

FIRME LUNA PRESIDENTE

SI HAY UN
CAMINO

LA SALUD
VUELVE



La vida por
encima de los
egos políticos



**LOS PACIENTES DEJARÁN DE SER
ESPECTADORES Y SERÁN PARTE DE LAS
DECISIONES.**

HOY SUS QUEJAS SE PIERDEN ENTRE TRÁMITES Y VENTANILLAS.

**Con mesas directas de pacientes, veeduría
ciudadana real y seguimiento público a los
tiempos de entrega y atención, su voz será el
principal insumo para corregir y mejorar.**

CONTENIDO



1 INTRODUCCIÓN

2 DIAGNÓSTICO

Financiamiento y gestión de recursos

Atención en salud

Talento humano

Medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías en salud

Interoperabilidad y tecnología

Salud mental

Envejecimiento poblacional

3 VISIÓN 2030

Principios y enfoques de Estado

Metas nacionales 2030

4 ASUNTOS ESTRATÉGICOS

5 PRIMEROS 100 DÍAS

6 SOLUCIONES A DOLORES CIUDADANOS

7 AGENDA NORMATIVA

INTRO DUCCIÓN



La salud es el punto de partida del bienestar y una de las mayores responsabilidades del Estado. Ningún país puede hablar de desarrollo si enfermarse también significa empobrecerse, endeudarse, vender activos o, peor aún, no poder acceder a tratamientos para recuperar la salud y superar la enfermedad.

Durante tres décadas, Colombia logró construir un sistema de salud que amplió derechos y redujo desigualdades. Hoy, más del **98 % de la población está afiliada al sistema**, y hasta 2020, el gasto de bolsillo de los hogares **era uno de los más bajos de América Latina**: representaba solo el **13,5 % del gasto total en salud**.



El desarrollo del sistema ha estado orientado a garantizar el derecho a la salud para todos los colombianos. Esa promesa se ha hecho realidad mediante un seguro de salud universal, que cubre a casi toda la población y financia una amplia gama de servicios, exámenes y tratamientos. Comparado con otros países de la región, el sistema colombiano ofrece un conjunto generoso de beneficios en salud. Sin embargo, los tiempos de espera para acceder a los servicios no son iguales en todo el territorio, debido a las diferencias regionales en capacidad e infraestructura.

Aun así, Colombia ha logrado modelos de atención que permiten que muchos pacientes con enfermedades de alto costo reciban los tratamientos que necesitan; por ejemplo, en 2022, el 89,5 % de las personas con VIH tenía acceso a medicamentos retrovirales.



De igual manera **el sistema de salud venía mejorando su capacidad para facilitar que los colombianos aumentaran sus visitas al médico por prevención:** para 2022, **el 70 % de los hogares** reportaban haber consultado al médico por este objetivo.



Sin embargo, estos logros están en riesgo por el deterioro financiero generalizado de diferentes actores del sistema de salud: Entidades Promotoras de Salud (EPS), clínicas, hospitales y operadores logísticos. La insuficiencia de recursos en el financiamiento del aseguramiento en salud ha sido resultado de una secuencia de decisiones del gobierno desde la renuencia de asignar recursos suficientes para atender las necesidades crecientes de servicios de salud a través de los aseguramientos; la reasignación de recursos hacia el programa de grupo extramural y proyectos de infraestructura, los cuales, si bien son acciones nobles, aún no muestran impacto.

La insuficiencia de recursos para el aseguramiento deterioró las condiciones financieras de casi la totalidad de las EPS. El gobierno, amparado en el deterioro financiero de las EPS, ha intervenido a varias de ellas sin lograr su recuperación financiera. Estas decisiones han profundizado la crisis, y han afectado la estabilidad del sistema y la oportunidad en la atención a los pacientes.

El deterioro financiero del sistema se está traduciendo en cierres de servicios, interrupciones en la atención y fallas en la calidad y oportunidad de los tratamientos, lo cual ha perjudicado directamente a miles de colombianos. El diálogo entre los actores del sistema ha sido prácticamente inexistente. Por el contrario, las instituciones, las sociedades de profesionales de la salud y las organizaciones de pacientes han sido objeto de descalificaciones que han obstaculizado la búsqueda de soluciones. De esta manera, hoy existe una pérdida de confianza y credibilidad en las instituciones del Estado y un creciente temor sobre la falta de transparencia en las decisiones del mismo.

El desafío no es empezar de cero, sino reconstruir lo que se ha perdido.

Corregir la destrucción de capacidades institucionales y estabilizar las finanzas del sector es el primer paso para recuperar la confianza. **Necesitamos modernizar y reorganizar la gestión del sistema, poniendo a los ciudadanos en el centro;** dignificar al talento humano en salud y devolverle al país un sistema que funcione, y que no sólo atienda la enfermedad, sino que además la prevenga y acompañe. Un sistema que use el conocimiento y la tecnología para cuidar a la gente allí donde esta vive, que garantice atención continua, medicamentos a tiempo y servicios cercanos y dignos. Porque la salud no puede ser un campo de disputa ideológica, sino el punto de encuentro para construir un país más justo, solidario y humano.



NO VAMOS A EMPEZAR DE CERO:

VAMOS A SALVAR LO QUE COLOMBIA CONSTRUYÓ.

**Tenemos alta cobertura y acceso a
tratamientos valiosos, pero la mala gestión
los puso en riesgo.**

**CON UN PLAN DE REFINANCIAMIENTO
TÉCNICO Y ESTABLE, LA SALUD DEJARÁ DE
DEPENDER DEL CAPRICHOS DEL GOBIERNO
DE TURNO.**

DIAGNOSTICO





Colombia construyó un sistema de salud bajo un concepto de alianza público-privada que amplió derechos y mejoró el acceso a la atención, aunque con grandes retos para fortalecer el modelo en las zonas rurales del país. Sin embargo, hoy esos avances en salud están en riesgo; las decisiones financieras del Ministerio de Salud han desestabilizado la prestación de servicios, y ha obstaculizado la entrega de medicamentos, la atención de los pacientes y la confianza en las instituciones,



ESPECIALMENTE EN LAS EPS

INTERVENIDAS POR EL GOBIERNO,

AHORA ADMINISTRADAS DIRECTAMENTE

POR EL ESTADO.

Financiamiento y gestión de recursos

La insuficiencia en el financiamiento del aseguramiento se traduce en un flujo de pagos de pagos en el sistema superior a 245 días, lo que debilita las condiciones financieras de clínicas, hospitales, operadores logísticos, laboratorios y proveedores de tecnologías.



Esto, para el ciudadano, implica una ampliación en los tiempos de espera y la reducción de la oportunidad para acceder a servicios de salud, así como fallas en la oportunidad y continuidad en el acceso a tratamientos.

El gobierno, amparado en la supuesta falta de información para definir los valores de la Unidad de Pago por Capitación y los Presupuestos Máximos, ha venido adoptando, desde 2022, una serie de decisiones que han agravado la insuficiencia financiera del aseguramiento en salud.

