



Diálogos para la Protección Inmediata del Derecho a la Salud: aprendizajes y decisiones impostergables desde los territorios

www.defensoria.gov.co

Diálogos para la Protección Inmediata del Derecho a la Salud: aprendizajes y decisiones impostergables desde los territorios



#BuenFuturoHoy

© Defensoría del Pueblo, agosto 2026

Obra de distribución gratuita.

El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o replicar, total o parcialmente, citando la fuente.

Colombia. Defensoría del Pueblo. Diálogos para la Protección Inmediata del Derecho a la Salud: Aprendizajes y decisiones impostergables desde los territorios

Páginas: 54

Bogotá, D. C., 2026

Calle 55 N. °10-32 – Sede nacional

PBX: [601] 314 7300 – [601] 314 4000

<https://www.defensoria.gov.co/>

IRIS MARÍN ORTIZ
Defensora del Pueblo

PAULA CRISTINA APONTE URDANETA
Vicedefensora del Pueblo

CLAUDIA PATRICIA VACA GONZÁLEZ
Defensora Delegada para Derecho a la Salud y Seguridad Social

CAROLINA VERGEL TOVAR
Directora Nacional de Promoción y Divulgación de los Derechos Humanos

Diseño y diagramación

evl

Diseño de portada

evl

Corrección de estilo

Dirección Nacional de Promoción y Divulgación

Coordinación y edición general

CLAUDIA PATRICIA VACA GONZÁLEZ,
Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

DIANA ZAMIRA ROMERO CRIOLLO,
Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

DORIS ADRIANA MARTÍNEZ PEÑUELA,
Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

ANGIE VANESSA SÁNCHEZ BEJARANO,
Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

ÁLVARO ANDRÉS MORALES MONTENEGRO,
Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

LUISA FERNANDA VARGAS APONTE,
Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

JUANITA VAHOS ZAMBRANO,
Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

ERIKA MADELINE GARCÍA,
Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

...

Este documento debe citarse así:
Defensoría del Pueblo [2026]. Diálogos
para la Protección Inmediata del
Derecho a la Salud: aprendizajes y
decisiones impostergables desde los
territorios

Contenido

Resumen ejecutivo	7
Introducción	10
PARTE I	12
DIPSA: metodología para identificar riesgos y activar respuestas.....	12
¿Cómo funciona DIPSA?	12
1. Propósito y alcance	12
2. Criterios de priorización de EPS.....	12
3. Diálogo nacional y diálogo territorial	14
4. Fuentes de información	16
PARTE II	18
Hallazgos de vulneración del derecho a la salud.....	18
1. Barreras persistentes para el acceso oportuno de medicamentos.....	18
2. Las Redes contratadas no garantizan oportunidad ni disponibilidad de citas y servicios.....	25
3. Retrasos en la atención especializada por fallas en los procesos de referencia y contrarreferencia.....	27
4. Emergencia sísmica: afectación de la infraestructura de salud y desafíos para las redes de prestación.....	30
5. Salud mental: una demanda creciente que exige fortalecer la capacidad de respuesta territorial	31

6. Deudas y demoras en el flujo de recursos que comprometen la prestación de servicios de salud	32
7. Inestabilidad institucional a causa de las Intervenciones administrativas	35
8. Las cifras de gestión minimizan las barreras reportadas por las personas usuarias	35
9. La suspensión de servicios complementarios desprotege a pacientes de territorios apartados.....	36
10. Desigualdad territorial y aseguramiento único.....	37
PARTE III	39
Hallazgos por EPS.....	39
PARTE IV	43
Situaciones territoriales críticas identificadas por DIPSA.....	43
PARTE V	45
Aprendizajes y agenda para proteger el derecho a la salud.....	45
De los aprendizajes a la acción.....	45
1. El diálogo interinstitucional puede destrabar situaciones críticas	45
2. Resolver casos no equivale a resolver las causas de las barreras.....	46
3. Los compromisos requieren indicadores, responsables y plazos.....	46
4. El análisis sistemático de casos permite fortalecer la priorización territorial y poblacional.....	47
5. La continuidad de los equipos institucionales es condición para la transformación.....	47

6. Participación de los organismos de control y capacidad de respuesta institucional	48
7. Agenda para la protección del derecho a la salud: prioridades para un plan de estabilización	49
Conclusiones.....	52

Resumen ejecutivo

Desde la sentencia T-760 de 2008 y los numerosos autos de seguimiento, se ha observado la existencia de barreras administrativas, financieras, territoriales o institucionales, que se trasladan a las personas usuarias generando sufrimiento, empobrecimiento y mayor inequidad. Estas barreras se reflejan en las cifras crecientes de quejas, reclamos y tutelas, que se han agravado en los últimos dos años.

La tendencia se evidencia en los registros de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS)¹, donde los reclamos de las EPS [sin EPSI²] reportados pasaron de 1.300.732 en 2023 a 1.604.965 en 2024 y 2.048.439 en 2025. Solo durante el primer semestre de 2026 se registraron 1.034.235 reclamos.

El comportamiento de los reclamos relacionados con medicamentos resulta especialmente relevante. Los reclamos relacionados con medicamentos ante la SNS se triplicaron entre 2023 y 2025 [de 194. 415 a 547. 992], pasando de representar el 15 % al 27 % del total de reclamos, con 234. 401 reclamos adicionales ya registrados en el primer semestre de 2026. Esta tendencia se confirma en la Defensoría del Pueblo, donde las quejas en salud casi se duplicaron entre 2023 y 2025 [de 27. 202 a 51. 250], con un incremento del 22 % al comparar el primer semestre de 2026 frente al mismo periodo de 2025; dentro de estas, las quejas por medicamentos se cuadruplicaron en el mismo lapso [de 4. 008 en 2023 a 16. 070 en 2025]. Finalmente, la judicialización del derecho a la salud, medida a través de las tutelas ante la Corte Constitucional, muestra un crecimiento sostenido desde 2020, alcanzando en 2025 su nivel más alto en la serie histórica [312. 567 tutelas], lo que en conjunto refleja una creciente presión ciudadana sobre el sistema de salud y sus mecanismos de protección.

Para febrero de 2026, a partir de las mesas de trabajo adelantadas por la Defensoría del Pueblo, un conjunto de EPS reportó una efectividad promedio del 92.0% en la entrega de medicamentos. En contraste, el instrumento ³ aplicado por la Defensoría del Pueblo a 5.763 usuarios y usuarias entre 2025 [3.721 participantes] y 2026 [2.042 participantes entre enero y agosto], evidenció que cerca del 87% de las personas manifestaron haber experimentado problemas en la entrega de sus medicamentos. Estas diferencias evidencian la necesidad de complementar los indicadores institucionales con mecanismos de verificación que permitan valorar la oportunidad, continuidad y efectividad real del acceso a los medicamentos.

En respuesta a esta problemática, durante 2025 la Defensoría del Pueblo implementó la Estrategia de Respuesta Inmediata para la Atención de Problemáticas de Acceso a

1 Superintendencia Nacional de Salud. (s. f.). AnaliSalud. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/analisalud.aspx>

2 EPSI: entidades promotoras de salud indígenas.

3 Desde junio de 2025, la Defensoría del Pueblo aplicó un instrumento de verificación de derechos, en formato de encuesta, a las personas presentes en los puntos de dispensación de medicamentos de los gestores farmacéuticos que operan en el territorio nacional. El instrumento permitió caracterizar las demoras o negativas en la entrega de medicamentos, las barreras de acceso y sus consecuencias en el bienestar de las personas.

Medicamentos y otras situaciones críticas en salud en Colombia a través de Puestos de Mando Unificado [PMU]. Se realizaron 17 PMU y 52 mesas de trabajo, articulando entidades del orden nacional y territorial, EPS, IPS, operadores farmacéuticos, organismos de control y organizaciones sociales para identificar casos, coordinar respuestas y hacer seguimiento a los compromisos ⁴.

En 2026 la Defensoría del Pueblo evolucionó la estrategia de PMU hacia los Diálogos para la Protección Inmediata del Derecho a la Salud [DIPSA], que incluyó diálogos nacionales, triangulación de información proveniente de diversas fuentes y mecanismos de seguimiento más robustos.

Los hallazgos de DIPSA muestran que la vulneración del derecho a la salud se manifiesta principalmente en interrupciones en la entrega de medicamentos, incluso cuando existen mecanismos nacionales de monitoreo y disponibilidad del producto, en el deterioro de los procesos de referencia y contrarreferencia que dejan a pacientes semanas esperando autorización o traslado, en redes contratadas que no se traducen en disponibilidad efectiva de citas y servicios, en las afectaciones a la infraestructura de salud derivadas de la emergencia sísmica, y en una demanda creciente de atención en salud mental que supera la capacidad territorial instalada.

Estas barreras adquieren características particulares en territorios rurales, dispersos, indígenas y de frontera, especialmente donde existe baja oferta de servicios o una alta dependencia de un asegurador.

Las causas identificadas responden a la interacción de fallas financieras, administrativas y territoriales. La acumulación de cartera y deudas entre aseguradores y prestadores, que deriva en cancelación de citas y suspensión de servicios; los embargos judiciales sobre cuentas maestras del sistema; la inestabilidad institucional generada por intervenciones administrativas y la rotación de agentes interventores; y la insuficiencia y concentración de la red de prestación de servicios en áreas urbanas y ciudades principales. En conjunto, estos hallazgos evidencian que la existencia de contratos, autorizaciones o indicadores favorables no garantiza por sí misma el goce efectivo del derecho a la salud.

La experiencia mostró, además, que el diálogo interinstitucional puede contribuir a destrabar situaciones críticas, pero no puede sustituir la responsabilidad ordinaria de los actores del sistema. El desafío es avanzar de la gestión de contingencias hacia una gestión orientada a resultados efectivos para las personas y la población.

Por ello, la Defensoría del Pueblo propone al Gobierno entrante una agenda inmediata centrada en cinco líneas estratégicas: i) estabilizar las EPS y proteger a las poblaciones con situaciones clínicas críticas, ii) priorizar los territorios con mayores barreras y fortalecer su capacidad de respuesta, incluyendo los afectados por el sismo, iii) valorar y fortalecer la red

⁴ Una ampliación de los resultados de las acciones de los PMU está disponible en Defensoría del Pueblo. (2025). Medicamentos inaccesibles, derechos vulnerados: un análisis con enfoque territorial en Colombia.

de prestación de servicios con enfoque de macrorregiones, iv) implementar un plan de monitoreo y transición de las EPS intervenidas, y v) fortalecer la respuesta en salud mental.

Estas medidas de estabilización no sustituyen las transformaciones estructurales que requiere el sistema de salud. La respuesta de corto plazo debe acompañarse de decisiones de fondo orientadas a garantizar un financiamiento equitativo y sostenible, fortalecer la gobernanza territorial con capacidad efectiva de decisión y consolidar una rectoría nacional con mayores capacidades para anticipar riesgos, coordinar actores y garantizar el cumplimiento de las obligaciones del sistema. La estabilización debe, por tanto, permitir contener las afectaciones actuales sin reproducir las condiciones estructurales que las originaron.

Introducción

Durante el primer semestre de 2025, la Defensoría del Pueblo identificó un deterioro progresivo en la garantía del derecho fundamental a la salud, evidenciado por el incremento de quejas relacionadas con la entrega inoportuna o incompleta de medicamentos y por los reportes de las Defensorías Regionales sobre barreras persistentes para el acceso a tratamientos en distintos territorios del país. El análisis institucional permitió establecer que estas situaciones tenían un carácter estructural y afectaban de manera diferencial a ciertas regiones del país, de alta ruralidad y con especial impacto en personas con enfermedades crónicas, de alto costo y otras condiciones que requieren continuidad terapéutica.

En el documento decisiones impostergables en materia de derechos humanos para el próximo Gobierno ⁵, la Defensoría del Pueblo manifestó la necesidad de una reforma integral al sistema de salud, orientada a garantizar su sostenibilidad, equidad y transparencia, con reglas claras de financiación, gobernanza territorial y protección social. Esto incluye todas las medidas necesarias que permitan enfrentar la crisis actual en la prestación de servicios y asegurar un acceso oportuno y efectivo a bienes y servicios de salud.

Como aporte al diagnóstico sobre la situación del sistema de salud, la Defensoría del Pueblo diseñó la Estrategia de Respuesta Inmediata para la Atención de Problemáticas de Acceso a Medicamentos en Colombia, orientada a fortalecer la coordinación interinstitucional para atender los casos más críticos y prevenir la vulneración del derecho a la salud [Defensoría de Pueblo, 2025].

