se lanzará la estrategia “**Medicamento en Casa**”, en la que todo medicamento que fue formulado y esté cubierto (ya sea por PBS o presupuesto máximo) deberá ser entregado efectivamente a la mayor brevedad posible. Para lograrlo, se implementarán dos acciones:
  - a. **Depuración de pendientes MIPRES:** En 15 días, ADRES consolidará de MIPRES todas las prescripciones de medicamentos no entregados por las EPS en los últimos 3 meses. Con esa lista, se activará un plan de choque, a través de ADRES para que compre directamente aquellos medicamentos críticos no suministrados.
  - b. **Entrega domiciliaria priorizada:** A través de un convenio con operadores logísticos de servicios postales, se establecerá un sistema de mensajería que lleve a domicilio los medicamentos de pacientes crónicos y de alto costo. La Supersalud vigilará que las EPS reporten a ADRES cuando no puedan conseguir un medicamento en 24 horas para que ADRES active la entrega alternativa.
- **Eliminación de trabas burocráticas (autorizaciones y trámites):** Se emitirá una **Resolución de Racionalización de Trámites en Salud**, obligando a EPS e IPS a simplificar procesos para el paciente. Por ejemplo: autorizaciones automáticas de órdenes médicas de segundo nivel (eliminar autorizaciones redundantes para consultas especializadas dentro de la red); abolir la exigencia de renovaciones mensuales de autorizaciones para tratamientos crónicos continuos (se darán por un semestre completo). Estas medidas están respaldadas en la Ley Estatutaria de Salud que prohíbe barreras de acceso. Además, se reforzará el uso de la plataforma **MIPRES** para que cubra también servicios (no solo medicamentos) y las órdenes de allí tengan validez inmediata para cualquier IPS, sin burocracia extra.

- **Acuerdos de acceso basado en valor y riesgo compartido:** En línea con propuestas de agremiaciones, el gobierno evaluará, y en dado caso, impulsará acuerdos innovadores con la industria farmacéutica para introducir medicamentos nuevos. En 90 días se propugnará concretar al menos **dos pilotos de acuerdos de riesgo y costo compartido:** por ejemplo, uno para una terapia oncológica de alto costo y otro para un medicamento de enfermedad huérfana. En estos acuerdos, el pago del medicamento estará condicionado a los resultados clínicos en pacientes colombianos (si no se obtiene el beneficio esperado, la farmacéutica reembolsa total o parcialmente).

También se negociarán **descuentos por volumen o esquemas de pago por suscripción** (como han hecho otros países con medicamentos curativos: pagar una suscripción anual y tratar a todos los pacientes que entren en ese periodo). Para su viabilización, el Ministerio convocará a AFIDRO, IETS y las principales farmacéuticas innovadoras, a una mesa de negociación conjunta con ADRES, bajo un marco de confidencialidad, para pactar estos pilotos.

- **Central de compras y fondo rotatorio para medicamentos esenciales:** A corto plazo, se implementará un **mecanismo centralizado de adquisición** de ciertos medicamentos críticos que han presentado escasez (ej. algunos antibióticos, analgésicos, insulinas) y de medicamentos ruinosos para pacientes si los compran directamente (ej. oncológicos orales no cubiertos).

El Ministerio, creará un **Fondo Rotatorio de Medicamentos Estratégicos**, para que haga compras al por mayor aprovechando economías de escala y gestione un stock de seguridad. En 90 días se puede lanzar la licitación para abastecer este fondo de al menos **50 medicamentos prioritarios** definidos por el INS y Minsalud (según alertas de SISMED de desabastecimiento o altos precios). Esto permitirá que si una EPS alega no encontrar un medicamento, se tire de este stock nacional. Este fondo también servirá para proveer **medicamentos huérfanos** a pacientes de manera equitativa, en coordinación con el Instituto Nacional de Cancerología y centros de excelencia regionales.

- **Dispensación de medicamentos:** Se diagnosticará y analizará el actual esquema de dispensación de medicamentos cubiertos por el sistema, considerando sus fortalezas y debilidades, y evaluando la razonabilidad del marco normativo presente. Para ello, se utilizarán indicadores como el tiempo promedio de entrega, el porcentaje de cobertura nacional y los costos logísticos por unidad dispensada, lo que permitirá medir de manera objetiva la eficiencia y el costo de la operación logística nacional. Asimismo, se estudiará la factibilidad de esquemas alternativos que

faciliten la dispensación y el acceso oportuno de toda la población a los medicamentos en el tiempo necesario y al menor costo.

- **Regulación inteligente de precios de medicamentos:** Si bien Colombia ya tiene una comisión de precios efectiva, durante el plan de choque se puede adoptar una medida regulatoria adicional para aliviar a pacientes en compras directas: evaluar **liberar transitoriamente aranceles o IVA** de medicamentos esenciales no cubiertos. Por ejemplo, eliminar aranceles de importación de ciertos medicamentos de alto costo no disponibles localmente, lo cual reduciría su precio al paciente mientras se formaliza su cobertura. Esto se puede hacer vía decreto del Ministerio de Comercio (con concepto de MinSalud).
- **Participación de pacientes en la toma de decisiones:** Para aumentar la sensibilidad a las necesidades reales, se institucionalizará la **participación de asociaciones de pacientes** en los comités y espacios relevantes. En 90 días, el Ministerio integrará representantes de pacientes en: la Mesa Técnica de UPC (Eje 2), la Comisión de Beneficios (PBS), la Comisión Revisora de INVIMA (como veedores), y creará un **Consejo Asesor de Pacientes** ad honorem que sesione con el Ministro mensualmente, para canalizar preocupaciones. Esto asegurará que medidas como las anteriores se enfoquen de manera adecuada.

## VI. EJE 6 - GOBERNANZA TERRITORIAL, TALENTO HUMANO Y CONTROL SOCIAL

- **Pacto por la salud territorial:** Convocar en el primer mes a todos los gobernadores y alcaldes de ciudades capitales a suscribir un **Pacto Nacional por la Salud** junto al Presidente. En este acuerdo (de carácter político-técnico) las autoridades locales se comprometen a coordinar con la nación la implementación del plan de choque en sus jurisdicciones, y el Gobierno Nacional asegura apoyo prioritario. Esto se instrumentará con la creación de una **Mesa Nacional de Salud Territorial** (ya anunciada por Asocapitales), que sesionará quincenalmente con participación de Minsalud, Supersalud, ADRES, representantes de gobernadores y alcaldes, representantes de organismos internacionales como BID, OMS y gremios hospitalarios, para monitorear la situación en cada región. La mesa permitirá alzar alertas tempranas y replicar soluciones exitosas de un territorio en otro.
- **Planes de mejora departamentales de salud:** Como derivado del pacto, cada departamento elaborará en 60 días un **Plan de Choque Departamental** adaptado a sus especificidades, con apoyo técnico de la Nación. Se enfocará en: garantizar redes integrales en la región, priorizar inversiones urgentes en hospitales públicos departamentales, y fortalecer

programas de salud pública (vacunación, control epidemiológico) que pudieron haberse descuidado durante la crisis. Estos planes departamentales serán integrados luego al Plan Nacional de Desarrollo.