La asignación de recursos para financiar el valor per cápita (UPC) ha sido insuficiente de forma sostenida, y el debate sobre su cálculo —que aparenta sustentarse en criterios técnicos— ha encubierto decisiones políticas de reasignación presupuestal. Estas decisiones han profundizado la desconfianza en las instituciones del Estado y en el sistema de salud.

Las discusiones sobre la insuficiencia de recursos para financiar la atención en salud en Colombia han estado marcadas por la constante intervención de la Corte Constitucional, institución que desde hace más de 18 años ha sido garante y defensora de la progresividad en la garantía del derecho a la salud. Desde las sentencias de 2007, la Corte ha reiterado que el financiamiento suficiente del sistema de salud es una obligación del Estado y un principio esencial para la materialización de este derecho. En esa línea, durante el actual gobierno, sus pronunciamientos —como los Autos 007, 2049 y 2881— han estado orientados a ordenar al Ejecutivo asegurar el financiamiento adecuado del sistema.

Sin embargo, el gobierno no ha definido un plan para cumplir con estos mandatos; por el contrario, ha dilatado su implementación mediante argumentos retroactivos sobre la suficiencia de los recursos. Aunque la Corte Constitucional lo instó a concertar con los actores del sistema la magnitud del déficit financiero, las mesas de trabajo se utilizaron para introducir argumentos técnicos insuficientes y sesgados, basados en información parcial y sin considerar los cambios en las necesidades de salud y en los patrones de gasto de la población tras la pandemia.



Uno de los principales desafíos que enfrenta hoy el sistema es, por tanto, **la formulación de un plan de refinanciamiento con decisiones de corto y mediano plazo**, que se articule a su vez y de manera progresiva con la capacidad fiscal del Gobierno nacional.

Por otra parte, el fracaso de las intervenciones del Estado en las EPS ha supuesto una carga fiscal y administrativa adicional que deberá asumir el próximo gobierno. Estos procesos han estado marcados por deficiencias de gestión y falta de claridad institucional, lo que se traduce en riesgos legales y fiscales para el Estado colombiano. Además, la forma en que se han ejecutado las intervenciones ha deteriorado la confianza de los actores del sistema en la seguridad jurídica del sector, convirtiéndose en un campo crítico de acción.

En consecuencia, resulta urgente implementar un plan de estabilización y transformación institucional que evite que las intervenciones sigan profundizando la crisis. Dicho plan debe reorganizar la administración de las entidades intervenidas, definir su futuro y garantizar la atención de los afiliados con oportunidad, calidad y continuidad.

Atención en salud

De la mano de la extensión del aseguramiento obligatorio, en Colombia se han desarrollado importantes capacidades para atender a la población. Sin embargo, la capacidad de atención en salud no se distribuye de manera homogénea entre las regiones.



Existen departamentos y municipios en los cuales los tiempos de espera y la oportunidad en la atención son más prolongados, especialmente cuando se requieren servicios de mayor complejidad o tecnología.

A ello se suma que la operación del sistema de salud aún no se encuentra plenamente soportada en sistemas de información integrados ni en modelos alternativos de extensión de servicios a través de la conectividad.

A pesar de que los departamentos son responsables de promover que la red de servicios sea suficiente en su territorio, aún faltan instrumentos que permitan tanto al Ministerio de Salud y Protección Social como a las autoridades departamentales definir y analizar la capacidad mínima requerida para responder a las condiciones de salud más frecuentes. Asimismo, se requieren herramientas que faciliten la articulación interregional y aseguren que los procesos de referencia y contrarreferencia hacia otras zonas del país sean más oportunos y eficientes.

Talento humano

El sistema de salud colombiano enfrenta una ineficiencia estructural relacionada con la disponibilidad y distribución del talento humano en salud.



El bajo crecimiento en el número de nuevos graduados en las áreas de la salud contrasta con la expansión general de la educación superior en el país durante la última década, lo que evidencia la ausencia de una planeación estratégica de la formación de personal acorde con las necesidades del sistema.

A esta insuficiencia se suma una marcada concentración de profesionales en las zonas urbanas y en servicios hospitalarios, dejando amplios territorios rurales y dispersos con una oferta limitada de personal sanitario. Si bien los desarrollos tecnológicos como la telemedicina ofrecen alternativas para mejorar el acceso a servicios especializados, su alcance es aún insuficiente frente a las brechas existentes.

La oferta de programas de especialización tampoco responde a las necesidades regionales, y los incentivos para ejercer en zonas rurales o de difícil acceso son insuficientes. Esta situación perpetúa las brechas territoriales y compromete la sostenibilidad del sistema al no garantizar personal suficiente, capacitado y estable en todos los niveles de atención. Esta desigualdad territorial constituye una de las principales barreras de acceso y equidad en salud, ya que limita la atención primaria y la continuidad del cuidado.

Medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías en salud

Una de las principales fallas en los servicios de atención en salud que enfrentan hoy los colombianos está en la oportunidad y el proceso de entrega de medicamentos. La insuficiencia de recursos y el deterioro financiero de empresas como Nueva EPS han afectado la capacidad de las entidades encargadas de la distribución y dispensación de medicamentos. La crisis financiera ha reducido los inventarios disponibles y debilitado los canales logísticos de entrega. **Desde finales de 2024, la negación o el retraso en la entrega se convirtió en el principal motivo de queja ante la Superintendencia Nacional de Salud.**



Solo en enero de 2025 se registraron **más de 52 000 reclamos**, con picos de afectación en Guaviare, Norte de Santander y Santander.

En paralelo, la sostenibilidad del sistema exige avanzar en la eficiencia del gasto en salud, particularmente en el componente de medicamentos. Según ACEMI, para 2024, este rubro representa el 23,3% del gasto total del sistema obligatorio. El gasto en medicamentos es un frente clave donde pueden adoptarse decisiones que garanticen a los colombianos un acceso oportuno, equitativo y sostenible a tratamientos, incluidos los innovadores, especialmente en un contexto de acelerado envejecimiento poblacional.

La falta de coordinación y de políticas sólidas en gestión farmacéutica impide anticipar desabastecimientos, optimizar compras basadas en resultados y agilizar, con rigor, el registro de nuevos medicamentos.

Colombia sigue dependiendo en gran medida de insumos y fármacos importados, lo que hace al sistema vulnerable a choques globales —escasez de materias primas, cuellos de botella logísticos o concentración de proveedores—. Esa dependencia se traduce en episodios recurrentes de escasez y desabastecimiento: un fenómeno mundial, sí, pero con impactos locales que interrumpen tratamientos y ponen en riesgo la continuidad terapéutica de miles de pacientes.