Entre abril y noviembre de 2025, se implementaron los Puestos de Mando Unificado [PMU] en territorios priorizados como instrumento de seguimiento de la Estrategia. La experiencia de los PMU mostró la necesidad de complementar la respuesta inmediata con mecanismos que permitieran abordar las causas que generan las barreras de acceso y contar con los actores que pudieran tomar decisiones de fondo. A partir de estos aprendizajes, la Defensoría del Pueblo evolucionó, en 2026, hacia los Diálogos para la Protección Inmediata del Derecho a la Salud [DIPSA], que incluyó diálogos nacionales, triangulación de información proveniente de diversas fuentes y mecanismos de seguimiento más robustos.

DIPSA conserva la capacidad de respuesta inmediata desarrollada mediante los PMU, pero amplía su alcance mediante un enfoque de priorización institucional y territorial, diálogos a nivel nacional y local, seguimiento a compromisos y análisis de información

⁵ Defensoría del Pueblo. (2026). Decisiones impostergables en materia de derechos humanos: recomendaciones para candidatas y candidatos a la Presidencia y Vicepresidencia de la República 2026.

proveniente de diferentes fuentes, con el propósito de fortalecer la protección efectiva del derecho a la salud.

La Defensoría del Pueblo presenta este informe como un aporte al proceso de transición del Gobierno nacional y como una herramienta para contribuir a la protección efectiva del derecho fundamental a la salud. El documento recoge los principales hallazgos derivados del seguimiento realizado a través de los Puestos de Mando Unificado (PMU) realizados en 2025 y de la estrategia Diálogos para la Protección Inmediata del Derecho a la Salud (DIPSA) en 2026, desarrollados a partir del diálogo con usuarios, pacientes, EPS, IPS, entidades territoriales y demás actores del sistema.

Más que un balance de actividades, el informe busca mostrar qué está ocurriendo con el acceso efectivo a la salud, cuáles son las barreras que persisten y cómo estas se expresan de manera diferenciada en los territorios. Para ello, integra información institucional con quejas, tutelas, reclamos, reportes de las EPS, instrumentos de verificación y evidencia recogida directamente en los territorios y con las personas usuarias. Esta mirada permitió identificar brechas entre la información reportada por las EPS y la experiencia de quienes requieren los servicios.

El documento se divide en cinco partes: La parte I describe la metodología de trabajo de DIPSA, los criterios de priorización utilizados, los mecanismos de diálogo y las fuentes de información utilizadas. La parte II presenta los principales hallazgos nacionales y territoriales y las situaciones críticas identificadas en el seguimiento a las EPS y a las redes de prestación. La parte III resume los hallazgos por cada EPS. La parte IV consolida las situaciones territoriales críticas identificadas por DIPSA Finalmente, la parte V propone una agenda de prioridades para el Gobierno nacional entrante, orientada a garantizar la continuidad de tratamientos y servicios, mejorar la gestión y el uso de los recursos, estabilizar las redes de atención, fortalecer la gobernanza y la información del sistema y, sobre todo, avanzar hacia una gestión cuyo resultado último sea la mejora efectiva de la salud y la vida de los colombianos.

PARTE I

DIPSA: metodología para identificar riesgos y activar respuestas

¿Cómo funciona DIPSA?

1. Propósito y alcance

DIPSA es una estrategia de la Defensoría del Pueblo orientada a fortalecer la protección inmediata del derecho fundamental a la salud mediante la articulación entre las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los organismos de control, las autoridades territoriales y las organizaciones de pacientes. Su propósito es promover respuestas oportunas frente a las barreras que afectan el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud, facilitar la adopción de acciones correctivas y lograr compromisos institucionales encaminados a superar dichas barreras.

La estrategia tiene un alcance nacional y se desarrolla mediante diálogos con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) priorizadas y con los actores del sistema en los territorios donde se identifican situaciones que requieren atención inmediata. Asimismo, incorpora mecanismos de seguimiento a los compromisos adquiridos y de monitoreo del comportamiento de indicadores relacionados con la garantía del derecho a la salud, con el fin de identificar tendencias, evaluar resultados y fortalecer la incidencia institucional de la Defensoría del Pueblo.

2. Criterios de priorización de EPS

La estrategia DIPSA fue concebida para implementarse de manera progresiva, mediante dos fases de trabajo complementarias:

La primera fase, denominada **fase de arranque**, se concentró en la Nueva EPS, considerando su alto volumen de afiliados, el número significativo de quejas y reclamos registrados, así como las reiteradas afectaciones al derecho a la salud identificadas por la Defensoría del Pueblo en diferentes regiones del país.

La segunda fase, denominada **fase de ampliación**, contempló la incorporación progresiva de otras Entidades Promotoras de Salud (EPS), a partir de un proceso de priorización técnica que consideró, entre otros, los siguientes criterios:

- Características de la población afiliada, incluyendo el volumen de afiliados y las particularidades de cada entidad.
- Magnitud de las posibles vulneraciones al derecho a la salud, evaluadas a partir del comportamiento de las quejas y reclamos registrados por la Defensoría del Pueblo.

Con el propósito de orientar la priorización de entidades en el marco de la estrategia DIPSA, se construyó un índice sintético de vulneración del derecho a la salud mediante la metodología de Análisis Envolvente de Datos [Data Envelopment Analysis – DEA], a partir de información consolidada a diciembre de 2025. Este análisis se complementó durante el primer semestre de 2026 con criterios relacionados con la evolución de las condiciones de prestación de los servicios, la intervención de entidades por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, las problemáticas identificadas en los territorios, el número de afiliados y los riesgos para la garantía del derecho a la salud.

Como resultado de este proceso, para el desarrollo de la estrategia DIPSA durante 2026 se priorizaron **12 entidades: Nueva EPS, Famisanar, Comfenalco Valle, Emssanar, Asmet Salud, Capresoca, Savia Salud, Coosalud, Servicio Occidental de Salud (SOS), Sanitas, Sura y Fiduprevisora–Magisterio (FOMAG) [Tabla 1]**. Esta última fue incorporada en atención a las dificultades evidenciadas en la prestación de los servicios de salud a la población del Magisterio, pese a corresponder a un régimen especial.

Una segunda parte del proceso de priorización consistió en agregar un componente territorial para identificar los departamentos donde las problemáticas en la prestación de los servicios de salud podrían tener un mayor impacto sobre la población afiliada.

Para esto, se priorizaron los territorios en los que cada EPS concentra el mayor número de afiliados respecto del total de su población afiliada, bajo el supuesto de que las fallas en la prestación de los servicios de salud generan un mayor impacto en aquellos departamentos donde la entidad tiene una mayor participación y cobertura.

Adicionalmente, la estrategia incorporó la participación de las Defensorías Regionales de la Defensoría del Pueblo, reconociendo su conocimiento del contexto local y su cercanía con la ciudadanía. Su participación permitió complementar el análisis proveniente del territorio, aportando elementos sobre las principales barreras de acceso, las dificultades en la prestación de los servicios de salud y las particularidades de cada departamento.

Tabla 1. Regiones priorizadas para el seguimiento de la estrategia DIPSA por EPS en 2026

Priorización regional por EPS

DIPSA - EPS y regiones priorizadas

EPS priorizada	Regiones priorizadas
1 Nueva EPS	Guainía, Guaviare, Vaupés, Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Boyacá, Vichada, Chocó, Huila, Norte de Santander, Amazonas, Caldas, Tolima, Quindío
2 FAMISANAR	Cundinamarca, Bogotá, D.C., Boyacá, Meta, Tolima
3 COMFENALCO VALLE	Valle del Cauca, Risaralda
4 Emssanar	Valle del Cauca, Nariño, Putumayo
5 ASMET SALUD	Caqueta - presencial (validar los otros Dpto para virtual), Cauca - virtual, Risaralda -virtual
6 Capresoca	Casanare
7 Savia Salud	Antioquia
8 Coosalud	Norte de Santander, Magdalena, Bolívar
9 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	Valle del Cauca, Risaralda, Cauca
10 Sanitas	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Huila, Casanare, Bogotá
11 EPS SURA	Antioquia, Quindío, Caldas
12 Fiduprevisora - Magisterio	Antioquia, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Risaralda

Fuente: Elaboración propia.

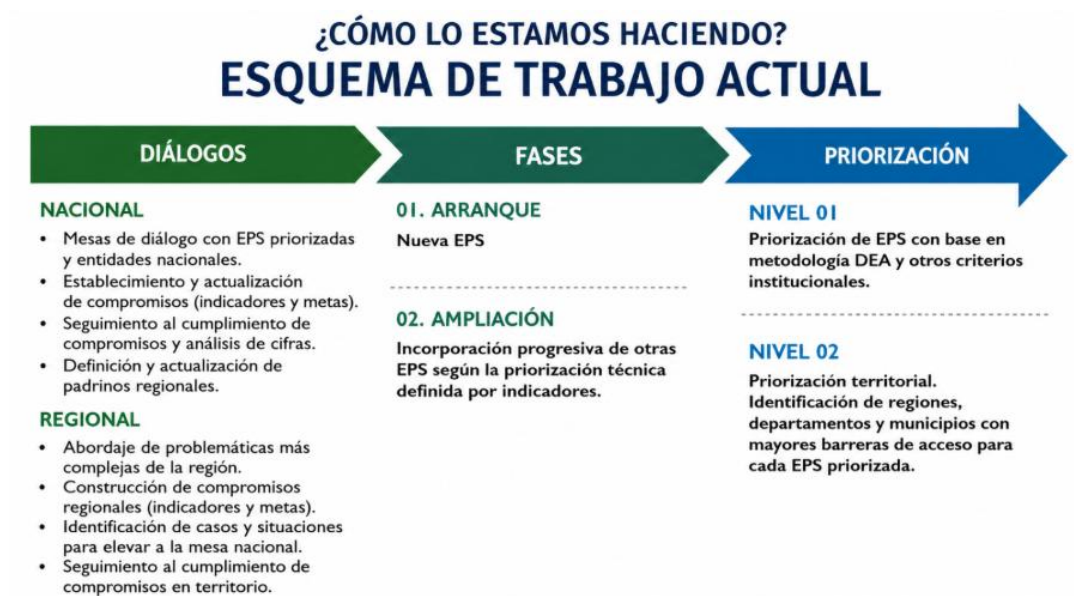
3. Diálogo nacional y diálogo territorial

DIPSA se desarrolla en dos escenarios complementarios (figura 2). El diálogo nacional reúne a las EPS priorizadas, las entidades del orden nacional y los organismos de control para abordar problemáticas que trascienden un territorio, hacer seguimiento a los compromisos y monitorear los indicadores relacionados con la garantía del derecho a la salud.

El diálogo territorial se realiza en los departamentos y municipios priorizados, con las Defensorías Regionales, las entidades territoriales, las EPS, las IPS, los gestores farmacéuticos y las organizaciones de pacientes, para identificar las barreras específicas de cada territorio, construir compromisos orientados a superarlas y elevar al nivel nacional las situaciones que requieren una respuesta estructural.

En ambos escenarios, el diálogo se sustentó en el contraste de diferentes fuentes de información, combinando los reportes de las entidades con la experiencia directa de las personas usuarias. En particular, en las mesas nacionales de Nueva EPS y SURA, la participación de pacientes permitió contrastar la información presentada por las aseguradoras con las situaciones experimentadas directamente por las personas usuarias, identificar coincidencias y diferencias, y establecer aspectos que requerían mayor verificación, especialmente frente a la continuidad de los tratamientos, la oportunidad en la entrega de medicamentos y las barreras asociadas a la prestación de servicios. De esta manera, la participación de las personas usuarias complementó las fuentes administrativas y los reportes institucionales y contribuyó a precisar cómo las situaciones reportadas por las entidades se expresaban en el acceso efectivo al derecho a la salud.

Figura 1: Esquema resumen de la metodología trabajada en DIPSA



Fuente: Elaboración propia.

4. Fuentes de información

La estrategia DIPSA integró información proveniente de diferentes fuentes institucionales, administrativas y territoriales, con el propósito de realizar un análisis integral de las posibles vulneraciones al derecho a la salud y fortalecer el proceso de seguimiento a las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Este análisis consideró un ejercicio de contraste de información entre las fuentes utilizadas. Confrontar estas fuentes evita depender de un único dato y permite consolidar un diagnóstico más preciso y ajustado a la realidad de la prestación de los servicios.