- **Incentivos para talento humano en zonas apartadas:** Implementar un **Programa Nacional de Atracción y Retención de Talento en Salud Rural**. Con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fonsaet) se otorgarán **bonos o beneficios** a profesionales de la salud que se vinculen o permanezcan en municipios categoría 5 y 6 (los más pobres). Beneficios posibles: un **pago adicional del 20-30%** del salario financiado por la nación (similar a un “bono por zona de difícil acceso”), apoyo con vivienda o educación (ej. priorizar sus familias en subsidios), y facilitar su acceso a especializaciones (cupos preferentes tras cierto tiempo de servicio).

También se revisará la reglamentación del **Servicio Social Obligatorio** para que más recién egresados sean asignados a áreas necesitadas y con mejor supervisión. En 100 días se puede expedir la normativa que crea estos incentivos y lanzar la convocatoria, de tal forma que para mitad de año nuevos profesionales lleguen a las regiones.

- **Control social empoderado:** Se activará un **Programa de Veedurías Ciudadanas Express** para el plan de choque. Consiste en convocar a la comunidad (usuarios, asociaciones de pacientes, líderes sociales) en cada territorio a conformar veedurías temporales que supervisen la ejecución de las medidas.

La Defensoría del Pueblo y la Procuraduría podrían capacitar rápidamente a estos veedores en qué observar: si llegaron los medicamentos, si abrieron servicios, si pagaron a trabajadores, etc. En 100 días se pueden tener veedurías operando en al menos las 15 ciudades principales, entregando informes públicos mensuales. Sumado a esto, se reactivarán los **Comités de Participación Comunitaria (COPACOS)** en hospitales y EPS: la Supersalud ordenará a EPS e IPS certificar la conformación y reuniones de sus asociaciones de usuarios, y se les invitará a espacios de evaluación del plan de choque a nivel territorial. La idea es crear un entorno de vigilancia colaborativa donde la ciudadanía sienta que es parte de la solución y no solo receptora pasiva.

- **Comunicación y pedagogía permanente:** Desde la alta gobernanza, el Presidente y el Ministro mantendrán un esquema de **Rendición de Cuentas semanal** sobre los avances del plan de choque, rotando por regiones.

## VII. EJE 7 – MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO BASADO EN EL HOGAR

- Con fundamento en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 (fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud), la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, se expedirá Decreto Reglamentario que cree la figura operativa 'Unidad Familiar de Salud (UFS)' como instrumento territorial obligatorio de gestión preventiva.
- La UFS permitirá el registro voluntario de hogares, su georreferenciación sanitaria, la asignación a Equipos Básicos de Salud y la elaboración de un Plan Preventivo Familiar anual, priorizando hogares con pacientes crónicos, de alto costo o en riesgo de interrupción terapéutica.
- Así mismo, el nuevo Gobierno reconocerá el trabajo de cuidado como una labor social esencial, históricamente invisibilizada y asumida de manera desproporcionada por mujeres, en desarrollo del Sistema Nacional de Cuidado (Ley 2297 de 2.023) y del bloque de constitucionalidad (Mas de 10 sentencias de la Corte Constitucional amparan a las cuidadoras).

Implementaremos mecanismos de apoyo económico (Contrato con cuidadoras) y protección social para las cuidadoras principales de personas con discapacidad severa (Cotización a seguridad social financiada por el Estado).

## Fase 2: CONSOLIDACIÓN Y REFORMAS (Día 101 a Día 500)

Tras el plan de choque, la prioridad en esta etapa es **consolidar la estabilidad financiera** e institucionalizar mecanismos que garanticen la sostenibilidad a futuro, evitando recaídas en crisis de liquidez.

Teniendo en cuenta que el objetivo superior de este programa de gobierno es que Colombia alcance para el año 2.030, un sistema de salud equivalente a países de la Unión Europea en varios indicadores (acceso oportuno, mortalidad evitable, satisfacción del usuario, etc.), se hace necesario implementar una serie de acciones, las cuales incluyen:

### I. EJE 1 - SANEAMIENTO FINANCIERO Y LIQUIDEZ AL SISTEMA

- **Capitalización y reestructuración de EPS en riesgo:** En los meses posteriores al saneamiento inicial, se evaluará la viabilidad de las EPS

previamente intervenidas o con indicadores financieros frágiles. *Para el día 180*, el Gobierno presentará un **plan de reestructuración de EPS**: aquellas que demostraron mejora mantendrán su operación bajo planes de desempeño estrictos; las que sigan inviables podrían fusionarse, ser absorbidas por aseguradoras más sólidas o transformarse. Se focalizará que los servicios de las reestructuradas se ejecuten, en zonas aisladas con bajo nivel de acceso. Se explorará capitalización mediante inversión privada o mixta en EPS estratégicas (por ejemplo, incentivar a cajas de compensación o aseguradoras internacionales a inyectar capital a cambio de participación, con la venia de Supersalud). El objetivo es pasar de la fase de “cuidados intensivos” a una red de aseguramiento más sólida y consolidada. Meta a 12 meses: *ninguna EPS con patrimonio negativo* y reducción del número de EPS si es necesario para mantener solo actores solventes.

- **Marco legal para responsabilidad financiera y solvencia:** El Ejecutivo, en coordinación con Supersalud, radicará a más tardar en el segundo semestre de 2026 un **Proyecto de Ley de Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud**. Este proyecto establecerá requisitos de capital más altos, instrumentos obligatorios de vigilancia, supervisión y control, mecanismos de compensación bajo resultados, y un régimen sancionatorio más ágil contra la insolvencia no justificada de EPS.

Incluirá, por ejemplo, que las EPS deban contar con un patrimonio mínimo equivalente a cierto número de meses de siniestros, y faculta a Supersalud a intervenir *preventivamente* a cualquier EPS cuya siniestralidad supere 100% por dos trimestres consecutivos. También contemplará mecanismos de recuperación de recursos malversados (ej. hacer solidariamente responsables a directivos en casos de manejos dolosos). Estas reformas legislativas apuntan a **blindar el sistema financieramente**, aprendiendo de la crisis actual para que no se repita.

**Se creará un mecanismo de compensación a las EPS por cumplimiento de resultados en salud.**

**También se creará el Fondo Compensatorio de Riesgos, o de “Reaseguro del Sistema”** en el que las EPS aportarán una pequeña fracción de la prima, que permitirá atender la siniestralidad extrema por casos atípicos.

Se propondrán reformas a los **regímenes especiales: la optimización de aquellos que puedan integrarse al sistema de salud, y el desmonte de los que no sean eficientes.**

En lo que hace al **manejo de los recursos del SGP en salud, se propone un esquema de gerencia cooperativo y tecnificado, en donde los gobiernos locales se comprometen al cumplimiento de metas concretas con el gobierno nacional. Habrá incentivos (fondos adicionales) para los departamentos que cumplan con sus objetivos, y a los rezagados asistencia técnica y mayor supervisión.**

Se propondrá fortalecer la relación con las Cajas de Compensación en materia de salud, mediante la creación de un fondo compartido Cajas-Gobierno, que permita, por ejemplo, el desarrollo de infraestructura en zonas vulnerables.