Interoperabilidad y tecnología

Colombia ha avanzado en la construcción del marco normativo y técnico para la digitalización del sistema de salud, con iniciativas como la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, la implementación del Resumen Digital de Atención (RDA) y la obligatoriedad tanto de los RIPS como de la factura electrónica. Estos desarrollos representan pasos importantes hacia una gestión más eficiente y transparente de la información en salud. Sin embargo, persisten problemas estructurales, como la fragmentación de los sistemas regionales, la limitada capacidad tecnológica de muchos prestadores, la falta de capacitación del talento humano y la resistencia al cambio.



El principal reto consiste en lograr que la transformación digital se traduzca en una verdadera interoperabilidad y en mejoras tangibles en la calidad, oportunidad y continuidad de la atención, especialmente en territorios con menor desarrollo tecnológico.

La experiencia de la teleconsulta durante la pandemia de COVID-19 demostró que la telemedicina puede no solo ser una herramienta eficaz para garantizar la continuidad de la atención, sino también ampliar el acceso y reducir los riesgos para los pacientes y el personal médico. Su rápida expansión fue posible gracias a la voluntad política, la flexibilización normativa y la colaboración intersectorial, factores que deben mantenerse para consolidar los avances logrados. No obstante, se evidenciaron limitaciones en conectividad, preparación del talento humano, barreras tecnológicas en zonas rurales y la necesidad de integrar la telemedicina con los sistemas clínicos y las rutas presenciales.

El reto hacia el futuro es desarrollar una estrategia nacional de gobernanza digital en salud que fortalezca la infraestructura tecnológica, la capacitación y la equidad en el acceso, asegurando la calidad de la atención, la sostenibilidad del sistema y la protección de los datos de los pacientes.

Salud mental

La salud mental en Colombia enfrenta retos interrelacionados de tipo social, clínico y estructural. Factores como la desigualdad, la pobreza, la violencia y el conflicto armado tienen un alto impacto psicosocial, que se agrava, además, por la estigmatización que limita la búsqueda de ayuda y la inclusión social.



En el ámbito clínico, la alta prevalencia de trastornos mentales y el aumento del consumo de sustancias se suman a la escasez de talento humano especializado y a la fragmentación del sistema, lo que dificulta la atención integral y la continuidad del tratamiento.

A nivel estructural persisten dificultades para consolidar modelos de atención integrados y comunitarios, con débil articulación intersectorial, insuficiente financiación e infraestructura limitada, lo que impide una respuesta equitativa y sostenida a las necesidades de salud mental en el país.

Envejecimiento poblacional

Colombia envejece a un ritmo acelerado: en los próximos diez años más del 20 % de la población tendrá más de 60 años.



La falta de servicios geriátricos, programas de cuidado prolongado y personal especializado limita la capacidad del país para responder a la creciente demanda de tratamientos y cuidados continuos que traerán las próximas décadas.

El envejecimiento poblacional implicará un aumento significativo en el consumo de servicios de salud, especialmente para el manejo de enfermedades crónicas y discapacidades, lo que podría duplicar el gasto actual si no se adoptan medidas preventivas. Anticipar este crecimiento requiere estrategias centradas en la prevención y la promoción de la salud, orientadas a prolongar la autonomía funcional y mejorar la calidad de vida en la vejez. Para ello, es necesario fortalecer aquellos programas de hábitos saludables y autocuidado desde etapas tempranas que incluyan actividad física, alimentación adecuada, monitoreo regular y detección temprana de riesgos.

La atención a la población mayor demanda modelos de atención integrales, que acompañen todo el ciclo del envejecimiento, combinando promoción, prevención, atención primaria, rehabilitación y cuidados especializados. Esto implica fortalecer redes comunitarias de apoyo, capacitar cuidadores, aprovechar las tecnologías de información y comunicación y promover la corresponsabilidad social entre los sectores de salud, desarrollo social, educación y gobiernos locales. Solo así será posible enfrentar el envejecimiento no como una carga, sino como una etapa de la vida con bienestar, dignidad y acompañamiento efectivo.



**LA PLATA DE LA SALUD DEBE VERSE
EN ATENCIÓN, NO EN DEMORAS.**

**HOY LOS PAGOS
TARDAN MÁS DE
245 DÍAS Y ESO
CIERRA SERVICIOS.**

**Vamos a RESTABLECER LOS GIROS
AUTOMÁTICOS Y TRAZABLES para
que los hospitales funcionen y los
tratamientos no se corten.**



VI SIÓN 2030

En 2030, el sistema de salud habrá vuelto a ser confiable. No perfecto, pero sí estable. Los pacientes sabrán adónde acudir, los hospitales tendrán cómo responder y los médicos podrán trabajar sin la angustia de si les van a pagar o no.

El foco estará en hacer que lo básico funcione: que los medicamentos lleguen a tiempo, que las citas se cumplan y que los recursos alcancen para atender a la gente. El propósito no es inventar un sistema nuevo, sino arreglar el que tenemos, hacerlo predecible y más humano.

Principios y enfoques de Estado



REGLAS CLARAS:

La salud no puede cambiar con cada gobierno. Se necesitan normas estables que den confianza.



PREVENCIÓN CON SENTIDO COMÚN:

Es más fácil y menos costoso evitar la enfermedad que tratarla cuando ya está avanzada.



PLATA BIEN USADA:

Cada peso del sistema debe llegar a donde realmente mejora la atención.



RESPECTO AL PERSONAL MÉDICO:

Sin estabilidad ni condiciones dignas no hay atención de calidad.



INFORMACIÓN COMPARTIDA:

Las entidades deben hablar entre sí. La historia clínica tiene que acompañar al paciente, no quedarse en un archivo.



DECISIONES DESDE LOS TERRITORIOS:

Los problemas de salud no son iguales en Bogotá, La Guajira o Caquetá. Las soluciones deben adaptarse a cada región.



Metas nacionales 2030



Atención en salud:

Implementar un plan de acción para mejorar la oportunidad en el diagnóstico y el control del riesgo secundario de las enfermedades cardiovasculares.



Cáncer:

Desarrollar un plan nacional para mejorar la oportunidad y calidad en la prevención, diagnóstico y atención de los seis tipos de cáncer de mayor prevalencia en el país.



Enfermedades huérfanas:

Establecer e implementar un plan integral de atención para las enfermedades huérfanas priorizadas.



Vacunación:

Alcanzar coberturas útiles del 95 % en las vacunas incluidas en el actual Plan Ampliado de Inmunización (PAI); actualizar dicho plan e implementar una estrategia progresiva para la inclusión de nuevas vacunas.



Innovación en salud:

Destinar al menos el 2 % de los recursos del sistema a proyectos de innovación en salud.



Financiamiento:

Poner en marcha un *Plan de Rescate del Sistema de Salud*, que no solo ajuste el financiamiento del aseguramiento a niveles suficientes para el cuatrienio 2026-2030, sino también que defina un plan de recuperación financiera institucional.