Las principales fuentes de información utilizadas fueron las siguientes:

Tabla 2. Fuentes de información utilizadas durante el desarrollo de la estrategia DIPSA

Tipo de fuente	Entidad	Instrumento	Descripción de la información
 Interna	Defensoría del Pueblo	Sistema Vision Web	• Quejas en salud • Acciones de tutelas en salud • Reportes cualitativos regionales • Situaciones relevantes en el territorio
	EPS	Instrumento de autorreporte estandarizado	• Población afiliada • Acciones populares • Red de prestación de servicios • PQRD • Acciones de tutela • Indicadores de efectividad en la entrega de medicamentos
 Institucional externa	Corte Constitucional	Tablero público	• Acciones de tutela
	Superintendencia Nacional de Salud	Tablero público y presentaciones en las mesas de trabajo	• PQRD
	MinSalud	Presentaciones en las mesas de trabajo	• Información sectorial de seguimiento y regulatoria
	ADRES	Presentaciones en las mesas de trabajo	• Flujo y administración de recursos
	Procuraduría	Presentaciones en las mesas de trabajo	• Seguimiento realizado a las EPS
	Contraloría	Presentaciones en las mesas de trabajo	• Seguimiento fiscal realizado a las EPS
 Territorial	Territorio y sociedad civil	Visitas de seguimiento	• Dinámicas territoriales en salud
		Mesas técnicas intersectoriales	• Acuerdos y seguimiento con actores del sistema
		Reportes de organizaciones	• Percepción y alertas de asociaciones de pacientes
		Instrumento de verificación de derechos de acceso a medicamentos -encuesta institucional a usuarios	• Acceso y disponibilidad de medicamentos en dispensarios

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, a modo de resumen, la figura 2 presenta un balance de las principales cifras del trabajo realizado mediante DIPSA entre 2025-2026.

Figura 2: Principales cifras del trabajo realizado a través de DIPSA 2025—2026



Fuente: Elaboración propia.

PARTE II

Hallazgos de vulneración del derecho a la salud

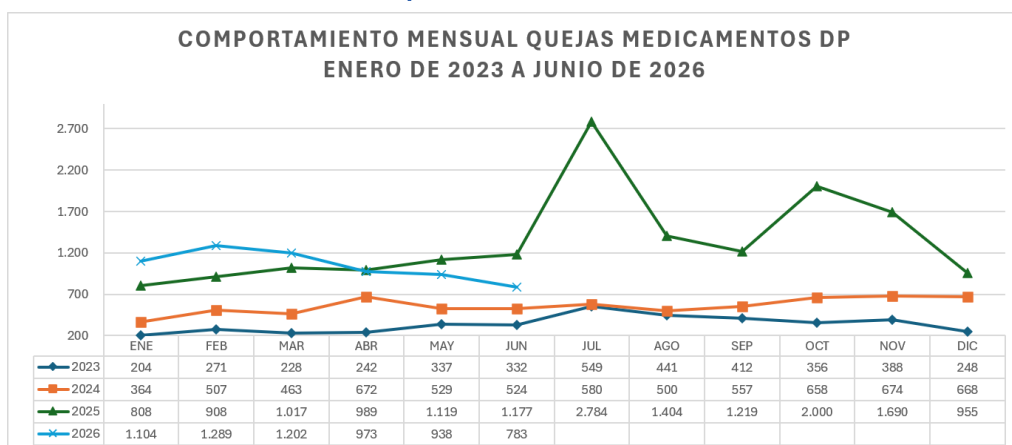
Este apartado consolida los principales hallazgos sobre vulneración del derecho a la salud, en particular las formas en que dicha vulneración se manifiesta, los factores que la explican y los aprendizajes derivados del ejercicio DIPSA.

1. Barreras persistentes para el acceso oportuno de medicamentos

El siguiente análisis comparado de las fuentes de información permite contrastar los niveles de cumplimiento reportados por las EPS con la experiencia de las personas pacientes frente a la entrega efectiva de los medicamentos, identificar brechas en el acceso y orientar acciones para el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control.

Entre enero de 2023 y junio de 2026, la Defensoría del Pueblo registró un total de 33.063 quejas en salud relacionadas con medicamentos, con una tendencia creciente durante el período analizado (Figura 3). En 2025 se presentó un incremento significativo en el número de casos, comportamiento que se mantuvo durante los primeros meses de 2026 y que refleja un posible agravamiento de las barreras para el acceso oportuno a los medicamentos [Tabla 3].

Figura 3. Comportamiento mensual de quejas en salud Defensoría del Pueblo 2023 a 2026 por medicamentos



Fuente: Sistema de Información Defensorial – Visión Web, base de datos entregada por ATQ.
Corte a junio de 2026.

Tabla 3. Comportamiento primer semestre de quejas en salud de medicamentos Defensoría del Pueblo 2025 y 2026

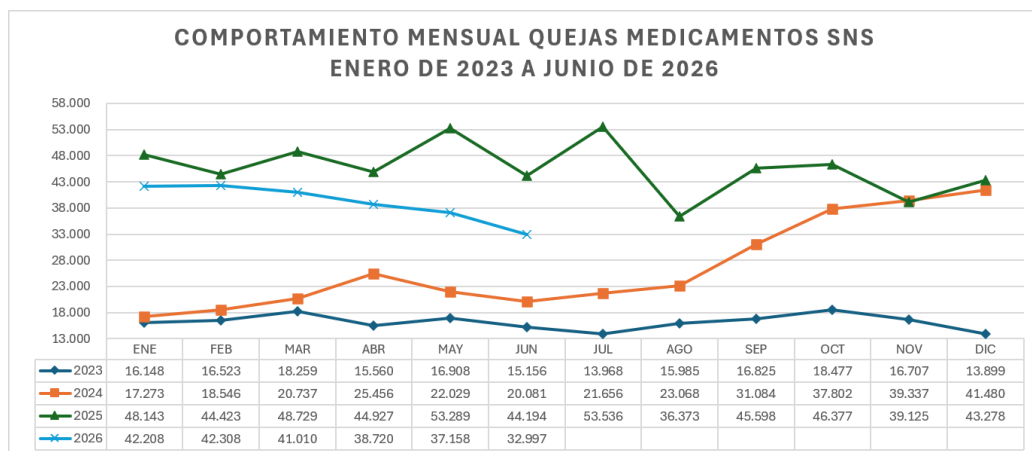
Año	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	Total general
2025	808	908	1.017	989	1.119	1.177	6.018
2026	1.104	1.289	1.202	973	938	783	6.289
Variación [%]	37 %	42 %	18 %	-2 %	-16 %	-33 %	5 %

Fuente: Sistema de Información Defensorial – Visión Web, base de datos entregada por ATQ. Corte a junio de 2026.

En una mirada sobre el primer semestre de 2026, la Defensoría del Pueblo recibió 6.289 quejas relacionadas con medicamentos, frente a 6.018 registradas en el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 5 %. El aumento se concentró especialmente en los tres primeros meses del año. Aunque entre mayo y junio se observó una reducción frente a 2025, las quejas relacionadas con medicamentos continuaron representando cerca del 30 % del total de las reclamaciones recibidas por la Defensoría del Pueblo, siendo la falta de oportunidad y la no entrega de los medicamentos las principales causas reportadas.

Por su parte, durante el primer semestre de 2026 la Superintendencia Nacional de Salud recibió 234.401 reclamos relacionados con medicamentos de EPS, frente a 283.705 registrados en el mismo período de 2025, lo que representa una disminución del 17 %. [figura 4; Supersalud, 2026]

Figura 4. Comportamiento reclamo en salud SNS mensual 2023 a 2026 en el ámbito nacional por medicamentos de EPS, sin EPS-I



Fuente: Base de datos entregada por SNS. Corte a junio de 2026.

Tabla 4. Comportamiento primer semestre de reclamos en salud de medicamentos SNS 2025 y 2026

Año	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	Total general
2025	48.143	44.423	48.729	44.927	53.289	44.194	283.705
2026	42.208	42.308	41.010	38.720	37.158	32.997	234.401
Variación %	-12 %	-5 %	-16 %	-14 %	-30 %	-25 %	-17 %

Fuente: Base de datos entregada por SNS. Corte a junio de 2026.

Con el propósito de complementar este análisis, la estrategia DIPSA incorporó un instrumento de autorreporte mediante el cual las EPS informaron mensualmente su porcentaje de efectividad en la entrega de medicamentos entre septiembre de 2025 y febrero de 2026. De acuerdo con esta información [Tabla 5], la entrega efectiva mejoró, pasando del 87,9 % en septiembre al 92,0 % en febrero.

Tabla 5. Promedio simple de porcentajes autorreportados

Mes	Promedio simple de efectividad nacional
SEPTIEMBRE	87,9 %
OCTUBRE	89,9 %
NOVIEMBRE	91,1 %
DICIEMBRE	91,6 %
ENERO	91,2 %
FEBRERO	92,0 %

Fuente: Tablero consolidado EPS DIPSA.

Sin embargo, hay diferencias importantes entre entidades, gestores farmacéuticos y regiones [Tabla 6]. En particular, en el ámbito territorial hay diferencias que evidencian afectaciones al derecho a la salud en relación con el acceso a medicamentos en puntos concretos.

Tabla 6. Tablero consolidado EPS DIPSA. Variación expresada en puntos porcentuales entre septiembre y febrero

Entidad	Promedio sept.-feb.	Mínimo	Máximo	Variación sept.-feb.
COOSALUD	77,9 %	67,2 %	84,4 %	17,2 p. p.
EMSSANAR	84,8 %	82,0 %	88,0 %	2,0 p. p.
NUEVA EPS	86,8 %	83,0 %	88,6 %	4,6 p. p.
COMFENALCO VALLE	88,3 %	84,0 %	95,0 %	4,0 p. p.
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	89,3 %	85,2 %	91,8 %	-4,6 p. p.
FAMISANAR	91,8 %	81,8 %	96,3 %	14,4 p. p.
FOMAG-Fiduprevisora	92,7 %	89,5 %	94,1 %	-2,1 p. p.
CAPRESOCA	95,2 %	91,7 %	98,7 %	3,6 p. p.
SAVIA SALUD	95,4 %	94,6 %	96,2 %	-1,4 p. p.
SURA EPS	97,0 %	96,4 %	97,7 %	0,5 p. p.
SANITAS EPS	98,3 %	97,0 %	99,0 %	0,0 p. p.

Fuente: Tablero consolidado EPS DIPSA.

Nota: La EPS Asmet Salud no reportó la información solicitada en el marco de la estrategia DIPSA, pese a los requerimientos y seguimientos realizados por la Defensoría del Pueblo. Esta situación fue puesta en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, en su calidad de entidad competente para ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control.

Coosalud registra el menor promedio nacional de efectividad de entrega de medicamentos, con 77,9 %, aunque muestra una mejora importante entre septiembre y febrero. Emssanar y Nueva EPS también se ubican por debajo de 87 % en promedio, pero muestran una mejora en los últimos meses evaluados. Servicio Occidental de Salud, Savia Salud y el FOMAG presentan retrocesos en la garantía de entrega efectiva de medicamentos entre septiembre y febrero. Famisanar, por su parte, muestra una mejora de 14,4 puntos porcentuales, lo que debe verificarse frente a la operación regional y la suficiencia de inventarios.

Los resultados de las encuestas aplicadas como instrumento de verificación de derechos realizadas por la Defensoría del Pueblo muestran que las dificultades en la entrega de medicamentos persisten en los puntos de dispensación y no evidencian una mejora sustantiva. En 2025, la Defensoría verificó el acceso a medicamentos con 3.721 personas en puntos de dispensación de todo el territorio nacional y encontró que el 90 % no

recibió sus medicamentos, los recibió parcialmente o con demoras. El seguimiento realizado entre uno y tres meses después mostró que solo el 48 % de estos casos se había resuelto. En 2026, esta situación persiste: entre enero y agosto se realizaron 2.042 encuestas de verificación de derechos sobre acceso a medicamentos y el 87 % de las personas manifestó haber experimentado problemas en la entrega.

Los datos a 2026, las mujeres representan el 47 % del total [959 mujeres de 2.042 personas encuestadas], seguidas por los hombres, con el 30 % [612 hombres]. En el 23 % de los casos no se cuenta con información sobre esta variable, mientras que las personas no binarias representan el 0,1 % y las mujeres y los hombres trans, cada uno, menos del 0,1 %.