- **Régimen Nacional de Información, Trazabilidad y Control del Sistema de Salud**

**SE ESTABLECERÁ COMO PILAR FUNDAMENTAL DEL SISTEMA DE SALUD, UN RÉGIMEN NACIONAL DE INFORMACIÓN, TRAZABILIDAD Y CONTROL DEL SISTEMA DE SALUD, CONCEBIDO COMO UN INSTRUMENTO UNIFICADO, INTEROPERABLE, PÚBLICO, AUDITABLE Y ORIENTADO AL CIUDADANO, QUE PERMITE CONOCER EN TIEMPO REAL Y VERIFICABLE: EL USO Y DESTINACIÓN DE CADA PESO PÚBLICO EN SALUD; EL ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS Y MEDICAMENTOS; RESULTADO REAL Y DESEMPEÑO DE CADA ACTOR DEL SISTEMA**

El Régimen Nacional de Información, integrará, por una parte, los recursos asignados por ADRES a través de UPC y Presupuestos Máximos, y los cruzará con los reportes de MIPRES, RIPS e Historia Clínica Interoperable, emitidos por cada EPS e IPS, lo que permitirá la **trazabilidad en tiempo real de cada peso que se invierta en el sistema de salud**, mediante el uso de Big data, Inteligencia Artificial.

Esta será una herramienta fundamental para la lucha anticorrupción, que permitirá un control concomitante de los dineros de la salud, bajo una base tecnológica y no burocrática, puesto que se soportará en la interoperabilidad obligatoria de todos los actores, estándares abiertos y reportes públicos.

- **Fuentes sostenibles de financiamiento sectorial:** Se implementarán medidas fiscales para dar sostenibilidad de mediano plazo, dentro de las cuales se incluyen:

- a. **Pagos por resultados en salud:** Mediante este mecanismo, se canalizará el uso eficiente de los recursos, vinculándolos al desempeño de los actores del sistema (EPS e IPS, farmacéuticas; etc.), para la consecución de metas de resultado.
- b. **Reorientación de excedentes de recursos parafiscales:** A efectos de suplir necesidades de salud pública territorial, hacia la atención de población vulnerable con menor oferta médica, pero si con presencia de las cajas de compensación.
- c. **Impuestos saludables:** Revisar la conveniencia y eficacia de los impuestos a productos nocivos (cigarros, alcohol, bebidas azucaradas) y/o creación de una contribución especial a loterías o juegos de azar, con destinación específica a la salud, a efectos de incluirse en proyectos de reforma tributaria/salud.
- d. **APP y bonos para infraestructura en salud:** En esta fase se estructurarán proyectos de **Alianzas Público-Privadas (APP)** para la construcción o modernización de hospitales de alta complejidad en regiones desatendidas. Para financiar la inversión, se emitirá un **“Bono Salud 2030”** que inversionistas institucionales puedan adquirir con garantía parcial del Estado, cuyos recursos se destinarán a la infraestructura y equipamiento hospitalario. Este bono o títulos podrían canalizar ahorro de fondos de pensiones hacia el sector con atractivos rendimientos, bajo un marco de impacto social.
- e. **Fondo de estabilización anticíclico:** Se creará gradualmente este Fondo, a nutrir en años de buenos ingresos. Por ejemplo, destinar parte de excedentes de rentas petroleras o del Fondo de Ahorro y Estabilización cuando el precio del crudo supere cierto umbral, alimentando este fondo. La ley definirá que en caso de choques macro, se pueda recurrir a este fondo para evitar atrasos en giros UPC. Este fondo actuaría como “colchón” fiscal para el sistema.
- f. **Mejora en recaudo y formalización laboral:** En el mediano plazo, el crecimiento de la economía formal (impulsada por políticas de empleo del gobierno) ampliará la base de cotizantes contributivos, incrementando ingresos de la salud. Se proyecta integrar esfuerzos con la UGPP para reducir la evasión de aportes a salud y pensiones, cerrando la brecha entre trabajadores reales y cotizantes reportados. Cada punto porcentual de formalización laboral aportará recursos frescos al sistema (calculados en cientos de miles de millones), mejorando la proporción contributivo/subsidiado.

- g. **Seguimiento estricto y rendición de cuentas trimestral:** Durante la Fase 2 se institucionalizará un **esquema de monitoreo financiero trimestral** liderado por MinHacienda y MinSalud: cada trimestre se publicará un boletín de “salud financiera del sistema” con indicadores de liquidez de IPS, siniestralidad de EPS, pagos de la ADRES vs obligaciones, etc.
- h. **Continuidad del flujo excepcional y transición ordenada:** Muchas medidas de choque (giro anticipado, giro directo ampliado, fondo de deudas) se mantendrán durante 2026 y 2027, pero la idea es transitar ordenadamente a un esquema normalizado. Por ejemplo, una vez las EPS recuperen solvencia, podrían retomar más control sobre sus flujos, pero bajo vigilancia. Se definirá para ello un *cronograma de transición*.

En resumen, en el Eje 1 de la Fase 2, el objetivo es busca **pasar del rescate a la estabilidad regulada**: saneadas las deudas, ahora se refuerza la disciplina financiera sistémica, se establecen reglas claras de solvencia (vía ley) y se crean fuentes de ingresos para soportar el aumento permanente de la UPC y la inversión futura.

Todo ello bajo un cuidadoso **realismo fiscal**, que priorice reasignaciones y eficiencia antes que cargas nuevas a la economía, y preparando planes de contingencia (como la opción de créditos internacionales ya explorada y mantenida en reserva en caso de un bache inesperado).

**El objetivo esperado, es que Colombia destine alrededor del 9% de su PIB al gasto en salud, situándose en los promedios de los países de la OCDE, e incorporando altos niveles de eficiencia y transparencia, como los desarrollados a lo largo de este documento.**

## **II. EJE 2 (UPC Y PRESUPUESTOS MÁXIMOS) – REFORMA ESTRUCTURAL DEL FINANCIAMIENTO DEL PLAN DE BENEFICIOS**

- **Nueva metodología de UPC institucionalizada:** Los resultados de la Mesa Técnica Nacional de UPC (concluida en 2026) se traducirán en reformas duraderas. Para la fijación de la **UPC 2027**, se espera haber recuperado gran parte del rezago histórico; el incremento necesario será menor que el de 2026 (incluido el ajuste a la UPC en agosto de 2026 con el plan de choque), pero seguirá la nueva metodología transparente. Se ajustará la metodología de cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para incorporar, además de los factores actuales de edad, sexo y lugar de residencia, variables relacionadas con el estado real de salud de la población afiliada. La nueva metodología incluirá ajustadores de riesgo

clínico basados en carga de enfermedad, tales como diagnóstico de hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, cáncer y otras patologías de alto costo, así como multimorbilidad. Este modelo de ajuste por riesgo permitirá una asignación más justa y técnica de los recursos, alineada con la complejidad del paciente, reduciendo incentivos a la selección adversa y fortaleciendo la sostenibilidad financiera del sistema.