Transparencia:

Publicar trimestralmente un balance nacional de flujos financieros y gasto por enfermedad, disponible en línea para todos los ciudadanos.



Talento humano en salud:

Modernizar las formas de contratación para garantizar estabilidad laboral y condiciones dignas, orientadas a reducir el *burnout* del personal de salud.

**Talento humano en salud:**

Plan nacional de talento humano y proyecto de incentivos para la formación de talento humano para el futuro.

**Infraestructura hospitalaria:**

Modernizar o construir, junto con las entidades territoriales, al menos 10 hospitales que aún no cumplen con los estándares de sismorresistencia ni con las buenas prácticas ambientales en el manejo de residuos.

**Transformación digital:**

Acelerar la adopción de estándares de interoperabilidad en la red de prestación de servicios y en las entidades responsables de pago, mediante un plan de transformación digital con asistencia técnica especializada.

La salud de 2030 será el resultado de un esfuerzo sostenido por corregir los desajustes de hoy. No se trata de un sistema nuevo, sino de uno que por fin encontró equilibrio: entre lo público y lo privado, entre la prevención y la atención y entre la eficiencia y la empatía.



ASUNTOS

ES TRA TE GI COS



R

esolver los problemas del sistema de salud no pasa por una sola reforma. Requiere decisiones sostenidas que corrijan la fragmentación, devuelvan la estabilidad financiera y garanticen que el sistema funcione pensando primero en el paciente. Los siguientes asuntos estratégicos recogen las transformaciones de fondo que permitirán que el sistema sea predecible, humano y sostenible.

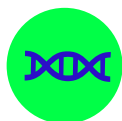
Financiamiento y gestión de recursos

La acumulación de deuda y la inestabilidad financiera han despertado la desconfianza en el sistema, además de incrementar los riesgos legales y fiscales derivados de la mala gestión de las EPS intervenidas. La sostenibilidad fiscal del sistema exige medidas coordinadas, transparentes y progresivas, que aseguren un flujo estable y suficiente de recursos para cubrir las crecientes necesidades de la población, especialmente frente a los efectos demográficos y epidemiológicos del periodo pospandemia.



Plan Nacional de Refinanciamiento del Sistema de Salud (2026–2030)

- ▶ Cumplir los Autos 007, 2049 y 2881 de la Corte Constitucional mediante una revisión retroactiva de la UPC y los presupuestos máximos del periodo 2022–2025, con reconocimiento técnico de los rezagos acumulados y definición de un plan de refinanciación a mediano plazo.
- ▶ Restablecer el flujo de recursos, de manera que se garanticen los giros automáticos, periódicos y trazables a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), se elimine la discrecionalidad y se asegure el cumplimiento de los plazos establecidos en la ley.
- ▶ Introducir mecanismos de estabilidad macrofiscal mediante la creación de una reserva para el Financiamiento del Aseguramiento en Salud, destinada a cubrir choques, litigios o brechas entre el gasto estimado y el real, con el fin de evitar que la insuficiencia se repita.



Evolución técnica de la UPC y los presupuestos máximos

- ▶ Pasar de una UPC plana a una “UPC por condiciones”, incorporando la concentración de riesgo, la multimorbilidad y la innovación tecnológica en la fórmula, con incentivos ligados a resultados en salud y gestión del riesgo.
- ▶ Llevar a cabo una revisión anual técnica y transparente de los valores de la UPC y los presupuestos máximos, con criterios basados en evidencia, costos reales y carga de enfermedad, no por decisiones políticas ni ideológicas.
- ▶ Reorganizar la Comisión de Costos y Tarifas, transformándola en un órgano técnico, independiente y permanente, cuyas decisiones sean vinculantes.



Fuentes y reglas para financiar la suficiencia

- ▶ Aprovechar excedentes del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) y recursos de salud destinados del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET).
- ▶ Asignar parte de los impuestos saludables al aseguramiento y a los programas de salud pública.
- ▶ Permitir el uso temporal y auditado de regalías para fortalecer las EPS con participación territorial.
- ▶ Hacer ajustes progresivos en la cotización con enfoque de equidad contributiva, es decir, revisando gradualmente los aportes de los regímenes especiales y de mayores ingresos.
- ▶ Fortalecer la ADRES como gestora única del flujo financiero mediante una unidad de caja transparente que concentre y priorice los recursos del sistema en el aseguramiento.



Reorganización y estabilización del sector EPS

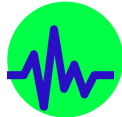
- ▶ Implementar un plan nacional de reestructuración y liquidación ordenada de las EPS, con el fin de garantizar continuidad del servicio y protección de los afiliados.
- ▶ Escindir las EPS de las cajas de compensación y estabilizarlas con recursos del FOSFEC y excedentes financieros auditables.
- ▶ Exigir rendición de cuentas trimestral sobre los planes de estabilización de las EPS intervenidas.
- ▶ Nombrar interventores con perfil técnico comprobado y experiencia en gestión financiera y hospitalaria.
- ▶ Activar un plan de choque de auditoría de cuentas en las EPS intervenidas, con trazabilidad pública de hallazgos y pagos.
- ▶ Promover modelos alternativos de aseguramiento público-privados que garanticen competencia por calidad y resultados.



Transparencia, confianza y planeación plurianual

- ▶ Publicar todos los giros y saldos del sistema a través de la plataforma ADRES Transparente.
- ▶ Adoptar presupuestos por resultados, vinculando los pagos al cumplimiento de metas de acceso, oportunidad y resultados en salud, en lugar del volumen de atenciones.

- ▶ Implementar una planeación plurianual del gasto 2026–2030, que articule suficiencia técnica, sostenibilidad fiscal y progresividad del gasto, eliminando la improvisación anual.
- ▶ Fortalecer el gobierno corporativo del sector mediante la profesionalización de la alta dirección de la ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud, con límites a la discrecionalidad política y control sobre el gasto administrativo.



Estabilidad institucional y control ciudadano

- ▶ Establecer un mecanismo anual de revisión de suficiencia: el Ministerio de Salud deberá publicar cada año un informe técnico sobre el estado del aseguramiento y las necesidades de ajuste, auditado por la Contraloría y con participación de expertos independientes.
- ▶ Crear un observatorio de financiamiento del sistema de salud, con participación de universidades, asociaciones de pacientes y sociedad civil, encargado de vigilar el cumplimiento de los fallos de la Corte Constitucional y la ejecución de los recursos.

Atención en salud

El sistema de atención funciona como un conjunto de piezas que no encajan. Los pacientes se pierden entre niveles, las EPS operan con baja coordinación y los hospitales y clínicas viven en permanente congestión. La atención debe reorganizarse en torno a resultados verificables, gestión territorial y participación ciudadana, superando la fragmentación actual.