Las respuestas de las personas usuarias se evidenciaron problemas en la entrega de 327 medicamentos diferentes. La principal causa reportada fue la falta de disponibilidad del medicamento en el punto de dispensación [61 %], seguida por la demora en la entrega [6 %], la entrega incompleta [4 %], la no entrega a domicilio [1 %] y otros motivos administrativos [26 %]. Los medicamentos reportados con mayor frecuencia como no entregados fueron Metformina, Valsartán y Losartán.

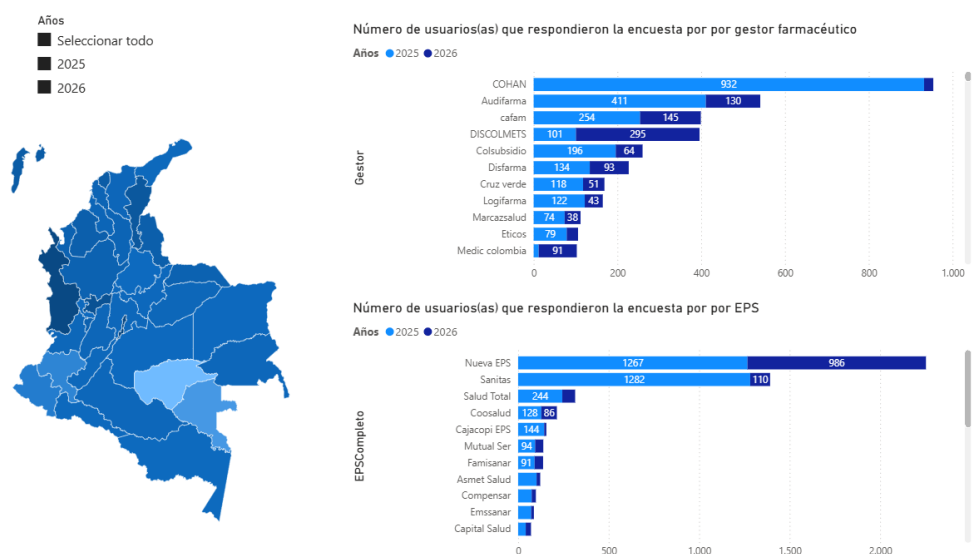
De otro lado, dentro de la encuesta se consultó sobre la necesidad de realizar filas, viajes o trámites adicionales debido a la demora o falta de medicamentos: el 58 % respondió afirmativamente, el 8 % indicó que no y en el 36 % de los casos no se obtuvo respuesta. Entre quienes reportaron esta situación, el 53 % manifestó haber destinado entre 1 y 8 horas adicionales; el 16 %, entre 8 y 24 horas; el 6 %, entre 1 y 3 días; y el 24 %, más de 3 días; mientras que el 3 % indicó no saberlo o no recordarlo.

Aunque la proporción de personas que reportó dificultades disminuyó frente a 2025, los resultados no permiten afirmar una mejora sustantiva, dado que las barreras continúan afectando a una proporción mayoritaria de las personas usuarias consultados(as) y se mantienen problemas de disponibilidad, oportunidad y entrega incompleta. Esta persistencia ha contribuido además a una creciente conflictividad alrededor de los puntos de dispensación, expresada en desplazamientos reiterados de las personas usuarias, tiempos prolongados de espera, reclamaciones y necesidad de acudir a distintas instancias para obtener los medicamentos requeridos.

Tanto para 2025 y 2026, las encuestas de verificación de derechos de pacientes en dispensarios evidencian una amplia cobertura territorial y una concentración importante en determinados gestores farmacéuticos y EPS (Figura 5). En el caso de los gestores, COHAN registra el mayor número de encuestas, principalmente durante 2025, seguido por Audifarma, Cafam, Discolmets y Colsubsidio; mientras que en 2026 se mantiene una participación relevante de varios de estos gestores, aunque con menores volúmenes. Por EPS, la mayor concentración de encuestas se aplicó a afiliados(as) de Nueva EPS y Sanitas:

Nueva EPS registra 1.267 encuestas en 2025 y 986 en 2026, mientras que Sanitas alcanza 1.282 en 2025 y 110 en 2026. En menor proporción se encuentran Salud Total, Coosalud, Cajacopi EPS, Mutual Ser, Famisanar, Asmet Salud, Compensar y Emssanar. Territorialmente, el mapa muestra realización de encuestas en buena parte del país, aunque con distinta intensidad entre departamentos.

Figura 5: Encuesta de verificación de derechos por EPS y principales gestores farmacéuticos



Fuente: Encuesta de verificación de derechos 2025 y 2026.

Las consecuencias para las personas usuarias sobre la entrega inoportuna de medicamentos son particularmente relevantes. El 46 % manifestó haber adquirido los medicamentos con recursos propios; el 27 % usa remedios caseros; el 20 % indicó no poder obtener el medicamento; el 7 % redujo la dosis prescrita y el 1 % sustituyó el medicamento por otro. Estas decisiones comprometen la continuidad de los tratamientos y pueden incrementar el riesgo de complicaciones, deterioro del estado de salud e, incluso, eventos que comprometan la vida de los pacientes.

Las demoras en la entrega generan además un efecto acumulativo sobre el acceso al tratamiento. Cuando finalmente el medicamento está disponible, es frecuente que la orden médica o la autorización hayan perdido vigencia, obligando al paciente a solicitar una nueva consulta, obtener una nueva formulación e iniciar nuevamente el trámite administrativo. De esta manera, la barrera inicial termina convirtiéndose en una cadena de obstáculos que prolonga la interrupción del tratamiento y aumenta el riesgo de complicaciones para la salud.

Las barreras de acceso a medicamentos tienen múltiples causas

Las barreras de acceso a los medicamentos en los territorios fueron reportadas en las mesas de trabajo inicialmente como problemas de desabastecimiento. Sin embargo, la información presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de DIPSA permitió establecer una distinción relevante entre la disponibilidad del medicamento y su acceso efectivo por parte del usuario[a]. El Ministerio informó que, desde septiembre de 2022, opera un Sistema de Monitoreo al Abastecimiento de Medicamentos, orientado a la identificación y gestión de alertas relacionadas con escasez y disponibilidad, y que desde diciembre de 2023 se han publicado 17 boletines o comunicados de prensa sobre la disponibilidad de medicamentos para patologías críticas. Asimismo, desde septiembre de 2022 se han desarrollado 63 mesas de trabajo con actores de la cadena de suministro y se han gestionado solicitudes de inclusión de medicamentos con situaciones críticas de abastecimiento en el listado de Medicamentos Vitales No Disponibles.

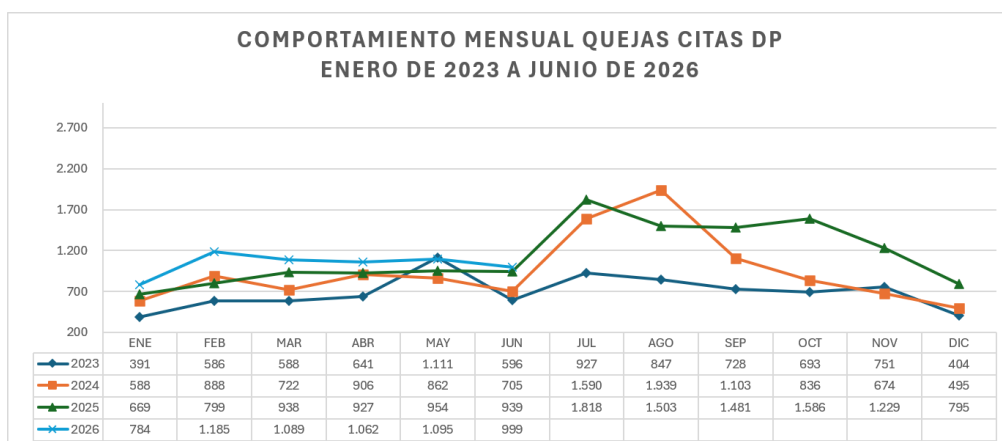
El Ministerio también presentó los avances en la incorporación de herramientas para fortalecer la trazabilidad del acceso. En particular, informó que entre el 1 de marzo de 2025 y el 15 de enero de 2026 se registraron 830. 141 prescripciones únicas de medicamentos financiados con recursos de la UPC, correspondientes a 199. 901 personas. De estas prescripciones, aproximadamente 769. 000 [93 %] habían sido direccionadas, es decir, contaban con la identificación del gestor o institución responsable de la entrega; el 7 % restante no había sido direccionado oportunamente. Dentro de este último grupo, cerca de 11. 000 prescripciones fueron cerradas sin causa justificada, situación que fue reportada a la Superintendencia Nacional de Salud y a las EPS para su verificación, mientras que alrededor de 47. 000 fueron direccionadas por fuera del plazo establecido.

Estos datos permiten advertir que la existencia de mecanismos nacionales de monitoreo y la disponibilidad de medicamentos no garantizan por sí mismas que estos lleguen de manera oportuna y completa a las personas usuarias. Las situaciones identificadas por DIPSA muestran que las barreras pueden presentarse en distintos puntos de la cadena: en el direccionamiento, la programación, la contratación y operación de los gestores farmacéuticos, la disponibilidad en los puntos de dispensación o la entrega efectiva. Esta distinción resulta fundamental para la gestión de las alertas, pues permite diferenciar las situaciones de disponibilidad del producto de aquellas relacionadas con la capacidad de las aseguradoras y de su red para garantizar que el medicamento llegue efectivamente a quien lo necesita. El Ministerio señaló, precisamente, que el fortalecimiento de estos mecanismos busca mejorar la identificación de los puntos críticos de la cadena y articular la información con la Superintendencia Nacional de Salud y las demás entidades del sector.

2. Las Redes contratadas no garantizan oportunidad ni disponibilidad de citas y servicios

Entre enero de 2023 y junio de 2026, la Defensoría del Pueblo registró 39. 423 quejas relacionadas con dificultades para la asignación de citas médicas [Figura 6]. Esta cifra corresponde al segundo motivo de queja más reportado, lo que evidencia que este problema continúa siendo una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud.

Figura 6. Comportamiento mensual de quejas en salud Defensoría del Pueblo 2023 a 2026 por citas.



Fuente: Sistema de Información Defensorial – Visión Web, base de datos entregada por ATQ. Corte a junio de 2026.

Durante el primer semestre de 2026 se recibieron 6. 214 quejas, frente a 5. 226 registradas en el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 19 % [Tabla 7]. La falta de oportunidad en la asignación de citas y la negación del servicio continuaron siendo las principales causas reportadas por las personas usuarias.

Tabla 7. Comportamiento primer semestre de quejas en salud por citas Defensoría del Pueblo 2025 y 2026.

Año	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	Total general
2025	669	799	938	927	954	939	5. 226
2026	784	1. 185	1. 089	1. 062	1. 095	999	6. 214
Variación %	17 %	48 %	16 %	15 %	15 %	6 %	19 %

Fuente: Sistema de Información Defensorial – Visión Web, base de datos entregada por ATQ. Corte a junio de 2026.

Las once entidades que remitieron información reportaron en conjunto 34, 3 millones de afiliados (Tabla 8). Nueva EPS concentra la mayor población afiliada, seguida por Sanitas EPS, SURA EPS, Coosalud y Famisanar.

Tabla 8: Caracterización de la población afiliada, composición de la red contratada, acciones colectivas y embargos por EPS.

Entidad	Afiliados	Entidades contratadas	Red pública	Red privada	Acciones colectivas	Embargos
NUEVA EPS	11. 518. 505	1. 858	52, 6 %	47, 4 %	25	45
SANITAS EPS	5. 945. 982	1. 546	21, 0 %	79, 0 %	18	8
SURA EPS	5. 515. 089	1. 453	12, 1 %	87, 5 %	7	36
COOSALUD	3. 363. 945	877	39, 3 %	66, 7 %	10	44
FAMISANAR	2. 573. 310	Sin reporte	Sin reporte	Sin reporte	10	9
SAVIA SALUD	1. 676. 832	324	63, 8 %	36, 2 %	6	2
EMSSANAR	1. 669. 922	351	33, 6 %	66, 4 %	2	6
FOMAG-Fiduprevisora	835. 369	3. 180	24, 7 %	75, 3 %	Sin reporte	Sin reporte
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	746. 299	1. 097	66, 2 %	33, 8 %	5	3
COMFENALCO VALLE	295. 179	192	25, 0 %	75, 0 %	8	9
CAPRESOCA	166. 965	54	22, 2 %	77, 8 %	8	1

Fuente: Tablero consolidado EPS DIPSA. Información autoreportada por las EPS o entidades incluidas.