El Ministerio adoptará formalmente, vía acto administrativo, la fórmula ajustada incluyendo la perspectiva plurianual, que permitirá hacer proyecciones de la UPC a 3–5 años incorporando tendencias epidemiológicas y tecnológicas, y esta proyección se compartirá con Minhacienda para que la incorpore en el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

- **Integración de Presupuestos Máximos al PBS:** Siguiendo la línea trazada en los 90 días (Comisión de Beneficios), para 2026 y 2027 se espera incorporar un primer paquete de tecnologías de alto costo antes excluidas al Plan de Beneficios cubierto por la UPC. Es decir, **reducir la lista de NO PBS**, haciendo uso de los convenios propuestos por los gremios, en aras de la costo-efectividad por resultados. Esto irá acompañado de la financiación correspondiente vía UPC.
- **Fortalecimiento del IETS y evaluaciones de tecnologías sanitarias:** Para tomar decisiones informadas sobre qué incluir en el plan de beneficios y a qué precio, se invertirá en reforzar el **Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)**. Durante 2026 se aumentará su presupuesto (quizá vía cooperación internacional con el Banco Mundial o BID) y se vincularán más expertos en economía de la salud.

El IETS deberá generar, para cada nueva tecnología relevante, un *informe de evaluación rápida* que informe al MinSalud y a la Comisión de Beneficios. Así mismo, se establecerá por norma que las decisiones de inclusión/exclusión en el PBS se basen obligatoriamente en análisis técnico de costo-efectividad e impacto presupuestal. Esto introduce en Colombia lo que en países desarrollados hace agencias tipo NICE (Reino Unido) o CADTH (Canadá), esto es, priorizar intervenciones que den mayor salud por peso invertido, contribuyendo a la sostenibilidad.

- **Transparencia en el uso de la prima per cápita:** Se implementará un esquema de **rendición de cuentas de EPS** sobre la UPC recibida. A partir de 2027, cada EPS deberá publicar anualmente un informe simplificado para la ciudadanía sobre los resultados de su gestión: de cada \$1.000 pesos de UPC recibidos, cuál fue su destinación en atención hospitalaria, medicamentos, honorarios médicos, gastos administrativos, utilidad, etc.

El objetivo es empoderar a usuarios, veedores y asociaciones de pacientes con datos para presionar eficiencia, tal como ocurre en experiencias internacionales como Holanda y Alemania.

- **Monitoreo y ajuste del fondo compensatorio UPC:** Si en 2026 se creó el fondo de compensación por insuficiencia, en 2026-27 se medirá su uso. Si resultó útil, se podría proponer integrarlo permanentemente a la regulación, mediante la adopción de un esquema *risk pooling* adicional tipo “reaseguro público” que cubra gastos extremos.

Esto implicaría que todas las EPS aporten una fracción de su UPC a un fondo común y reciban compensación si un afiliado sobrepasa cierto costo (similar al Mecanismo de Riesgos Catastróficos que existió en el pasado). La decisión se tomará con base en evaluación actuarial: si el fondo compensatorio transitorio mostró que era necesario para algunas EPS, convendrá hacerlo permanente con aportes de todo el sistema (solidaridad inter-EPS).

En síntesis, el Eje 2 en la Fase 2 sienta las **reglas de juego definitivas** para financiar la salud: UPC suficiente, actualizada técnicamente; beneficios claros (reduciendo los “No PBS”); decisiones de cobertura basadas en evidencia; y un Estado comprometido legalmente a proporcionar los recursos necesarios. Se pasa de apagar el incendio financiero a construir una estructura robusta donde el dinero siga al paciente y no al revés, y **donde la sostenibilidad del sistema no dependa de los vaivenes de la política sino de fórmulas estables.**

### III. EJE 3 (PRESTACIÓN DE SERVICIOS) – HACIA UN NUEVO MODELO DE REDES INTEGRADAS Y ATENCIÓN PRIMARIA ROBUSTA

Después de la fase de choque que restableció la continuidad asistencial, en Fase 2 el enfoque se traslada a **reconfigurar estructuralmente la forma en que se prestan los servicios de salud** en Colombia, fortaleciendo la atención primaria y consolidando redes integradas por territorio:

- **Diseño del nuevo Modelo de Atención Primaria Integral:** En 2026, el Ministerio (con la Comisión Asesora que se conforme) presentará el **Modelo de Atención Primaria Territorial**. Este modelo combinará la experiencia de iniciativas previas (MIAS, RIAS, etc.) con mejores prácticas internacionales. Sus ejes: enfoque preventivo, equipos interdisciplinarios de salud familiar, adscripción de población a Equipos Básicos (médico, enfermera, auxiliar, promotor), uso intensivo de telesalud y análisis de datos para gestión poblacional. Se definirá la **ruta de implementación:**

inicialmente 4 departamentos en 2027-28, con expansión nacional gradual. Se aprovechará la red pública existente (hospitales municipales y ESEs) como núcleo de estos equipos, integrando también IPS privadas locales bajo acuerdo de cooperación.

- **Creación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) por región:** En concordancia con lo anterior, se impulsará mediante un documento CONPES o proyecto de ley la formalización de **redes integradas de prestación** en cada territorio. La idea es que, sin importar la fragmentación de aseguradores, los prestadores de un departamento funcionen articuladamente bajo la coordinación de la autoridad local. Para ello, se propondrá la figura de un **Consejo Departamental de Redes en Salud** presidido por el gobernador, con participación de EPS, IPS públicas y privadas, y usuarios. Este consejo definirá las *RISS* (red primaria, secundaria, terciaria) y los flujos de referencia/contrarreferencia estándar. Legalmente, podría requerir modificaciones a la Ley 1122/2007 para darles sustento. En la práctica, se busca replicar a mayor escala lo hecho en el plan de choque (redes de contingencia), pero de forma permanente y planificada. El objetivo es que al finalizar la Fase 2, se cuente con **redes integradas funcionales en al menos 50% de departamentos** (los más críticos). Esto significa, que en esos departamentos todas las EPS operen convenios de atención mutua: si un afiliado de una EPS cae en urgencias del hospital público, es atendido sin dilación y luego las entidades se compensan; o que laboratorios y ambulancias se compartan eficientemente.
- **Programa Nacional de Telemedicina y Salud Digital Rural:** Durante 2027 se lanzará un ambicioso programa para llevar especialidades a distancia a zonas remotas. Con apoyo de MinTIC (Plan de Conectividad), se dotará a cada hospital de baja complejidad en municipios apartados con un **kit de telemedicina** (cámara alta resolución, electrocardiógrafo digital, ecógrafo portátil, conexión satelital si no hay fibra). Se conformará una red de especialistas en las ciudades capitales que reservarán horarios para teleconsultas con esos municipios.