Redes integradas orientadas a resultados

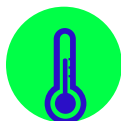
- ▶ Consolidar redes regionales que articulen hospitales públicos, privados y comunitarios, de acuerdo con la capacidad instalada y el perfil epidemiológico de cada territorio.
- ▶ Cada red deberá reportar resultados verificables —por ejemplo, porcentaje de hipertensos controlados, adherencia a tratamientos oncológicos o continuidad terapéutica en enfermedades huérfanas—, permitiendo evaluar la gestión de las EPS o de los operadores regionales.



Planes de mejoramiento por condición de salud

- ▶ Cardiovasculares: Establecer metas de detección temprana y control de factores de riesgo.
- ▶ Cáncer: Adoptar modelos de gestión clínica por tipo de tumor, con medición de oportunidad y sobrevida.

- ▶ Enfermedades huérfanas: Implementar seguimiento nominal y garantizar continuidad terapéutica.
- ▶ Vacunación: Alcanzar coberturas útiles del 95 %, actualizar el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) e incorporar progresivamente nuevas vacunas.
- ▶ Cada plan incluirá parámetros de evaluación para medir la gestión de las redes organizadas por las EPS o por gestores regionales, con indicadores de resultados y calidad clínica.



Planes de gestión de salud territorial con rendición de cuentas

- ▶ Cada departamento y distrito elaborará un **Plan de Gestión de Salud Territorial (PGST)** en conjunto con las secretarías de salud, las EPS (o quienes hagan sus veces) y el Ministerio de Salud.
- ▶ Los PGST establecerán metas anuales de resultados —como control de enfermedades crónicas, reducción de mortalidad evitable o tiempos de diagnóstico y tratamiento— con compromisos verificables de inversión, cobertura y calidad.
- ▶ Su ejecución estará sujeta a **rendición pública de cuentas semestral**, con participación del gobierno nacional, autoridades locales y ciudadanía.



Participación y veeduría ciudadana en salud

- ▶ Fortalecer la participación de pacientes, asociaciones científicas y organizaciones de la sociedad civil como veedores activos de la gestión territorial en salud.
- ▶ Estos actores integrarán los **comités territoriales de seguimiento**, revisarán indicadores de acceso, oportunidad y resultados, y podrán emitir alertas o recomendaciones públicas sobre el desempeño de las EPS, los hospitales y las autoridades locales.
- ▶ Esta veeduría ciudadana permitirá que la gestión del sistema sea más transparente, cercana a la gente y enfocada en las verdaderas necesidades de los pacientes.



Pilotos de gestión simplificada en territorios dispersos

- ▶ En zonas rurales o de difícil acceso se implementarán **pilotos de gestión y financiamiento unificado**, con un solo pagador regional que concentre la administración de los recursos y la gestión de servicios hospitalarios.
- ▶ El propósito es reducir la fragmentación administrativa y fortalecer la red pública local, priorizando departamentos como **Guainía, Vaupés, Chocó y La Guajira**.



Planificación e inversión basada en prioridades sanitarias

- ▶ Orientar las inversiones en infraestructura, dotación y equipos biomédicos según las **prioridades de atención en salud y las brechas de cobertura** identificadas en cada territorio.
- ▶ Las decisiones de expansión hospitalaria deberán responder a **evidencia epidemiológica y necesidades reales**, evitando proyectos motivados por intereses coyunturales.



Inversión en conectividad y salud digital

- ▶ Incorporar la infraestructura de comunicaciones dentro de la política de salud, con el fin de garantizar conectividad de calidad en hospitales y centros rurales.
- ▶ Esto permitirá extender modelos de atención basados en tecnología —como la **teleconsulta**, la **teleinterconsulta** y el **monitoreo remoto**—, reduciendo desplazamientos y mejorando la cobertura efectiva del sistema.

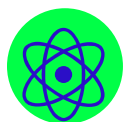


Cuenta de alto costo como sistema nacional de evaluación

- ▶ Ampliar su función para monitorear resultados clínicos por enfermedad y medir el cumplimiento de los planes territoriales de salud.
- ▶ Integrar estos indicadores a los mecanismos de **incentivos financieros y reconocimiento público**, fortaleciendo la rendición de cuentas y la transparencia del sistema.

Talento humano

El talento humano es el corazón del sistema de salud: ningún modelo funciona sin médicos, enfermeras, auxiliares y demás profesionales comprometidos y bien formados. Hoy el país enfrenta una doble crisis: **déficit de personal y condiciones laborales precarias**. En muchas regiones, los equipos trabajan con sobrecarga, contratos inestables y sin reconocimiento, lo que amenaza la calidad y la continuidad de la atención.



Planeación del talento y expansión de especialidades

- ▶ Crear una **Mesa Permanente de Planeación del Talento Humano**, integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, universidades y asociaciones médicas,

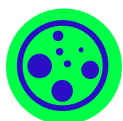
para definir anualmente los cupos de formación en especialidades con déficit —como medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, psiquiatría y enfermería comunitaria—.

- ▶ Anticipar las necesidades futuras del sistema y alinear la oferta educativa con la demanda real, de modo que permita priorizar la formación en **perfiles estratégicos** y garantizar la continuidad en la formación de enfermeras, nutricionistas, optómetras y técnicos, donde hoy existen brechas significativas.



Formación y permanencia

- ▶ Implementar un **Plan nacional de formación y permanencia del talento humano en salud**, que permita que clínicas, hospitales y gestores farmacéuticos financien total o parcialmente los estudios de profesionales de la salud a cambio de beneficios tributarios y de un compromiso de permanencia mínima en el sector público o en la misma institución.
- ▶ Crear **fondos departamentales de becas en salud**, diseñados en conjunto con gobernaciones, universidades y hospitales locales, para que los jóvenes de cada territorio estudien carreras de salud con la obligación de ejercer al menos tres años en su región, priorizando las zonas rurales y dispersas.
- ▶ Establecer **incentivos laborales para zonas priorizadas**, que incluyan bonificaciones salariales, puntos adicionales y reducción de créditos educativos para los profesionales que trabajen en municipios con escasez de personal médico.



Trabajo digno y bienestar del talento humano

- ▶ El sistema de salud requiere **esquemas de contratación compatibles con el bienestar físico y mental del personal sanitario**. Muchos profesionales trabajan hoy en condiciones que deterioran su salud y afectan la atención que reciben los pacientes.
- ▶ Aunque los trabajadores del sector reportan altos niveles de satisfacción con su labor, tienen una percepción negativa sobre su estabilidad laboral, es decir, ello refleja un sistema que no cuida a quienes cuidan.
- ▶ Se propone:
 - ▶ **Contratación estable**, con seguridad social plena y reglas claras.
 - ▶ **Esquemas laborales que integren descanso, apoyo psicosocial y prevención del agotamiento**, especialmente en servicios de urgencias y atención primaria.
 - ▶ **Programas de bienestar integral** que promuevan ambientes laborales saludables y sostenibles.
 - ▶ **Estrategias para ampliar el acceso a posgrados** y eliminar los cuellos de botella que hoy frenan el desarrollo profesional.