El análisis evidencia que la magnitud de la red contratada no necesariamente se traduce en una mayor disponibilidad efectiva de los servicios. La oportunidad en la asignación de citas depende de factores como la capacidad instalada, la disponibilidad de agendas, la distribución territorial y la gestión de las EPS. Asimismo, las dificultades en el flujo de recursos, las deudas acumuladas y los retrasos en los pagos a las IPS pueden limitar la prestación de los servicios y afectar la disponibilidad real de la red para las personas usuarias.

El seguimiento al FOMAG aporta un ejemplo particularmente relevante de esta brecha. Aunque la entidad reportó 3.180 entidades contratadas, a mayo de 2026 las seis órdenes técnicas asociadas a la medida de seguimiento de la Superintendencia continuaban sin cumplimiento, entre otras razones porque no existían contratos legalizados con la red en los términos requeridos.

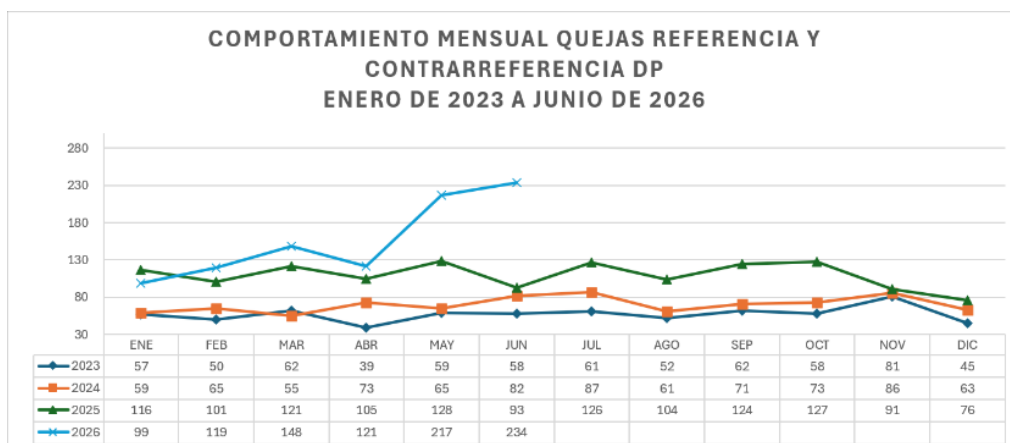
Las diferencias entre la red contratada y la red efectivamente disponible constituyen una vulneración del derecho a la salud, la red existe en el contrato, pero no en la experiencia concreta del paciente. Esta situación es especialmente grave para quienes requieren continuidad terapéutica, o están a la espera de diagnóstico o procedimiento clínico. La insuficiencia de la red disponible traslada al usuario la carga de las fallas de gestión, financieras y de planeación de las EPS, e incumple la obligación de garantizar condiciones materiales reales para el acceso a los servicios de salud.

3. Retrasos en la atención especializada por fallas en los procesos de referencia y contrarreferencia

Uno de los hallazgos más recurrentes identificados durante la implementación de DIPSA fue el deterioro de los procesos de referencia y contrarreferencia. Las fallas en estos procesos pueden generar retrasos en el acceso a servicios especializados, procedimientos diagnósticos o tratamientos, con el consecuente riesgo de agravamiento del estado de salud de los pacientes.

Entre enero de 2023 y junio de 2026, la Defensoría del Pueblo registró 3.774 quejas relacionadas con referencia y contrarreferencia (figura 7), lo que evidencia un incremento sostenido durante el período analizado.

Figura 7. Comportamiento mensual de quejas en salud relacionadas con referencia y contrarreferencia Defensoría del Pueblo 2023 a 2026 por citas



Fuente: Sistema de Información Defensorial – Visión Web, base de datos entregada por ATQ. Corte a junio de 2026.

Durante el primer semestre de 2026 se recibieron 938 quejas, frente a 664 registradas en el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 41 % [tabla 9]. Los mayores aumentos se presentaron en mayo y junio, con variaciones del 70 % y 152 %, respectivamente, evidenciando un deterioro en la oportunidad de estos procesos durante los primeros meses del año.

Tabla 9. Comportamiento primer semestre de quejas en salud de referencia y contrarreferencia Defensoría del Pueblo 2025 y 2026.

Año	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	Total general
2025	116	101	121	105	128	93	664
2026	99	119	148	121	217	234	938
Variación %	-15 %	18 %	22 %	15 %	70 %	152 %	41 %

Fuente: Sistema de Información Defensorial – Visión Web, base de datos entregada por ATQ. Corte a junio de 2026.

Las principales causas de inconformidad estuvieron relacionadas con la falta de oportunidad y la negación de los servicios, lo que evidencia incumplimientos en relación con la obligación de disponer de redes suficientes para garantizar la atención integral y de garantizar las condiciones materiales necesarias para su prestación efectiva cuando los servicios requeridos no están disponibles donde viven las personas. Estas barreras

pueden retrasar el acceso a la atención especializada, prolongar los tiempos de espera y afectar la continuidad de los tratamientos, particularmente en pacientes que requieren atención especializada.

Uno de los hallazgos más recurrentes identificados durante la implementación de DIPSA fue el deterioro de los procesos de referencia y contrarreferencia. En la mayoría de los diálogos territoriales, las autoridades de salud, las instituciones prestadoras, las Defensorías Regionales y las organizaciones de pacientes señalaron que un número importante de usuarios(as), pese a contar con órdenes médicas para acceder a servicios que no están disponibles localmente, permanecen durante días o incluso semanas esperando la autorización y asignación de una institución receptora o la materialización de su traslado. Esta situación coincide con los numerosos casos que la Defensoría del Pueblo recibe de manera permanente a través de sus canales de atención, en los que pacientes y familiares solicitan apoyo porque no logran acceder oportunamente a la atención requerida.

Los hallazgos de DIPSA evidencian que la referencia y contrarreferencia representan hoy uno de los principales puntos de ruptura en la garantía del derecho a la salud. Más allá de un procedimiento administrativo, constituyen un proceso que depende de los arreglos de cada EPS para garantizar la suficiencia de su red de prestación, del flujo oportuno de recursos a los prestadores y de la disponibilidad de los apoyos logísticos que permitan materializar el traslado. Cuando alguno de estos elementos falla, el paciente queda atrapado en la red asistencial, sin poder acceder al nivel de atención que requiere.

4. Emergencia sísmica: afectación de la infraestructura de salud y desafíos para las redes de prestación

La emergencia ocasionada por el sismo de magnitud 7, 4 Mw ocurrido el 10 de agosto de 2026, con epicentro en San José del Palmar, Chocó, generó afectaciones importantes sobre la infraestructura de salud de los territorios impactados. De acuerdo con el Reporte Situacional No. 054 de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), con corte al 28 de agosto de 2026, se registraban 388 centros de salud afectados en 16 departamentos. Las mayores afectaciones se reportaron en Valle del Cauca, con 92 centros de salud; Chocó, con 90; Risaralda, con 44; Antioquia, con 31; Caldas, con 25; Quindío, con 22; Cauca, con 20; y Caquetá, con 19. También se registraron afectaciones en Huila [16], Cundinamarca [12], Tolima [12], Nariño [2], Bolívar [2] y Santander [1].

La afectación presenta particularidades territoriales que resultan relevantes para la capacidad de respuesta del sector salud. En Risaralda, la UNGRD reportó 44 centros de salud afectados, de los cuales 34 se localizan en Pereira; mientras que en Quindío se registraron 22, incluidos 6 en Calarcá y 5 en Armenia. En Caldas, por su parte, se reportaron 25 centros de salud afectados, 10 de ellos en Manizales. Estas cifras evidencian que el impacto de la emergencia sobre el sector salud no corresponde a situaciones aisladas, sino a una afectación territorial amplia que puede comprometer simultáneamente diferentes componentes de las redes de prestación.

Frente a este escenario, la Defensoría del Pueblo, a través de sus Regionales y del seguimiento adelantado desde el nivel nacional, ha desarrollado acciones de verificación territorial, participación en Puestos de Mando Unificado [PMU], visitas a comunidades y establecimientos, identificación de necesidades y barreras de acceso, gestión de casos y articulación con autoridades sanitarias y demás entidades responsables de la respuesta. El seguimiento defensorial documentó 108 registros relacionados con afectaciones, necesidades o acciones en salud, 71 de ellos en Chocó. Entre las principales necesidades identificadas se encuentran la atención médica, el acceso a medicamentos y el acompañamiento psicológico y psicosocial. Asimismo, se verificaron afectaciones específicas en infraestructura sanitaria, entre ellas el Centro de Salud de Bajo Calima, en Buenaventura, con fisuras, afectación estructural y caída de una pared; el puesto de salud de Puerto España, en Chocó, reportado fuera de funcionamiento; y el puesto de salud del territorio Cuenca del Río Cauca y Microcuenca Teta-Mazamorrero, en Cauca, con daños en su infraestructura.

El seguimiento territorial también permitió identificar que los daños físicos se presentan en un contexto en el que algunas redes ya enfrentaban restricciones de capacidad y acceso. Por esta razón, entre las necesidades identificadas por la Defensoría se

encuentran reforzar la capacidad operativa hospitalaria y de los puestos de salud en zonas rurales y rurales dispersas, fortalecer la atención en salud mental y garantizar que en los PMU se informe sobre el estado de las redes de referencia y contrarreferencia. También se ha recomendado garantizar el abastecimiento de medicamentos, fortalecer las estrategias de atención en zonas rurales y disponer mecanismos alternativos de atención para poblaciones particularmente vulnerables.

Implicaciones para el plan de estabilización

Los resultados de la emergencia muestran que la recuperación del sector salud no debería limitarse a reparar o reconstruir las edificaciones afectadas, sino que debe constituirse en una oportunidad para revisar y fortalecer la configuración de las redes de prestación. La magnitud de la afectación reportada por la UNGRD, sumada a los hallazgos territoriales de la Defensoría, evidencia la necesidad de analizar conjuntamente la infraestructura disponible, la capacidad instalada, la suficiencia de la oferta, la accesibilidad territorial y el funcionamiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

En consecuencia, se recomienda que las decisiones de reconstrucción, reposición, ampliación o nueva inversión en infraestructura hospitalaria estén ligadas a una evaluación integral de las necesidades de salud y a la configuración de las redes de prestación requeridas en cada territorio. Esta evaluación debería considerar la población actual y proyectada, la oferta efectiva de servicios, los niveles de complejidad requeridos, la disponibilidad y ocupación de camas, la capacidad resolutive, las condiciones y tiempos de acceso —particularmente en zonas rurales y dispersas— y la complementariedad entre prestadores públicos y privados.

De esta manera, los recursos destinados a la recuperación permitirían no solo reponer la infraestructura afectada por el sismo, sino también corregir brechas previamente existentes y avanzar hacia redes de prestación suficientes, articuladas, resilientes y territorialmente pertinentes, con capacidad para responder a las necesidades ordinarias de la población y mantener la continuidad de los servicios ante futuras emergencias.

5. Salud mental: una demanda creciente que exige fortalecer la capacidad de respuesta territorial

La emergencia ocasionada por el sismo del 10 de agosto de 2026 ha incrementado las necesidades de atención en salud mental y apoyo psicosocial de las personas, familias y comunidades afectadas, poniendo en evidencia brechas en la capacidad de respuesta disponible en los territorios. En el marco del Puesto de Mando Unificado Nacional de

Salud Mental se identificaron dificultades relacionadas con la continuidad de los tratamientos, el acceso oportuno a medicamentos, la disponibilidad de equipos psicosociales y las limitaciones de conectividad para garantizar servicios de telemedicina. Estas condiciones adquieren especial relevancia ante una demanda que requiere respuestas oportunas no solo para atender las afectaciones inmediatas, sino también para garantizar la continuidad del cuidado y acompañar los procesos de recuperación de las comunidades.

La respuesta requiere fortalecer simultáneamente las capacidades institucionales y comunitarias, mediante equipos básicos de salud, atención psicosocial presencial, teleorientación y telemedicina especializada, así como capacidades territoriales para la identificación temprana de afectaciones emocionales y el manejo de situaciones de crisis. El PMU también identificó la necesidad de mejorar la información disponible para orientar la respuesta, incluyendo la georreferenciación de alojamientos temporales, la identificación de las personas allí ubicadas y el mapeo de la oferta de salud mental y apoyo psicosocial disponible y requerida. Asimismo, se destacó la necesidad de incorporar el cuidado de los primeros respondientes y equipos de emergencia como parte de la respuesta, considerando la carga física y emocional asociada a la atención sostenida de la emergencia.