Se priorizarán especialidades de alta demanda insatisfecha: medicina interna, pediatría, ginecología, si es posible psiquiatría. A su vez, se capacitará a personal local (enfermeros, médicos generales) para asistir esas consultas. La meta al finalizar 2028 es que *100% de municipios categoría 6* tengan acceso a al menos 5 especialidades vía telemedicina regular. Esto reducirá dramáticamente las barreras geográficas.

- **Plan de infraestructura hospitalaria y equipamiento (Fase 3 se detalla más):** En Fase 2 se completarán estudios y diseños para la construcción/modernización de hospitales en zonas priorizadas (ver

Fase 3). También se ejecutarán **obras menores inmediatas**, como reposición de ambulancias en bloque para varias zonas rurales y dotación de unidades básicas en hospitales que reabrieron servicios. Igualmente, iniciar la construcción de centros de atención primaria resolutivos en barrios periféricos de grandes ciudades con alta demanda (Bogotá, Cali, Barranquilla), para descongestionar sus redes, mediante la implementación de APP en salud.

- **Gestión del talento humano: especializaciones y carrera sanitaria:** Complementando los incentivos de retención, en Fase 2 se impulsará la formación de talento en las áreas deficitarias.

Los ministerios de Salud y Educación y COLCIENCIAS desarrollarán el **Plan de Formación de Especialistas para la Colombia Profunda:** aumento de plazas de residencia en especialidades básicas (medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, anestesia) con becas-crédito condonables para quienes al graduarse trabajen mínimo 3 años en un departamento priorizado.

Además, se estructurará para presentarlo en 2028 el **Estatuto Laboral del Sector Salud**, si se ve factible políticamente, buscando darle carrera administrativa al personal de las ESEs y condiciones dignas uniformes.

- **Fortalecimiento de los entes territoriales de salud:** Se creará un programa de **Asistencia Técnica Continua** a secretarías de salud departamentales y municipales.

Equipos del nivel nacional (o firmas consultoras contratadas por MinSalud) acompañarán in situ a 20 departamentos en la implementación de sus planes de mejora, en la estructuración de redes integradas y en el uso de datos para gestión local.

Así mismo, a través de la *Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)* se ofrecerán diplomados ejecutivos en *Gerencia de Salud Territorial* para secretarios de salud y sus equipos, con énfasis en planeación, vigilancia epidemiológica y administración de redes.

El propósito es dejar capacidad instalada gerencial en regiones que históricamente han dependido del nivel central para todo.

- Se implementará la política “**Generación Vida 360**”, liderada por el Ministerio de Salud e instrumentada con otros ministerios, orientada a garantizar trayectorias de vida saludables y dignas desde la gestación hasta la vejez mediante intervenciones integrales por hogar vulnerable.

Esta estrategia abordará de manera simultánea determinantes estructurales de la salud como la desnutrición infantil, la inseguridad alimentaria, la salud mental adolescente, el embarazo temprano y las brechas sociales que afectan el bienestar de las familias.

El modelo promoverá la articulación efectiva entre el sistema de salud, educación, protección social y empleo para intervenir de forma preventiva y territorial. Así mismo, establecerá metas medibles en nutrición, salud mental, prevención y calidad de vida, con seguimiento permanente y evaluación de resultados. Con ello, el gobierno impulsará una política pública que sitúe la salud como pilar del desarrollo humano, la movilidad social y la estabilidad del país

#### IV. EJE 4 (INSTITUCIONAL/REGULACIÓN/TI) – PROFUNDIZACIÓN DE LA MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL Y DIGITAL

- **Aprobación de la Ley de Autonomía del INVIMA:** Se procurará que en 2027 el Congreso discuta y apruebe la ley que convierte a INVIMA en una agencia autónoma de alto nivel. Con esta ley, el INVIMA tendría un régimen especial (tipo Agencia del Medicamento europea), con potestad para definir y retener sus tasas, planta de personal técnica robusta y gobierno corporativo.

Una vez aprobada, se iniciará de inmediato su implementación: elegir junta directiva, concurso para director general por méritos, etc. Para finales de 2027, el nuevo INVIMA debería estar operando plenamente con tiempos de respuesta ajustados a estándares internacionales (no más de 12 meses por registro nuevo). Esto posicionará a Colombia como referente regional en regulación sanitaria y atraerá inversión farmacéutica.

- **Reforma legal de Supersalud:** Asimismo, se buscará aprobar disposiciones legales para fortalecer la Supersalud. Si no se hace en ley ordinaria, se intentará vía artículos en el Plan Nacional de Desarrollo 2027–2030.

Objetivos: Dotar a la Supersalud de las herramientas de supervisión, vigilancia y control establecidas en el plan de choque. Se espera que para 2028 Supersalud tenga presencia descentralizada fuerte (oficinas regionales monitorizando in situ) y herramientas de *business intelligence* plenamente integradas con SISPRO.

- **Evolución de la Plataforma Nacional de Información, Trazabilidad y Control del Sistema de Salud:** La Fase 2 verá la maduración de la **Plataforma Unificada de Información**, definida bajo el ítem “Régimen Nacional de Información, Trazabilidad y Control del

Sistema de Salud”, del Plan de Choque. Para 2028, se debe estar lanzando la versión *2.0*, que integrará no solo los datos administrativos (autorizaciones, facturas) sino también *datos clínicos* relevantes.

Por ejemplo, incorporar al sistema información de resultados en salud: tasas de control de pacientes crónicos, indicadores de calidad de IPS (reingresos, infecciones, etc.).

También se avanzará en la **historia clínica electrónica unificada**: Se definirá el estándar nacional (probablemente basado en HL7 FHIR) y se fijarán plazos escalonados para que *todas las IPS públicas y privadas interoperen*.

A 500 días, se espera tener al menos 30% de las IPS del país (empezando por las públicas) conectadas a la red nacional de HCE, permitiendo que la historia clínica de un paciente, en caso de desplazamiento, pueda ser consultada por los médicos con su autorización.

Este es un proyecto de mayor plazo, pero la Fase 2 es crucial para generar la normativa y empezar la masificación.

- **Institucionalización del Laboratorio de IA en salud**: Con base en los resultados de la analítica de datos del Sistema de Información, Trazabilidad y Control del Sistema de Salud, se implementará un laboratorio **de Analítica Avanzada** dentro de MinSalud o DNP.

Se podría crear oficialmente la **Unidad de Inteligencia en Salud** como dependencia del Ministerio o del DNP, con especialistas en ciencia de datos, epidemiología y economía.

Esta unidad gestionará los algoritmos predictivos, como un sistema de *scoring* de riesgo financiero de EPS (prediciendo cuáles podrían caer en insolvencia con meses de anticipación), o un sistema de vigilancia epidemiológica que cruza datos de urgencias, farmacias y movilidad para detectar brotes incipientes.

Para 2028 se busca tener implementados al menos 3 sistemas de IA en producción: 1) *Detección de Fraude y Abuso* (analizando patrones de facturación anómalos); 2) *Predictor de eventos de salud pública* (dengue, COVID u otras, combinando meteorología y atenciones) y; 3) *Analítica de satisfacción del usuario* (minería de texto de quejas y redes sociales para identificar focos de mala atención).