LOS PACIENTES NO PUEDEN SEGUIR PERDIDOS ENTRE TRÁMITES.

**Repetir exámenes y empezar de cero
no puede ser la regla.**

**Con REDES REGIONALES INTEGRADAS Y
HISTORIA CLÍNICA INTEROPERABLE, la
atención será continua, clara y centrada
en el paciente.**

Medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías en salud

El acceso a los medicamentos se ha convertido en la **prueba más visible del colapso del sistema**. Las demoras, las negaciones y los sobrecostos reflejan un modelo logístico desarticulado, con deficiencias regulatorias, baja capacidad industrial y serias fallas en la distribución. Superar esta crisis requiere fortalecer la gobernanza farmacéutica, optimizar los procesos regulatorios y modernizar toda la cadena de valor del medicamento desde la autorización hasta la entrega al paciente.



Procesos regulatorios y de registro

- ▶ Implementar sistemas más ágiles y transparentes para la **autorización e ingreso de medicamentos**, utilizando tecnologías digitales y análisis de datos para reducir tiempos y mejorar la trazabilidad.
- ▶ Facilitar la **incorporación de medicamentos innovadores** en el mercado de manera más rápida y segura, garantizando calidad y equidad en el acceso.



Modelos de compra basados en resultados

- ▶ Fomentar **contratos y adquisiciones de medicamentos** mediante sistemas de compra que vinculen el pago con los resultados clínicos demostrados.
- ▶ Promover la **eficiencia y sostenibilidad** del sistema, asegurando que los recursos se asignen a medicamentos efectivos, de impacto comprobado y con beneficios reales para los pacientes.



Producción nacional y alianzas público-privadas

- ▶ Estimular la inversión en la **capacidad industrial local** de medicamentos y vacunas a través de alianzas estratégicas con incentivos fiscales, transferencia tecnológica y apoyo a la innovación.
- ▶ Asegurar una **mayor autonomía sanitaria** y una oferta más estable, asequible y resiliente ante crisis de suministro global.



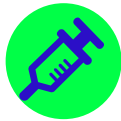
Modernizar la logística y distribución

- ▶ Invertir en **tecnologías de trazabilidad, gestión de inventarios y distribución digitalizada**, con enfoque territorial y especial atención a zonas rurales.
- ▶ Disminuir las fallas en los canales de distribución y reducir los retrasos en la dispensación, priorizando departamentos con altos niveles de quejas o desabastecimiento.



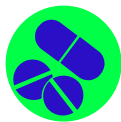
Nuevos operadores logísticos

- ▶ Facilitar la entrada de **operadores logísticos especializados** que dinamicen la distribución de medicamentos en segmentos de alto volumen y cobertura nacional.
- ▶ Establecer estándares claros de calidad, cumplimiento y transparencia para garantizar un mercado competitivo y eficiente.



Capacidad de análisis y toma de decisiones en financiamiento

- ▶ Incorporar herramientas de **evaluación de resultados, eficiencia y costo-efectividad** en la formulación de políticas públicas.
- ▶ Basar las decisiones de cobertura y financiamiento de medicamentos en **evidencia científica, impacto clínico y sostenibilidad económica**.

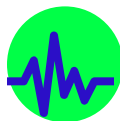


Monitoreo y evaluación continua

- ▶ Crear un **sistema de vigilancia en tiempo real** que registre y analice reclamos, retrasos y fallas en la distribución y dispensación de medicamentos.
- ▶ Permitir **ajustes inmediatos** ante irregularidades y generar transparencia pública en la gestión del sistema de medicamentos.

Interoperabilidad y tecnología

La salud digital será el **cimiento de la gestión moderna del sistema de salud**. La interoperabilidad, la inteligencia artificial y la transformación tecnológica deben orientarse a mejorar la calidad de la atención, anticipar riesgos y hacer más transparente la gestión de los recursos.



Interoperabilidad

- ▶ Para lograr una rápida y efectiva adopción de la **interoperabilidad de la historia clínica electrónica** y los mecanismos asociados, se propone un **plan estratégico** que combine incentivos, apoyo técnico y acciones de sensibilización.
- ▶ Este plan debe incluir **incentivos** para clínicas y hospitales que cumplan con los estándares técnicos y normativos establecidos, facilitando su migración a **plataformas interoperables**.
- ▶ Se deberá implementar una **hoja de ruta clara**, con metas intermedias y cronogramas específicos, que priorice las zonas con **menor capacidad tecnológica y mayor vulnerabilidad**.
- ▶ La creación de **alianzas público-privadas** puede facilitar la adopción de tecnologías innovadoras y el cumplimiento de los estándares requeridos.



Capacitación y competencias digitales

- ▶ En alianza con **instituciones de educación superior (IES)**, se promoverá el desarrollo de **programas de capacitación continua** dirigidos a los profesionales de la salud y al personal técnico, con el fin de fortalecer sus competencias digitales, reducir resistencias y promover la apropiación tecnológica en todos los niveles de atención.

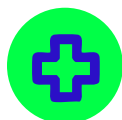


Inteligencia artificial en salud

- ▶ La **inteligencia artificial (IA)** representa una de las mayores oportunidades para transformar el sistema de salud colombiano.
- ▶ Para impulsarla, se propone **fortalecer el marco regulatorio e invertir en la formación y capacitación del talento humano**.
- ▶ Se sugiere destinar **recursos de un fondo de investigación y desarrollo en salud** para promover proyectos en la materia, así como establecer **incentivos para iniciativas del sector privado o en alianzas público-privadas**.

Salud mental

Se propone avanzar en un **plan con enfoque multidimensional y coordinado** que atienda los retos estructurales, sociales y clínicos de manera integrada. La propuesta se estructura en los siguientes ejes clave:



Atención comunitaria y domiciliaria

- ▶ Impulsar un **modelo psicosocial** que privilegie la atención integral en la comunidad y el domicilio del paciente, reduciendo la dependencia de internaciones hospitalarias prolongadas.
- ▶ Establecer **Centros de Atención Psicosocial (CAPS)** distribuidos territorialmente, combinados con equipos móviles y servicios domiciliarios con personal capacitado para intervenciones clínicas, psicosociales y de acompañamiento.
- ▶ La **atención domiciliaria** es fundamental para mantener la autonomía, facilitar la rehabilitación y disminuir la exclusión social.
- ▶ La disponibilidad de estos servicios debe garantizarse en **todas las regiones del país**, con foco especial en zonas rurales y de alta vulnerabilidad.



Formación del talento humano

- ▶ Desarrollar y fortalecer **programas de educación y formación** de profesionales en salud mental comunitaria, incluyendo psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros y personal de apoyo.
- ▶ Incluir competencias en **atención domiciliaria, manejo de casos, trabajo interdisciplinario y enfoques basados en derechos humanos**.
- ▶ Crear **alianzas con universidades, institutos técnicos y organismos internacionales** para estandarizar las capacidades y asegurar la calidad de la formación.
- ▶ Garantizar **capacitación continua** para los equipos de salud primaria, dado su papel crucial en la detección temprana y el acompañamiento inicial.