El desafío no se limita, por tanto, a disponer de una oferta de atención en salud mental, sino a contar con capacidad suficiente, oportuna y territorialmente distribuida para responder a una demanda que puede mantenerse y aumentar durante las distintas fases de la emergencia. Por ello, se requiere fortalecer la coordinación intersectorial, ampliar las capacidades de los equipos territoriales y centros de escucha, mejorar los sistemas de información y asegurar mecanismos de seguimiento que permitan identificar oportunamente las brechas y ajustar la respuesta. Los compromisos definidos en el PMU deberán orientarse tanto a la atención inmediata como a la continuidad del cuidado y al fortalecimiento progresivo de la capacidad territorial.

6. Deudas y demoras en el flujo de recursos que comprometen la prestación de servicios de salud

DIPSA permitió identificar que las dificultades relacionadas con el flujo de recursos entre aseguradores y prestadores aparecen de manera recurrente en los reportes de los actores del sistema y pueden traducirse en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud. En las mesas nacionales y territoriales, hospitales, clínicas y gestores farmacéuticos reportaron acumulación de cartera, dificultades en la conciliación y pago de obligaciones, incumplimiento de acuerdos de pago e incertidumbre frente a la oportunidad de los recursos. Estas situaciones fueron relacionadas por los actores con restricciones o

suspensión de servicios, dificultades para mantener la red contratada, cancelación de agendas, demoras en la atención y problemas en la dispensación de medicamentos.

En este componente, DIPSA contrastó las situaciones reportadas por los actores del territorio y las EPS con información presentada por la ADRES, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, cada una desde el ámbito de sus competencias. ADRES aportó información sobre el flujo y la administración de recursos y explicó el funcionamiento del giro directo, mientras que la Procuraduría y la Contraloría presentaron información derivada de sus respectivos seguimientos preventivo y fiscal a las EPS. En la instalación de DIPSA con Nueva EPS, la Procuraduría señaló que, aunque las cifras de las distintas entidades podían presentar diferencias, el diagnóstico era coincidente en cuanto a las dificultades estructurales de respuesta frente a las necesidades de las personas usuarias, y destacó la relación entre sostenibilidad financiera, flujo de recursos y afectaciones a las personas usuarias. Por su parte, la Contraloría advirtió sobre la crisis en el flujo de recursos del sistema y planteó la necesidad de un diagnóstico integral y multivariable, así como de fortalecer el seguimiento mediante indicadores y compromisos verificables.

La información presentada por ADRES permitió precisar cómo opera el flujo de recursos y dónde pueden generarse situaciones que requieren seguimiento. La entidad explicó que el giro directo se realiza a los prestadores y proveedores de tecnologías en salud por los montos que son programados y postulados por las EPS, mientras que los giros adicionales son gestionados directamente por las tesorerías de estas entidades. También señaló que los datos de giro se realizan a terceros identificados por NIT, lo que limita la posibilidad de desagregar los recursos por sede, sucursal o centro de costo cuando un prestador opera bajo una misma razón social. Asimismo, informó que existen recursos que pueden no haber sido gestionados o postulados oportunamente por las EPS para giro directo y recomendó que la programación de las postulaciones se contraste con el comportamiento de las PQRS en cada región.

De este intercambio se identifica una necesidad de mayor claridad y trazabilidad sobre la relación entre las postulaciones de las EPS, los prestadores y operadores que reciben los recursos y las necesidades de cada territorio. En particular, las discusiones plantearon la importancia de poder verificar cómo se programan los pagos frente a variables como la composición de la red, el volumen de afiliados y las características de las necesidades de atención. DIPSA no evaluó la suficiencia financiera de estos mecanismos, sino que identificó aquellas situaciones en las que la falta de claridad sobre el flujo de recursos podía estar relacionada con barreras reportadas por los prestadores y usuarios.

Los efectos de estas situaciones fueron observables en diferentes territorios. En Boyacá, el Hospital Universitario San Rafael de Tunja reportó una cartera de \$173. 452 millones con

Nueva EPS, situación que derivó en la cancelación de cerca de 8. 000 citas programadas para agosto de 2026. En Risaralda, los hospitales de Mistrató, Pueblo Rico y Belén de Umbría reportaron carteras acumuladas superiores a \$3. 000 millones y dificultades en la formalización contractual que comprometían su operación. En Norte de Santander, Sucre, Córdoba, Cesar y Valle del Cauca, los incumplimientos de pago reportados en relación con Coosalud se asociaron con restricciones y suspensión de servicios, incluida la dispensación de medicamentos y la atención domiciliaria, con afectación a pacientes de alta complejidad y oncológicos.

En Antioquia, el dispensador farmacéutico COHAN suspendió la entrega de medicamentos a usuarios[as] de Nueva EPS debido a dificultades relacionadas con el flujo de recursos. Esta situación dio lugar a una acción popular por la no entrega de medicamentos en el municipio de El Bagre y a una medida cautelar decretada en diciembre de 2025. En Ocaña, Norte de Santander, DIPSA identificó además diferencias entre la información reportada por los actores: mientras Nueva EPS informó una ejecución de pagos del 105 %, el operador Sanamedic registraba una deuda pendiente de \$36. 000 millones. Estas situaciones evidencian la importancia de contar con información verificable, conciliada y trazable sobre las obligaciones y los pagos, especialmente cuando las diferencias pueden tener efectos sobre la continuidad de los servicios.

A estas situaciones se suma la problemática de los embargos sobre recursos destinados a la salud. En la Circular 004 de 2026, la Procuraduría General de la Nación advirtió sobre el incremento de procesos judiciales derivados del no pago de acreencias entre actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y señaló que el deterioro del flujo de recursos puede incrementar las barreras de acceso a consultas especializadas, medicamentos, exámenes y procedimientos. La Circular solicitó a los jueces verificar el origen de las obligaciones, la naturaleza y destinación específica de los recursos y las entidades involucradas antes de adoptar medidas de embargo, y llamó particularmente la atención sobre las cuentas maestras en las que se encuentran depositados recursos provenientes de las cotizaciones de los afiliados al Sistema.

Esta situación adquiere especial relevancia en Nueva EPS, frente a las medidas de embargo que afectan sus cuentas maestras. En este contexto, la Defensoría del Pueblo ha impulsado ante la Corte Constitucional la solicitud de selección de al menos cinco acciones de tutela relacionadas con estas medidas, con el propósito de que se valore su impacto sobre la liquidez de la entidad y, en consecuencia, sobre la garantía del derecho a la salud de sus afiliados.

Otro ejemplo relevante, lo constituye la situación de FOMAG, donde se evidencia la magnitud que puede alcanzar la relación entre flujo de recursos y capacidad de prestación. En el seguimiento realizado a mayo de 2026, el componente financiero se encontraba “en ejecución”: se habían liberado más de \$230 mil millones mediante procesos de conciliación, pero el pasivo permanecía alrededor de \$1,9 billones y el pago

de la facturación corriente había disminuido del 28 % al 20 %. Estas cifras muestran que la movilización de recursos y la conciliación de obligaciones no necesariamente se traducen, por sí mismas, en una recuperación suficiente de la capacidad de respuesta de la red.

En conjunto, los diálogos permitieron identificar que las dificultades asociadas al flujo de recursos no se expresan únicamente como obligaciones pendientes entre actores del sistema, sino que pueden trasladarse al territorio y materializarse en barreras concretas para las personas usuarias. La acumulación de cartera, las dificultades en la conciliación de obligaciones, la falta de claridad sobre algunos procesos de programación y postulación de pagos, las diferencias en la información reportada y las medidas que pueden restringir la disponibilidad de recursos constituyen situaciones que requieren seguimiento interinstitucional cuando sus efectos comprometen la continuidad, oportunidad y disponibilidad de los servicios de salud y de los medicamentos.

7. Inestabilidad institucional a causa de las Intervenciones administrativas

Según las narraciones de las personas participantes en las mesas de trabajo, las intervenciones administrativas a las EPS generaron una inestabilidad institucional que se convirtió en barrera para la continuidad de los procesos. La rotación de agentes interventores produjo parálisis temporal de acuerdos, congelamiento de planes de mejoramiento y suspensión de procesos contractuales, con pérdida de memoria administrativa y necesidad de reconstruir diagnósticos ya consolidados. Estas interrupciones se trasladan a la población afiliada en forma de suspensión de agendas, retrasos en la entrega de medicamentos y demoras en la autorización de tecnologías de alta complejidad.

Esta volatilidad afecta de manera directa la trazabilidad del seguimiento institucional, pues la pérdida de memoria administrativa entre las gestiones salientes y entrantes exige desplegar esfuerzos adicionales para comunicación y gestión con los nuevos equipos, ajustar plazos y revalidar los diagnósticos previamente consolidados.

8. Las cifras de gestión minimizan las barreras reportadas por las personas usuarias

Un aprendizaje central de DIPSa fue que la información presentada por las entidades no siempre refleja la experiencia de las personas usuarias. Mientras las EPS reportaban avances en contratación, conciliación de cartera, fortalecimiento de redes y planes de choque, en los territorios persistían demoras en medicamentos, dificultades para acceder a consultas y procedimientos, retrasos en remisiones y cancelación de citas.

Esta diferencia evidencia una limitación importante de los mecanismos tradicionales de seguimiento. La información institucional suele concentrarse en procesos administrativos, como contratos suscritos, reuniones realizadas, indicadores de gestión o planes de mejoramiento, mientras que la experiencia de las personas usuarias[as] se expresa en aspectos que no siempre son capturados por estos reportes: cuánto tiempo espera una remisión, cuántas veces debe desplazarse para reclamar un medicamento, cuántas autorizaciones requiere para acceder a un servicio o cuántas citas son canceladas antes de recibir la atención.

La experiencia de DIPSA mostró que incorporar de manera sistemática la voz de las personas usuarias, las organizaciones de pacientes, las defensorías regionales y los prestadores permite complementar la información institucional y construir un diagnóstico más cercano a la realidad. Escuchar lo que ocurre en los territorios no solo permite identificar barreras que permanecen invisibles en los informes administrativos, sino también evaluar si las acciones reportadas por las entidades realmente se traducen en mejoras para quienes buscan ejercer su derecho a la salud.

9. La suspensión de servicios complementarios desprotege a pacientes de territorios apartados

Para cientos de afiliados de Nueva EPS que deben desplazarse desde territorios apartados, el alojamiento, la alimentación y el transporte no son beneficios accesorios sino condiciones que permiten materializar el derecho a acceder a servicios de mediana y alta complejidad. Las principales afectaciones identificadas a través de las experiencias recogidas se concentraron en pacientes de Vaupés, Guainía, Amazonas y Vichada, población mayoritariamente indígena y en condiciones de vulnerabilidad económica, que deben trasladarse a Bogotá y Villavicencio.

Durante 2026 se documentó la suspensión de servicios en los albergues operados por Sukurame por la cartera pendiente con Nueva EPS. En el albergue Sukurame La Roca (Mitú) se suspendieron la alimentación y el transporte desde el 28 de mayo de 2026, y en Villavicencio la suspensión afectó a más de cincuenta personas, incluyendo personas mayores, mujeres y niños; nueve personas permanecieron en el aeropuerto sin lugar de alojamiento. Aunque Nueva EPS reportó pagos por más de \$20.092 millones al operador entre 2024 y 2026 y la reubicación del 96,55 % de las personas afiliadas, las Defensorías Regionales de Bogotá y Meta verificaron que las afectaciones persistieron: la existencia de contratos, pagos o planes de contingencia no garantiza por sí sola el goce efectivo del derecho.

En el mes de agosto, la Defensoría del Pueblo tuvo que promover una acción de tutela contra Nueva EPS debido a la suspensión de servicios del albergue “Hogar de Paso Semillas” en Mitú, Vaupés, a causa de dificultades en la recuperación de cartera.

10. Desigualdad territorial y aseguramiento único

En el primer semestre de 2026, los territorios con mayor tasa acumulada de quejas por habitante fueron San Andrés, Providencia y Santa Catalina [57, 5], Quindío [33, 4], Guaviare [29, 8], Vaupés [21, 0] y Casanare [16, 5] (figura 8), varios de ellos caracterizados por alta ruralidad, dispersión geográfica, presencia de pueblos étnicos y mayores dificultades para garantizar una oferta suficiente y oportuna de servicios de salud.