Estos sistemas proveerán informes regulares a Supersalud y MinSalud para la toma de decisiones proactiva.

- **Gobierno Digital y ciberseguridad:** Junto con MinTIC, se definirá una arquitectura robusta para proteger la información de salud. En Fase 2 se implementará un **Esquema Nacional de Seguridad de la Información en Salud**, con estándares para las entidades (encriptación, backups, respuesta a incidentes).

El uso de tecnología blockchain en algunos componentes, se evaluará por componentes (Por ejemplo, dispensación de medicamentos de alto costo para asegurar trazabilidad).

- **Alineación con la transformación digital del Estado:** Se trabajará de la mano con la Estrategia GOV.CO para integrar trámites de salud al portal único del Estado.

Hacia 2027 se buscará que los ciudadanos puedan hacer, por ejemplo, la inscripción de recién nacidos al sistema de salud completamente en línea; o cambiar de EPS por medios electrónicos garantizando portabilidad inmediata de su información clínica (esto requerirá interoperabilidad de sistemas, por ello se vincula a lo anterior).

También se reducirá la carga de documentación en trámites como autorizaciones de servicios: con la racionalización hecha, muchas autorizaciones ya no serán requeridas; para las que queden (ej. procedimientos muy costosos), se implementarán **ventanillas electrónicas** integradas (un solo punto de solicitud que comunica EPS e IPS).

## V. EJE 5 (ACCESO A MEDICAMENTOS Y ALIVIO AL PACIENTE) – POLÍTICA FARMACÉUTICA Y FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- **Política Nacional Farmacéutica Actualizada:** En 2027 se actualizará la Política Farmacéutica Nacional (última versión de 2012) incorporando lo aprendido en la crisis. Se enfatizará en garantizar disponibilidad, accesibilidad financiera e innovación responsable. Elementos claves:
  - a. **Central de Compras expandida:** Tras el arranque del Fondo Rotatorio, se evaluarán resultados. Si demostró ahorrar costos y evitar desabastecimientos, se podría institucionalizar una **Agencia Nacional de Compras de Salud** (similar a CENABAST en Chile) que compre medicamentos esenciales en nombre de la red pública y posiblemente incluso negociando para el sector privado (farmacias).

Para ello se trabajarían convenios con OPS (Fondo Estratégico) y alianzas regionales (APEC o alianzas de países andinos) para compras conjuntas, reduciendo precios.

- b. **Reingeniería a la política de producción local de medicamentos estratégicos:** Desarrollo de programas intersectoriales bajo coordinación de los ministerios de Salud, Comercio, Ciencias y Hacienda, para el apoyo a capacidades públicas existentes como el Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Cancerología (biológicos/sueros/radiofármacos), y alianzas con industria nacional para producir medicamentos críticos esenciales con riesgo de escasez (antibióticos, sueros, etc.).
- c. **Regulación de precios basada en valor:** La Comisión de Precios migrará gradualmente a esquemas que combinen el control de precios tradicional (techos) con evaluaciones de valor terapéutico. Para 2028 se espera tener un marco para **acuerdos de precio-volumen** o *entry agreements* para nuevos medicamentos: permitir su entrada con descuento condicionado a volumen o techo de gasto. Esto complementará los acuerdos de riesgo compartido.
- d. **Portal “Mi Medicamento”:** En 2027 se lanzará una plataforma ciudadana (web/app) donde cada paciente, con su Cédula de Ciudadanía, pueda consultar en qué estado está la entrega de sus medicamentos formulados. Se integrará con la Plataforma de Integración, Trazabilidad y Control del Sistema de Salud.

Esta herramienta, permitirá que los usuarios conozcan sí, si un medicamento fue formulado en MIPRES y aún no entregado, el paciente verá “en proceso” o sabrá qué entidad lo tiene pendiente. Así mismo, la aplicación dará información educativa (cómo tomar sus medicamentos, alertas de reacciones, etc.), empoderando al ciudadano en el autocuidado.

- **Atención al paciente crónico y programas de adherencia:** Con la mejora en suministro de medicamentos, se implementará un programa integral de seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas.

Las EPS podrán articularse con Equipos de Atención Primaria, a efectos de reducir la tasa de hospitalizaciones por descompensaciones de crónicos en un X% para 2028.

- **Protección financiera del paciente y fondos de alto costo:** Si bien la meta es reducir casi a cero el gasto de bolsillo en lo esencial, algunos

pacientes seguirán teniendo gastos significativos (copagos, etc.). En Fase 2 se robustecerán mecanismos de protección:

- a. *Fondo de Enfermedades Catastróficas*: Estudiar la creación de un fondo (quizá del mismo ADRES) que financie costos catastróficos no cubiertos, para casos excepcionales. Podría alimentarse de un porcentaje de la UPC o de rentas específicas, tal como se ha planteado en líneas anteriores a manera de “reaseguro” para el sistema de salud.
- b. **Reforzamiento y Continuidad de acuerdos de riesgo compartido según resultados**: Los pilotos iniciados en Fase 1 se evaluarán a los 6-12 meses. Si resultan exitosos (ej. mejoró supervivencia de pacientes oncológicos y se contuvo el gasto), se escalarán: la meta es tener al menos 10 acuerdos vigentes con farmacéuticas para diferentes patologías a finales de 2028.

Esto permitirá acceso a varias nuevas moléculas sin comprometer la sostenibilidad. Se podría incluso incorporar la figura en la regulación permanente: una resolución que norme los *Managed Entry Agreements* en Colombia, con guía de cómo estructurarlos, tomando referencias de Italia o Reino Unido que tienen experiencia en ello.

- **Humanización de la atención y enfoque en experiencia del paciente**: Además de lo técnico, en Fase 2 se lanzará una **Estrategia Nacional de Humanización de los Servicios de Salud**. Con respaldo del Ministerio, hospitales y clínicas adoptarán protocolos de trato digno, información clara al paciente, acompañamiento psicológico en enfermedades graves, etc.

Se promoverán encuestas de satisfacción como requisito habilitante y se publicarán rankings de IPS según la voz de los usuarios.

El objetivo es reorientar el sistema al paciente, bajo iniciativas concretas: capacitación masiva en trato al usuario para personal administrativo y asistencial; inclusión de indicadores de satisfacción en contratos de EPS con IPS (contraprestaciones por buen servicio), campañas mediáticas resaltando buenas prácticas.

## VI. EJE 6 (TERRITORIO, TALENTO, CONTROL SOCIAL) – EMPODERAMIENTO TERRITORIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA PERMANENTE

- **Evaluación intermedia y ajustes de los Planes Departamentales:** Al cumplirse un año del Pacto Territorial, se realizará una cumbre (Consejo Nacional de Salud Territorial) para evaluar departamento por departamento los logros y cuellos de botella. Con base en ello, en 2028 se firmará un **Pacto Territorial 2.0** reorientando esfuerzos donde haga falta, priorizando departamentos que requieran intervención especial.
- **Sostenibilidad de incentivos al talento rural:** Tras implementarlos, se buscará permanencia. Posiblemente se incorporen al presupuesto general, a través de la Ley Anual de Presupuesto 2027 un rubro para “incentivo talento zonas apartadas” recurrente, así no dependa de Fonsaet, así como compensación por resultados.