Articulación intersectorial

- ▶ Establecer un **marco de gobernanza multisectorial** que articule al sector salud con los sectores de educación, justicia, desarrollo social y empleo.
- ▶ Promover **políticas integradas, programas conjuntos y mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia**.

- ▶ Este enfoque permitirá **abordar los determinantes sociales de la salud mental**, mejorar la inclusión social y reducir factores de riesgo como la violencia y la pobreza.



Desinstitucionalización y rehabilitación comunitaria

- ▶ Impulsar **estrategias de desinstitucionalización**, donde la red comunitaria y las familias sean el eje central del cuidado.
- ▶ Garantizar recursos y atención adecuada a personas con trastornos mentales severos mediante programas de **rehabilitación psicosocial basados en la comunidad**.
- ▶ Apoyar la **reintegración social, laboral y familiar**, con el fin de promover la autonomía y la calidad de vida.



Innovación y tecnología

- ▶ Incorporar **tecnologías de información y comunicación** en la gestión integral de la atención en salud mental.
- ▶ Integrar **historias clínicas electrónicas interoperables, telemedicina, monitoreo remoto y sistemas de alerta** para seguimiento domiciliario.
- ▶ Estas herramientas permitirán mejorar la oportunidad y continuidad de la atención, ampliar cobertura y facilitar la coordinación entre niveles de atención.



Financiamiento y sostenibilidad

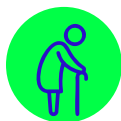
- ▶ Avanzar en un **plan de financiación adicional** para el sector salud que no solo permita la **implementación progresiva del modelo de salud mental**, sino también que priorice la **equidad territorial y la inclusión**.





Envejecimiento y enfermedades crónicas

El **envejecimiento de la población** y el **aumento de las enfermedades crónicas** imponen una presión creciente sobre el sistema de salud. Atender este desafío con un enfoque centrado en el **cuidado, la prevención y la autonomía funcional** es clave para garantizar calidad de vida y sostenibilidad en el tiempo.



Atención primaria

- ▶ Incluir la **valoración geriátrica integral** y el **seguimiento de enfermedades crónicas** dentro de los servicios de atención primaria, asegurando continuidad y acompañamiento.



Rehabilitación y autocuidado

- ▶ Desarrollar **programas de rehabilitación, autocuidado y actividad física** orientados a mantener la **autonomía funcional** de las personas mayores.



Articulación intersectorial

- ▶ Trabajar de manera articulada con el **Departamento de Prosperidad Social (DPS)** para vincular las políticas de cuidado de los adultos mayores con los **programas de protección social y superación de la pobreza**.
- ▶ El DPS podrá incorporar **líneas específicas de apoyo económico, nutricional y de cuidado** para personas mayores, especialmente en hogares de bajos ingresos.
- ▶ Esta coordinación permitirá **integrar salud y política social**, reducir barreras económicas para el acceso al cuidado y promover la **salud** y la **formación de cuidadores**.

PRIMEROS

**100
DÍAS**



Las primeras decisiones no son reformas, son señales. Señales de que el sistema puede volver a funcionar si hay coordinación, responsabilidad y transparencia.

1. Suspender los decretos y resoluciones dirigidos a implementar la reforma a la salud por esta vía hasta realizar una revisión integral de su impacto jurídico, fiscal y operativo.

2. Nombrar interventores y conformar un plan de mando unificado para la estabilización de la operación de las EPS intervenidas, con acciones de tipo corporativo, financiero y asistencial que garanticen continuidad en la atención y uso eficiente de los recursos.

3. Implementar un plan de estabilización de recursos del sistema con una revisión detallada de las asignaciones y su ejecución. Este plan deberá incluir decisiones para **redireccionar recursos de la vigencia 2026**, mejorar el flujo financiero del sistema de salud e identificar un **plan de solvencia de corto plazo**.

4. Poner en marcha un plan de estabilización de la atención en salud de choque, basado en **planes territoriales** que identifiquen fallas en el acceso a servicios y tratamientos en cada región. En este plan participarán los **gobiernos territoriales, las EPS, los prestadores y las asociaciones de pacientes**, con el fin de acordar soluciones inmediatas y sostenibles.

5. Diseñar el plan de refinanciamiento del sistema, a partir de la validación de información real y la revisión de estados financieros consolidados, para definir los requerimientos y compromisos de mediano plazo.

6. Instalar la mesa de diálogo con pacientes, como canal directo con asociaciones para registrar fallas en la atención, negación de medicamentos y demoras, con respuestas concretas y **planes de acción con seguimiento continuo**.

7. Presentar una rendición pública del plan de choque cada tres meses, publicando los avances en pagos, reducción de tiempos de entrega de medicamentos y saneamiento hospitalario, mediante una **audiencia pública transmitida en línea**.

8. Lanzar la campaña nacional “La salud sí responde”, para comunicar a la ciudadanía los avances del plan de choque con **datos verificables y ejemplos reales de mejora**, destacando hospitales saneados, EPS estabilizadas y pacientes atendidos sin interrupciones.

En los primeros 100 días no se solucionará todo, pero sí se podrá frenar el deterioro, ordenar los flujos, garantizar continuidad en los tratamientos y mostrar que el Estado volvió a hacerse cargo. El plan de choque será la prueba de que la salud no necesita más promesas, sino decisiones que se cumplan.



SOLU CIO NES

A DOLORES CIUDADANOS

“ **Hago filas eternas por mis medicamentos y al final no me los entregan. Dicen que ya no los manejan o que ‘los envían a la casa’, solo para sacarme de taquito.** ”

- ☾ Permitiremos que las empresas de reparto que ya te traen el mercado a tu casa también entreguen tus medicinas en la casa, con seguimiento, para que nadie pierda horas esperando.
- ☾ Apoyaremos a los laboratorios nacionales y mantendremos reservas estratégicas para que un retraso en una importación no deje al país sin medicinas básicas.
- ☾ Negociaremos precios directamente con los laboratorios para conseguir precios justos en los medicamentos esenciales y asegurar que nunca falten.
- ☾ Enviaremos recordatorios por SMS o WhatsApp a los pacientes para que cumplan sus tratamientos y no se desperdicien medicamentos que otro paciente podría necesitar.

“ **La clínica donde me trataban cerró el servicio y tuve que volver a empezar.** Después de meses de exámenes y diagnósticos, de repente cierran el área de la especialidad que necesito. Me mandan a otra clínica donde nadie conoce mi historia, y toca repetir todo como si fuera la primera vez. ”

- ☾ **Consolidaremos redes regionales** para que, si una clínica cierra, otra te reciba sin demoras y sin que te nieguen la atención.
- ☾ **Implementaremos de manera efectiva la historia clínica interoperable**, para que donde te atiendan sepan cómo va tu tratamiento y todo sobre tu diagnóstico.