En estos territorios, las condiciones geográficas y demográficas pueden amplificar los efectos de las fallas en la capacidad de respuesta de las aseguradoras y de las redes que estas contratan.

Cuando existen dificultades para garantizar una red suficiente, disponibilidad de servicios, contratación oportuna, flujo de recursos y continuidad en la atención, las posibilidades de respuesta a las necesidades de las personas usuarias se reducen, especialmente en territorios dispersos donde existen mayores restricciones de oferta.

En el Guaviare, por ejemplo, se reportaron cierres recurrentes de servicios de alta complejidad y desabastecimiento que afectaron incluso a pacientes oncológicos; en Arauca, se identificaron barreras relacionadas con el reconocimiento de las dinámicas de los pueblos étnicos, incluidas dificultades idiomáticas y ausencia de un enfoque diferencial; y en Tolima, las dificultades asociadas al funcionamiento del gestor farmacéutico comprometieron la continuidad en la entrega de tratamientos.

Estos casos muestran que la concentración del aseguramiento no constituye por sí misma la causa de las barreras, pero puede aumentar la exposición de la población a sus efectos cuando la capacidad de respuesta institucional, la disponibilidad de la red y las condiciones financieras y operativas del sistema resultan insuficientes.

Figura 8: Departamentos con mayor tasa acumulada de quejas primer semestre 2026



Fuente: Tasa de quejas recibidas por la Defensoría del Pueblo.

PARTE III

Hallazgos por EPS

La siguiente tabla sintetiza, para cada una de las entidades priorizadas, los principales indicadores cuantitativos y las vulneraciones al derecho a la salud identificadas por la Defensoría del Pueblo, que ilustran los hallazgos presentados en la Parte II. En todos los casos la efectividad autorreportada en la entrega de medicamentos contrasta con las quejas, tutelas y verificaciones directas realizadas con las personas usuarias.

EPS [afiliados jun 2026]	Territorios priorizados	Quejas y tutelas Defensoría - reclamos SNS [I sem 2026]	Red y decisiones judiciales [autorreporte feb 2026]	Entrega de medicamentos: autorreporte vs. verificación Defensoría	Giro Adres [2024 – 2026]	Principales vulneraciones y hallazgos
Nueva EPS 11, 5 millones La mayor EPS del país. Única aseguradora en Guaviare, Vaupés y Vichada.	Guaviare, Guainía, Vaupés, Arauca, San Andrés, Boyacá, Chocó, Vichada, Huila, N. de Santander, Amazonas, Tolima (>40 % de afiliación).	Quejas: 8. 082 (+38 %). Tutelas: 5. 609; acumulado 18. 214, el mayor del país. Reclamos SNS: 231. 484 (-5 %), el mayor del país.	1. 858 IPS [52, 6 % pública / 47, 4 % privada]. 25 acciones populares; 45 embargos. 107. 482 tutelas autorreportadas, sobre todo en servicios complementarios.	Autorreporte: 87, 6 %. Encuesta Defensoría [986 usuarios]: el 100 % reportó problemas; 78 % por falta de disponibilidad.	2025: \$17, 92 billones, con un incremento de 36, 4 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$11, 73 billones	• Salida del gestor Éticos Serrano dejó sin dispensación por meses a Atlántico, La Guajira, Cesar, Bolívar, Sucre y Santander; pendientes prolongados de medicamentos antirretrovirales (VIH), oncológicos, inmunosupresores y anticonvulsivantes. • Colapso de referencia y contrarreferencia en Guainía, Vichada, Vaupés, Amazonas y Guaviare; pacientes atrapados esperando remisión. • Suspensión de albergues Sukurame (Mitú y Villavicencio) dejó sin alojamiento, alimentación ni transporte a población indígena remitida a Bogotá y Villavicencio. De igual manera sucedió con Hogar de Paso Semillas en Mitú. • Negación de servicios a población indígena en Vichada y Amazonas por censos; barreras idiomáticas y sin enfoque diferencial en Arauca. • Reporte constante de carteras altas, dificultades en la conciliación de cuentas e incumplimientos de acuerdos de pago. • Interrupciones en la entrega de medicamentos en diversos territorios asociados a problemas administrativos tales como pagos de carteras y ausencia de contrataciones.
Famisanar 2, 55 millones	Bogotá D. C. y Cundinamarca (~78 %), Boyacá, Meta y Tolima.	Quejas: 1. 886 (+119 %). Tutelas: 282; acumulado 954. Reclamos SNS: 79. 449 (+5 %).	Red no discriminada en el autorreporte.	Autorreporte: 96, 3 %. Encuesta Defensoría [47 usuarios]: el 100 % reportó	2025: \$4, 03 billones, con un incremento de	• Salida de los operadores Cafam y Colsubsidio interrumpió la dispensación: cerca del 50 % de los pacientes con esclerosis múltiple

EPS [afiliados jun 2026]	Territorios priorizados	Quejas y tutelas Defensoría - reclamos SNS [I sem 2026]	Red y decisiones judiciales [autorreporte feb 2026]	Entrega de medicamentos: autorreporte vs. verificación Defensoría	Giro Adres [2024 – 2026]	Principales vulneraciones y hallazgos
Concentrada en la región central.			10 acciones populares (100 % cumplimiento); 9 embargos. 4. 996 tutelas autorreportadas, sobre todo medicamentos.	problemas; 97, 2 % por falta de disponibilidad; 83 % debió comprar por cuenta propia.	7, 3 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$2, 44 billones.	no recibió su terapia oportuna, con riesgo de recaídas y discapacidad irreversible. • Traslados de afiliación ejecutados sin autorización de las personas usuarias, con riesgo para pacientes de alto costo. • Gestor Discolmets con fallas sistemáticas: esperas superiores a ocho horas sin entrega completa; cobro irregular de copagos respecto a los pendientes. • Saturación de urgencias en Bogotá por migración forzada de usuarios de municipios y departamentos vecinos.
Comfenalco Valle 299. 530	Valle del Cauca (casi la totalidad) y Risaralda.	Quejas acumulado: 160 (91, 9 % en Valle). Tutelas: 28; acumulado 88. Reclamos SNS: 9. 257 (+5 %).	192 IPS (75 % privada / 25 % pública). 8 acciones populares (0 % cumplimiento); 9 embargos. 1. 473 tutelas autorreportadas, sobre todo citas.	Autorreporte: 95, 0 %. Contrasta con las quejas por oportunidad y continuidad; encuesta sin muestra representativa.	2025: \$449. 655 millones, con un incremento de 180, 1 % frente a 2024, el mayor entre las EPS analizadas. A julio 28 de 2026: \$296. 231 millones.	• Interrupción del flujo de medicamentos hacia Buenaventura y municipios aledaños por alteraciones de orden público y bloqueos viales. • Sin fechas estimadas de dispensación de pendientes: desplazamientos infructuosos y gastos de transporte no compensados. • Desabastecimiento estructural de moléculas de alta demanda (empagliflozina, semaglutida) por restricción comercial en el canal institucional. • Retrasos en Presupuestos Máximos afectan tecnologías No PBS (ambulancia, cuidadores, insumos de movilidad, APME). Cumplimiento de fallos de tutela en 70 %. "Efecto coletazo" de la crisis de Nueva EPS sobre la red del Valle.
Coosalud 3, 36 millones Entre las cinco mayores del país.	N. de Santander, Magdalena, Bolívar, Santander y Sucre (participación 14–21 %).	Quejas: 1. 589 (+15 %). Tutelas: 682; acumulado 2. 005. Reclamos SNS: 48. 576 (+15 %).	877 IPS (66, 7 % privada / 33, 3 % pública). 10 acciones populares (10 % cumplimiento); 44 embargos. 9. 964 tutelas autorreportadas.	Autorreporte: 84, 4 %, de los más bajos. Encuesta Defensoría (86 usuarios): el 100 % reportó problemas; 93 % por falta de disponibilidad.	2025: \$4, 58 billones, con un incremento de 87, 0 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$3, 03 billones.	• Incumplimiento de pagos a la red derivó en cierre y restricción de servicios en N. de Santander (Ocaña, Ábrego, San Calixto, El Carmen, La Playa, Hacarí): Hospital Emiro Quintero limitado a urgencias y gestantes; Magreth IPS suspendió dispensación y atención domiciliaria. • Cartera crítica en Sucre, sur de Córdoba y Cesar; riesgo de cierre y afectación a alta complejidad. • En Valle del Cauca, descalce financiero comprometió tratamientos oncológicos (Hospital Univ. del Valle, San Juan de Dios, Infantil Club Noel).

EPS [afiliados jun 2026]	Territorios priorizados	Quejas y tutelas Defensoría - reclamos SNS [I sem 2026]	Red y decisiones judiciales [autorreporte feb 2026]	Entrega de medicamentos: autorreporte vs. verificación Defensoría	Giro Adres [2024 – 2026]	Principales vulneraciones y hallazgos
						Arauca: demoras en remisiones III–IV, entregas de suplementos nutricionales y asignación de servicios para pacientes renales y oncológicos. Judicialización masiva.
Savia Salud 1, 65 millones	Antioquia (prácticamente la totalidad).	Quejas: 355 (+40 %). Tutelas: 433 (+28 %); acumulado 1. 167. Reclamos SNS: 47. 760 (+48 %).	324 IPS [63, 8 % pública / 36, 2 % privada]. 6 acciones populares; 2 embargos. 12. 517 tutelas autorreportadas.	Autorreporte: 94, 7 %. Encuesta Defensoría (28 usuarios): el 100 % reportó problemas; 50 % por falta de disponibilidad.	2025: \$2, 63 billones, con un incremento de 9, 6 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$1, 77 billones.	- Cancelación de citas especializadas ya asignadas uno o dos días antes, obligando a reiniciar el agendamiento. - Acumulación de cartera llevó a IPS a no renovar convenios, reduciendo capacidad instalada y paralizando autorizaciones y agendamiento en Antioquia. - Respuestas no resolutivas, silencios administrativos y cierre de peticiones por "imposibilidad de contacto telefónico".
Emssanar 1, 66 millones Presencia regional en el suroccidente.	Valle del Cauca, Nariño, Putumayo y Cauca.	Quejas: 489 (-29 %). Tutelas: 450; acumulado 1. 405. Reclamos SNS: 25. 816 (+21 %).	351 IPS [66, 4 % privada / 33, 6 % pública]. 2 acciones populares [100 %]. 3. 810 tutelas autorreportadas, sobre todo citas.	Autorreporte: 85, 0 %. Contrasta con las quejas por oportunidad y continuidad; encuesta sin muestra representativa.	2025: \$2, 60 billones, con un incremento de 7, 9 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$1, 68 billones	- Principales barreras: falta de oportunidad en citas de medicina especializada y general, y en la entrega de medicamentos. - Alta concentración de quejas y tutelas en Nariño, Valle del Cauca y Putumayo; el volumen de tutelas evidencia que las personas usuarias deben acudir a la vía judicial para acceder.
VAsmet Salud 1, 57 millones	Cauca, Caquetá, Risaralda, Nariño y Valle del Cauca.	Quejas: 458 (+21 %). Tutelas: 930 (+30 %); acumulado 2. 426. Reclamos SNS: 23. 359 (+59 %), el mayor incremento.	Sin autorreporte DIPSA. Situación puesta en conocimiento de la SNS.	No reportó. Sin autorreporte no es posible contrastar la entrega efectiva de medicamentos.	2025: \$2, 19 billones, con un incremento de 7, 7 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$1, 39 billones.	- No entregó la información solicitada pese a los requerimientos y seguimientos, lo que impide contrastar su gestión; caso remitido a la SNS. - El incremento del 59 % en reclamos SNS y del 30 % en tutelas evidencia deterioro sostenido en el acceso.
Servicio Occidental de Salud [SOS] 731. 313	Valle del Cauca, Risaralda y Cauca.	Quejas: 234 (+127 %). Tutelas: 65 (-37, 5 %); acumulado 300. Reclamos SNS: 28. 313 (+41 %).	1. 097 IPS [66, 2 % pública / 33, 8 % privada]. 5 acciones populares [con cumplimiento]. 3. 047 tutelas autorreportadas, 68 % en citas.	v	2025: \$1, 11 billones, con un incremento de 43, 1 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$709. 112 millones.	- Principales barreras: falta de oportunidad y negación de citas de medicina especializada y general, y de medicamentos. - Fuerte alza de quejas (+127 %) y reclamos (+41 %) frente a 2025.