Paralelamente, se diseña una reforma al régimen del Servicio Social Obligatorio para volverlo más útil: considerar extender su duración en zonas muy críticas (pagando por ello), permitir a especialistas cumplir parte de su año rural en departamentos necesitados (incentivo: reducción de su deuda educativa, etc.).

- **Creación del Sistema Nacional de Calidad y Participación en Salud:** En 2028, posiblemente a través de una ley de reforma sectorial o PND, se constituirá el **Sistema Nacional de Participación Ciudadana en Salud**, que articulará los COPACOS, asociaciones de usuarios, veedurías y observatorios ciudadanos.

Se les otorgará mayor incidencia: por ejemplo, podrían tener un representante con voz (y tal vez voto) en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud reactivados. Se creará un fondo pequeño para financiar sus actividades (capacitación, reuniones), administrado por la Defensoría o MinSalud. Además, se impulsará la “cultura del veedor”.

- **Consolidación de la Mesa Nacional de Salud Territorial:** la mesa creada en 100 días debería convertirse en un órgano permanente de coordinación Nación-territorio. Mediante un documento CONPES o decreto como *Consejo Nacional de Salud Territorial* con reuniones semestrales presididas por el Presidente o MinSalud. Esto asegurará que futuras alertas o requerimientos regionales se atiendan de forma institucionalizada y no solo ad-hoc por crisis.

## VIII. EJE 7 – MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO BASADO EN EL HOGAR - institucionalización legal y financiera del modelo familiar

- En desarrollo de los artículos 153, 154 y concordantes de la Ley 100 de 1993, se radicará Proyecto de Ley de Gestión Integral del Riesgo Familiar

en Salud, incorporando el reconocimiento jurídico del hogar como unidad de gestión del riesgo en el SGSSS.

- La iniciativa establecerá coordinación inter-EPS obligatoria en materia preventiva cuando en un mismo domicilio existan afiliados a distintas EPS, y creará una Subcuenta de Gestión Familiar en la ADRES, financiada mediante componente específico de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), conforme a lo previsto en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993.
- Se reglamentará la interoperabilidad obligatoria de información clínica y administrativa en el marco del SISPRO, garantizando trazabilidad, control fiscal y auditoría.

### **FASE 3: TRANSFORMACIÓN ESTRUCTURAL A LARGO PLAZO (RESTO DEL MANDATO)**

#### **I. EJE 1 (FINANCIERO) – CONSOLIDACIÓN FINAL DE LA SOSTENIBILIDAD Y LEGADO FISCAL**

- **Sistema financieramente balanceado y con reservas:** Para 2029, se espera que, gracias a los ajustes hechos, el sistema ya opere con equilibrio: la UPC habrá sido reajustada suficientemente y se actualizará anualmente sin traumas, los presupuestos máximos se habrán integrado casi del todo al PBS (lo que queda estará debidamente presupuestado), y las EPS estarán saneadas o las inviables liquidadas.

Se proyecta que la mayoría de EPS presenten *patrimonio positivo* y cumplimiento de indicadores de solvencia. El Fondo de Estabilización anticíclica, podría ya estar en funcionamiento con recursos acumulados (por ejemplo, si hubo dos años de buen crecimiento económico, aportar algunos excedentes allí). Para finales de 2030, la meta es que ese fondo tenga al menos un monto equivalente al 5% del gasto anual en salud, como colchón.

- **Legado en normas fiscales:** Se habrá incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2026–2030, o por acto legislativo, una cláusula que priorice la financiación de la salud. Por ejemplo, podría lograrse que se adopte una *Regla de Prioridad Social*: que los gastos en salud y educación crezcan al menos a la par del PIB cada año, asegurando que no haya retrocesos. Esto no es específico de salud, pero incorpora este derecho y lo blindo.
- **Continuidad de fuentes innovadoras de recursos:** Los mecanismos de eficiencia y fuentes innovadoras de conservación y obtención de

recursos implementadas en la Fase 2, comenzarán a rendir frutos. Se garantizará que esos recaudos se inviertan en salud pública y promoción de la salud.

- **Capacidad de respuesta ante contingencias:** El sistema financiero de salud quedará preparado para futuras eventualidades. Gracias a la creación del Fondo anticíclico y a la experiencia adquirida, ante un eventual choque (otra pandemia, crisis económica), el gobierno de turno tendrá herramientas definidas: emisión rápida de bonos de salud (ya probada), movilización del fondo de reserva, reactivación de giros extraordinarios.

## II. EJE 2 (UPC Y BENEFICIOS) – SISTEMA DE BENEFICIOS AJUSTADO A LAS NECESIDADES

- **UPC con ajuste automático y cuenta de alto costo integrada:** Quizá se logre establecer legalmente que la UPC se actualiza automáticamente según un índice compuesto (inflación en salud + factor epidemiológico + factor tecnología) sin mediación política, similar a cómo se indexan las pensiones. También, si persisten tecnologías fuera de la UPC, se tendrá un *Fondo de Alto Costo* robusto que las cubra sin traumatismos, alimentado continuamente (similar al mecanismo de riesgo catastrófico permanente).
- **PBS (Plan de Beneficios) prácticamente completo:** Idealmente, la gran mayoría de servicios de salud estarán incluidos en la cobertura regular, con muy pocas exclusiones. Las exclusiones se habrán reducido a procedimientos experimentales sin evidencia o medicamentos rechazados por no costo-efectivos. Esto implicará que la judicialización por exclusiones habrá disminuido casi a cero. El derecho fundamental a la salud estará más garantizado porque el plan de beneficios refleja lo que la gente realmente necesita y el Estado lo financia.
- **Colombia como referente regional en evaluación de tecnologías:** Gracias al fortalecimiento del IETS y los acuerdos de riesgo, Colombia se posicionará en América Latina como modelo en la introducción de innovaciones con responsabilidad fiscal.
- **Transición demográfica atendida:** Para el 2030 se prevé una población más envejecida. Con las reformas efectuadas, el sistema estará preparado, puesto que la UPC contemplará el aumento de enfermedades crónicas del adulto mayor, y las redes integradas (Eje 3) tendrán componentes de atención domiciliaria y cuidados paliativos más fuertes. Es decir, no solo se financia, sino que se presta el servicio adecuado para la carga de enfermedad prevalente.