“ **Cada cita es una maratón de papeleos y trámites.** ” **Para una autorización o un control toca madrugar, hacer filas y rogar que el sistema no se caiga. Lo que debería ser simple se convierte en un castigo.**

- ☾ **Unificaremos los sistemas de información** entre las EPS y los hospitales para que las autorizaciones se hagan en línea y en minutos.
- ☾ **Pondremos metas y acompañamiento técnico** a las clínicas y hospitales que más rezago tengan en digitalización.
- ☾ **Capacitaremos al personal médico y administrativo** para que la tecnología facilite la atención, no para que la complique.

“ **Tengo que viajar horas para recibir atención.** ” **En mi municipio ya no hay especialistas. Para una cita debo gastar dinero y perder un día entero viajando a otra ciudad.**

- ☾ **Llevaremos la salud digital a todo el país**, con teleconsultas y teleinterconsultas para que no tengas que recorrer kilómetros por una cita.
- ☾ **Vamos a poner la plata donde más falta hace**, invirtiendo en arreglar y dotar hospitales, comprar equipos y mejorar servicios según las necesidades reales de cada región. No todas las zonas necesitan lo mismo, por eso las inversiones irán a los lugares donde hoy es más difícil recibir atención.
- ☾ **Implementaremos pilotos de gestión unificada en territorios dispersos**, para que en regiones como Chocó o La Guajira los recursos se administren desde el territorio y la atención sea más rápida.

“El sistema me obliga a acudir a una tutela para que me atiendan” La única forma de que me den un examen o un medicamento es demandando. Y aunque gane, ya perdí tiempo valioso para mi salud.

- **Cumpliremos los fallos de la Corte Constitucional** y estabilizaremos los recursos del sistema, para que los derechos no dependan de una tutela.
- **Implementaremos un Plan de Choque** con seguimiento a indicadores clave para resolver los retrasos y el incumplimiento.

“Vivo con miedo a que el tratamiento se interrumpa de un día para otro” Si cambian de EPS, si quiebra la clínica o se acaba un contrato, mi tratamiento se corta sin aviso. Esa incertidumbre es insoportable.

- **Ordenaremos las cuentas del sistema** para que los recursos lleguen a tiempo a los hospitales y los tratamientos no se corten por falta de pago.
- **Mediremos resultados reales**, como continuidad oncológica o adherencia en enfermedades huérfanas, para premiar a quienes garanticen atención constante.

“Me internan y me dan de alta sin haber resuelto nada” Entro a urgencias con una crisis, me estabilizan y al otro día me mandan a la casa sin un plan claro. A la semana vuelvo a urgencias y se repite el ciclo.

- **Mediremos la continuidad de la atención** y no solo el número de egresos hospitalarios.
- **Fortaleceremos la cuenta de alto costo** para hacer seguimiento a las enfermedades y detectar interrupciones en los tratamientos.

“En mi tratamiento no consideran mi situación económica o familiar” Me recetan cosas que la EPS no cubre y que yo no puedo pagar. Terminé sintiéndome culpable por no seguir el tratamiento.

- **Coordinaremos la política de salud con los programas sociales** para que los pacientes de bajos ingresos tengan apoyo en transporte, cuidado y nutrición.
- **Vincularemos al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS)** en los planes de salud territorial, para unir la atención médica con la protección económica.

“Los servicios de salud mental están colapsados. Si busco un psicólogo o un psiquiatra, me dan la cita para tres o cuatro meses después. Mientras tanto, debo enfrentar solo la depresión o la ansiedad”

- **Crearemos Centros de Atención Psicosocial (CAPS)** en todas las regiones, con equipos móviles y atención domiciliaria.
- **Capacitaremos a médicos, enfermeros y psicólogos** en salud mental comunitaria, para detectar y acompañar desde el primer nivel de atención.
- **Usaremos la tecnología para ampliar la cobertura**, con teleconsultas y seguimiento remoto que permitan llegar donde hoy no hay especialistas.



SIN MÉDICOS Y ENFERMERAS EN CONDICIONES DIGNAS, EL SISTEMA NO FUNCIONA.

**HOY HAY DÉFICIT, SOBRECARGA
Y CONTRATOS PRECARIOS.**

Crearemos una planeación real del talento humano, incentivos para zonas rurales y contratación estable que cuide a quienes cuidan al país.

AGENDA

NOR MA TI VA





El nuevo gobierno deberá expedir un paquete normativo inicial para **restablecer la estabilidad jurídica y operativa del sistema de salud**, derogando las normas expedidas por vía reglamentaria que alteraron el modelo sin respaldo legislativo ni técnico.

Derogatoria del Decreto 858 de 2025

- ▶ Eliminar el decreto que sustituyó la parte 11 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relacionado con el “Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo”.
- ▶ Recuperar el marco original del Decreto 780 de 2016, hasta tanto se expidan los instrumentos jurídicos que permitirán garantizar el derecho fundamental a la salud, con base técnica y concertación de todos los actores.

Derogatoria de la Resolución 1789 de 2025

- ▶ Derogar la resolución que definió las regiones y subregiones funcionales para la “Gestión Territorial Integral de la Salud Pública”.
- ▶ Restituir la competencia de los **departamentos y distritos** para organizar sus redes y programas de salud pública conforme a sus realidades territoriales.
- ▶ Evitar la imposición de una regionalización sin estudios técnicos ni concertación con las autoridades locales.

Derogatoria de la Resolución 2161 de 2025

- ▶ Derogar la resolución que modificó los criterios de habilitación de las EPS.
- ▶ Restablecer las reglas de habilitación, funcionamiento y asignación de afiliados vigentes antes de 2025, mientras se adelanta una revisión técnica y participativa del modelo.



Expedición de nuevos instrumentos para la implementación efectiva de la Ley estatutaria de salud (Ley 1751 de 2015)

- ▶ Expedir todos los instrumentos normativos y jurídicos necesarios para dar cumplimiento pleno a la Ley Estatutaria de Salud, garantizando su aplicación progresiva, técnica y sostenible.
- ▶ Reglamentar los principios de la ley —universalidad, calidad, equidad, sostenibilidad y autonomía profesional— mediante decretos y resoluciones que orienten la política pública y la gestión del sistema.



EL MAYOR DOLOR DE LA GENTE HOY SON LOS MEDICAMENTOS QUE NO LLEGAN.

**LAS DEMORAS Y NEGACIONES NO SON
INEVITABLES: SON MALA GESTIÓN.**

**Con nuevos operadores logísticos, compras
basadas en resultados y mejor trazabilidad, el
medicamento llegará a tiempo y sin excusas.**

FIRME LUNA PRESIDENTE

**Si HAY UN
CAMINO**