### III. EJE 3 (PRESTACIÓN DE SERVICIOS) – RED NACIONAL FORTALECIDA E INFRAESTRUCTURA MODERNIZADA

- **Renovación de la infraestructura hospitalaria:** Se ejecutarán los proyectos ancla planeados, como el caso de nuevos hospitales de alta complejidad en regiones apartadas. (Pacífico-Chocó, Orinoquía–Vichada/Guainía) Estas obras, realizadas vía APP o financiación pública, reducirán la brecha de oferta regional.
- **Servicio de urgencias des congestionado y nuevo enfoque de atención primaria funcionando:** Gracias a la implementación escalonada, al final del periodo se espera una disminución sustancial en la saturación de urgencias en grandes ciudades La **telemedicina** es parte normal del sistema: un campesino en Vaupés puede tener su cita con un cardiólogo de Bogotá sin viajar, y esto es cotidiano.
- **Talento humano especializado repoblado en zonas antes vacías:** Los incentivos y la formación darán fruto: se verá un incremento en el número de médicos especialistas trabajando en departamentos tradicionalmente desatendidos. Quizá no en número ideal aún, pero la tendencia habrá cambiado de negativa (éxodo) a positiva (retorno).
- **Sistemas de calidad integrados:** Para 2030, los esfuerzos de humanización y calidad darán un nuevo estándar: más acreditaciones internacionales de hospitales colombianos, creación de un índice de calidad de IPS que se publica cada año y motiva competencia sana.

### IV. EJE 4 (INSTITUCIONES & TI) – ECOSISTEMA DIGITAL Y INSTITUCIONAL CONSOLIDADO

Se prevé un Sistema de salud **inteligente y transparente al ciudadano:**

- **Datos en tiempo real:** Todos los actores reportan al sistema unificado. El Tablero de Control en tiempo real es una realidad consultada incluso por la ciudadanía académica (ej. investigadores usando datos abiertos para estudios). Los gestores del sistema (Ministerio, EPS, Supersalud) pueden ver indicadores clave, diarios y reaccionar. Esto es similar a lo que países como Reino Unido logran con sus dashboards, adaptado a nuestra geografía.
- **Ciberseguridad y confianza digital:** No habrán ocurrido incidentes mayores de seguridad gracias a la inversión en protección. Los pacientes confían en la confidencialidad de su información, sabiendo que hay blockchain o fuertes medidas protegiendo sus datos clínicos.

- **INVIMA y Supersalud post-reformas operando con excelencia:** Para 2030, el INVIMA ya es una agencia modelo: tiempos de trámite dentro del rango, cero backlogs, trabajando en red con FDA/EMA. Esto posiciona al país competitivamente (inversión en sector farmacéutico aumenta, etc.). Supersalud, por su parte, es temida y respetada: su presencia activa disuade irregularidades. Ha establecido, la unidad de *inteligencia financiera en salud* que colabora con la UIAF para detectar lavado en el sector salud (evitando carteles de corrupción). También publica un ranking de desempeño de EPS e IPS (no solo financiero sino de calidad) que obliga a la mejora continua.
- **Adopción de inteligencia artificial ampliada:** Los algoritmos en IA examinará todas las facturas y alertará a Supersalud diariamente de posibles fraudes para investigar; otros algoritmos, leerán cada queja de usuarios y clasificará problemas por entidad alimentando decisiones.
- **Continuidad de la transformación digital más allá del gobierno de ADLE:** Dejar estructurado un **CONPES de Transformación Digital del Sector Salud 2030–2035**, para asegurar que el siguiente gobierno continúe con la innovación (ej. incorporar analítica predictiva en salud pública para prevenir enfermedades, etc.). Se habrá creado un estado de cosas que difícilmente se detenga, porque los beneficios son evidentes y los ciudadanos los exigen.

## V. EJE 5 (MEDICAMENTOS & PACIENTES) – ACCESO UNIVERSAL A MEDICAMENTOS DE ALTO VALOR Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE

- **Cobertura universal de medicamentos esenciales:** El objetivo es que Colombia se acerque a un modelo, en el que todo medicamento del listado esencial de la OMS **esté disponible para el usuario sin pago en el sistema**, y los de alto costo, sean accesibles mediante mecanismos especiales sin dilaciones. Las compras centralizadas y los acuerdos con industria garantizarán abasto.
- **Gasto de bolsillo en mínimos históricos:** Idealmente, el porcentaje de gasto de bolsillo en salud total habrá bajado, al 10% del gasto total (países desarrollados tienen porcentajes que oscilan entre el 10 y 15%, Colombia estuvo entre el 15 y el 20% hace años, y subió hasta posicionarse entre el 25 y 30%). Esto significaría un alivio enorme a las finanzas familiares y una protección efectiva contra la pobreza médica.
- **Innovación terapéutica continua con sostenibilidad:** Se proyecta que para 2030, se hayan incorporado terapias avanzadas, bajo esquemas de pago por resultado en Colombia.

- **Cultura de adherencia y autocuidado:** A través de los programas de educación sanitaria, de seguimiento a crónicos, etc., se verá una mejora en resultados de salud, lo que a su vez redundará en la reducción de costos al sistema. Los pacientes ya no solo reciben la medicina, sino que son acompañados en su uso.
- **Pacientes como evaluadores del sistema:** Para 2030, la voz del paciente será un indicador clave oficial. Se institucionalizará, la encuesta nacional anual de satisfacción cuyos resultados se consideran en la asignación de incentivos a EPS/IPS. Es decir, el sistema se calibrará no solo por equilibrio financiero o coberturas, sino por la experiencia del usuario.

## **VI. EJE 6 (TERRITORIO & TALENTO & SOCIEDAD) – EQUIDAD TERRITORIAL ALCANZABLE Y CONTROL SOCIAL ACTIVO**

- **Reducción significativa de brechas regionales:** Los indicadores de salud de los departamentos más rezagados mostrarán mejoras sustanciales, así como las diferencias de aseguramiento casi eliminadas, con coberturas de afiliación en todos los departamentos por encima de 95%. Los esfuerzos territoriales y la llegada de talento habrán dado frutos medibles.
- **Talento humano fortalecido y con relevo generacional:** Los incentivos rurales se habrán traducido en que nuevas generaciones de médicos/enfermeras consideren atractivo trabajar en regiones, mediante la formalización y carrera en ESEs, ofreciendo estabilidad y crecimiento profesional.
- **Participación ciudadana permanente e incidente:** Los comités de usuarios ya no serán órganos decorativos sino parte integral de la toma de decisiones en hospitales y secretarías. Para 2030, al menos 80% de los municipios deberán tener activo su COPACO con reuniones regulares y veedurías registradas.

## **VII. EJE 7 – MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO BASADO EN EL HOGAR - CONSOLIDACIÓN ESTRUCTURAL DEL MODELO DE GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR**

En armonía con el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 y los principios de eficiencia, sostenibilidad y continuidad del servicio, se implementará progresivamente el modelo con financiación estable y esquema de pago por resultados familiares.

Se establecerán metas verificables de reducción de hospitalizaciones evitables por enfermedades crónicas, disminución de interrupciones terapéuticas y reducción del gasto de bolsillo intrafamiliar, integrando el componente familiar al Régimen Nacional de Información, Trazabilidad y Control del Sistema de Salud.

Al final de las tres fases, **Colombia habrá pasado de la peor crisis de su sistema de salud en décadas a una posición de liderazgo regional en salud pública y atención médica.** El gobierno de Abelardo De La Espriella dejará un legado de **estabilidad, modernización y equidad** en salud, cumpliendo su visión de lograr el mejor sistema de salud posible, combinando lo mejor del modelo de aseguramiento con innovación tecnológica y realismo político.