EPS [afiliados jun 2026]	Territorios priorizados	Quejas y tutelas Defensoría - reclamos SNS [I sem 2026]	Red y decisiones judiciales [autorreporte feb 2026]	Entrega de medicamentos: autorreporte vs. verificación Defensoría	Giro Adres [2024 – 2026]	Principales vulneraciones y hallazgos
Capresoca 165. 670	Casanare [99, 99 % de la afiliación].	Quejas acumulado: 847 [99, 4 % en Casanare]. Tutelas: 106 (+116 %); acumulado 289. Reclamos SNS: 2. 878 [-4 %].	54 IPS (77, 8 % privada / 22, 2 % pública). 8 acciones populares [sin cumplimiento]; 1 embargo. 734 tutelas y 161 desacatos autorreportados.	Autorreporte: 95, 6 %. Contrasta con las quejas por oportunidad y continuidad; encuesta sin muestra representativa.	2025: \$233. 014 millones, con un incremento de 6, 2 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$151. 545 millones.	• Barreras concentradas en oportunidad y negación de citas especializadas, retraso en entrega de medicamentos y en la asignación de referencia y contrarreferencia por insuficiencia de red. • Crecimiento del 116 % en tutelas concentrado en Casanare, donde reside prácticamente toda su población: deterioro que requiere atención prioritaria.
SURA 5, 66 millones	Antioquia [55, 8 %], Valle del Cauca, Bogotá D. C. y Atlántico.	Quejas: 550 [-12 %]. Tutelas: 443 [-13 %]; acumulado 1. 483. Reclamos SNS: 125. 617 [+4 %].	1. 453 IPS [87, 5 % privada / 12, 1 % pública]. 7 acciones populares [0 % cumplimiento]. 9. 764 tutelas autorreportadas, sobre todo citas.	Autorreporte: >96 %. Debe contrastarse con quejas, reclamos y tutelas; no se aplicó encuesta.	2025: \$7, 82 billones, con un incremento de 45, 0 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$5, 11 billones.	• Barreras concentradas en demoras de autorizaciones y en la asignación de citas de medicina especializada. • Selección adversa: recibe traslados masivos de pacientes de alto costo [cáncer, diabetes] de EPS en crisis, sin períodos previos de caracterización. • Desabastecimiento colateral: la cartera vencida de otras EPS llevó a laboratorios a suspender despachos a gestores compartidos. En Costa Atlántica: preocupación por suficiencia y oportunidad de la red.
Sanitas 6, 14 millones Segunda mayor del país.	Bogotá D. C. , San Andrés, Huila y Casanare.	Quejas: 1. 614 [+41 %]. Tutelas: 873 [-21 %]; acumulado 2. 875, de los más altos. Reclamos SNS: 140. 670 [+10 %].	1. 546 IPS [79 % privada / 21 % pública]. 18 acciones populares [100 %]; 8 embargos. 13. 234 tutelas autorreportadas, sobre todo citas.	Autorreporte: 98, 0 %. Encuesta Defensoría [110 usuarios]: el 100 % reportó problemas; 68 % por falta de disponibilidad.	2025: \$8, 58 billones, con un incremento de 37, 9 % frente a 2024. A julio 28 de 2026: \$5, 77 billones	• Reformulación institucional de crónicos toma 8–15 días, tiempo desproporcionado para pacientes con HTA y alto riesgo. • Inconsistencias entre las cifras de la EPS y los registros de la SNS. • Tutelas por prestaciones No UPC (cuidadores) y por pacientes trasladados que exigen procedimientos de alto costo (trasplantes, prótesis) al primer o segundo mes de afiliación. • San Andrés: tiquetes aéreos entregados un día antes de la cita y retiro de cobertura de hospedaje y alimentación. Santander: esperas de urgencias >10 horas. Bogotá: alerta por posible cierre de urgencias en Clínica María de Cortés. Casanare: negación de subsidios de transporte y entrega intermitente del gestor Cruz Verde.
FOMAG, Magisterio 835. 369	Risaralda, Quindío, Antioquia, Meta y Santander.	Quejas: 337 [+452 %]. Tutelas: 124 [+65 %]; acumulado 292. Reclamos SNS: 25. 408 [+31 %].	3. 180 IPS [75, 3 % privada / 24, 7 % pública], de las redes más amplias.	Autorreporte: 92 %. No se aplicó encuesta; debe leerse junto al fuerte	No aplica	• Incremento excepcional de quejas (+452 %) concentrado en Risaralda y Quindío.

EPS [afiliados jun 2026]	Territorios priorizados	Quejas y tutelas Defensoría - reclamos SNS [I sem 2026]	Red y decisiones judiciales [autorreporte feb 2026]	Entrega de medicamentos: autorreporte vs. verificación Defensoría	Giro Adres [2024 – 2026]	Principales vulneraciones y hallazgos
			9.050 tutelas autorreportadas, 66 % en servicios complementarios.	incremento de quejas y reclamos.		- Barreras en oportunidad de citas especializadas y de medicina general, entrega de medicamentos y alta judicialización de servicios complementarios. - Riesgo de interrupciones en los servicios por transición tecnológica y vencimiento de contratación con la empresa Sumimedical. Situación que implicó una acción de tutela coadyuvada con la Defensoría del Pueblo. La tutela fue negada en primera instancia y la Defensoría impugnó

PARTE IV

Situaciones territoriales críticas identificadas por DIPSA

Aunque muchas barreras son comunes en el país, su manifestación depende de las condiciones de cada territorio. La siguiente tabla resume las situaciones territoriales críticas identificadas durante los diálogos, con los hechos que evidencian afectaciones directas al derecho a la salud. Las situaciones territoriales no constituyen casos aislados, sino que ilustran los problemas estructurales identificados previamente en la Parte II.

Departamento	Contexto	Barreras y hechos críticos	Riesgo para el derecho a la salud
Chocó	Población afro e indígena, zonas rurales dispersas y oferta especializada limitada; alta dependencia de remisiones a otros departamentos.	- Hospital San Francisco de Asís (único de segundo nivel, intervenido): ocupación de urgencias superior al 300 % (hasta 340–348 %) por represamiento de pacientes pendientes de remisión. - Bloqueos de vías por familiares que exigían traslados. - Contradicción entre el plan de choque reportado por Nueva EPS y la realidad descrita por CRUE y Personería de Quibdó.	Colapso de la única red de referencia del departamento; riesgo vital por demoras en remisión.
Guainía	Desplazamientos dependientes de transporte aéreo y fluvial; servicios especializados fuera del departamento.	- Pacientes con remisión aceptada no se trasladan por falta de tiquetes, ambulancia aérea o fluvial y servicios complementarios. - Estancias prolongadas en instituciones que ya agotaron su capacidad resolutive.	La barrera de transporte niega el acceso pese a contar con autorización; deterioro clínico por espera.

Departamento	Contexto	Barreras y hechos críticos	Riesgo para el derecho a la salud
Vichada	Territorio disperso y receptor de población migrante venezolana (Puerto Carreño, Cumaribo, Santa Rosalía, La Primavera). Cerca del 70 % de población indígena.	- Fin de salvoconductos humanitarios dejó sin ruta de afiliación a migrantes que requieren servicios distintos a urgencias. - Hospital San Juan de Dios: cartera de \$9.000 a \$10.000 millones por atención a migrantes sin financiación (controles prenatales, vacunación, planificación, medicamentos) posteriormente glosada. - Negación de servicios a población indígena por censos del Ministerio del Interior.	Población migrante e indígena en alta vulnerabilidad sin atención integral; insostenibilidad de la red pública.
Norte de Santander	Ocaña, Pamplona y Catatumbo; barreras de seguridad, dispersión y limitaciones de movilidad.	- Más de 2.000 quejas en Ocaña en 2025, sobre todo por medicamentos. - Visita de verificación (feb 2026): de 30 usuarios entrevistados, ninguno recibió completos sus medicamentos; pendientes de más de seis meses. - Pamplona: barreras en oftalmología, ortopedia pediátrica, endocrinología y ayudas diagnósticas.	Interrupción terapéutica prolongada; el conflicto en el Catatumbo amplifica el impacto de cualquier falla.
Risaralda	Pueblo Rico, Mistrató y Belén de Umbría; población étnica, Alerta Temprana Estructural 001 de 2026.	- Pacientes por más de dos semanas esperando remisión; la falta de ambulancias y de atención oportuna ocasionó la muerte de cinco niños en un solo mes en Pueblo Rico. - Aumento de ansiedad y suicidio; único prestador de psiquiatría (Instituto del Sistema Nervioso) como cuello de botella. - Cartera de las ESE: Pueblo Rico \$6.363 millones, Belén de Umbría \$5.360 millones, Mistrató \$3.229 millones; sin formalización de contratos con Nueva EPS y FOMAG.	Muertes evitables, colapso de la red pública y salud mental desatendida en población vulnerable.
Guaviare	Nueva EPS como aseguradora exclusiva; Hospital San José, única institución de mediana complejidad.	- Cierre o restricción de servicios privados (consulta especializada, laboratorio, imagenología); urgencias del Hospital San José con ocupación superior al 150 %. 22 pacientes de Nueva EPS pendientes de remisión; urgencias vitales hasta cinco días esperando traslado. - IPS Nueva Salud Integral suspendió hospitalización domiciliaria por iliquidez, renuncia de personal y falta de reactivos.	Efecto en cascada que colapsa toda la red departamental; riesgo vital por pérdida de cupos y camas.
Antioquia	Acción popular por las dificultades en la dispensación de medicamentos a las personas usuarias de Nueva EPS en El Bagre, que ha dado lugar a medidas y actuaciones judiciales para garantizar la continuidad del servicio.	COHAN interrumpió la dispensación de medicamentos a usuarios de Nueva EPS desde finales de 2025 en el municipio de El Bagre. Nueva EPS informa que enfrenta una situación de monopolio en Antioquia y que durante toda la vigencia 2026 hay intentado perfeccionar un nuevo contrato	Existe un riesgo de vulneración del derecho a la salud debido a las interrupciones y la falta de continuidad en la entrega de medicamentos a las personas usuarias de Nueva EPS.
Otros territorios	Región Caribe y patrón nacional asociado al flujo de recursos.	- Retiro del operador Éticos Serrano dejó por meses sin dispensación a Atlántico, La Guajira, Cesar, Bolívar y Sucre. - Deterioro generalizado de las redes por dificultades en el flujo de recursos, con restricciones e interrupciones de servicios en varios departamentos.	Las barreras que afectan oportunidad, continuidad y disponibilidad son expresión diferenciada de una falla estructural del sistema, no situaciones aisladas.

PARTE V

Aprendizajes y agenda para proteger el derecho a la salud

De los aprendizajes a la acción

Los aprendizajes derivados de la implementación de PMU y DIPSA se construyen a partir de los hallazgos documentados en la parte II del presente documento. En particular, la evidencia muestra la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta institucional, mejorar la articulación territorial y asegurar que la solución de casos individuales se traduzca en transformaciones sobre las condiciones que generan las barreras.

1. El diálogo interinstitucional puede destrabar situaciones críticas

La experiencia de los PMU y de DIPSA mostró que el diálogo interinstitucional puede destrabar situaciones críticas que no se resuelven cuando las entidades actúan de forma aislada. La participación de EPS, IPS, gestores farmacéuticos, entidades territoriales, organismos de control y usuarios permitió identificar responsabilidades, coordinar acciones y hacer seguimiento a los compromisos.

Esta experiencia resulta especialmente relevante frente a los hallazgos relacionados con la fragmentación de las rutas de atención, las dificultades de referencia y contrarreferencia, la entrega de medicamentos y la coordinación entre actores de la red, problemas que pueden prolongar las barreras aun cuando exista una entidad responsable de cada componente.

Sin embargo, los diálogos también evidenciaron la necesidad de fortalecer la capacidad de decisión en los territorios de las aseguradoras y de las instituciones con presencia regional. En varias mesas, los representantes territoriales no contaban con facultades suficientes para adoptar decisiones o comprometer soluciones y debían escalar las situaciones a los niveles superiores, lo que prolongaba los tiempos de respuesta y generaba malestar y frustración entre quienes enfrentaban directamente las barreras.

Esta situación refleja una gobernanza con importantes niveles de concentración en el ámbito nacional, que puede sobrecargar a los tomadores de decisión responsables de atender simultáneamente las necesidades de múltiples territorios. Fortalecer la capacidad

de gestión y decisión territorial es, por tanto, una condición para responder con mayor oportunidad a las particularidades locales y reducir los tiempos de resolución de las barreras identificadas.

2. Resolver casos no equivale a resolver las causas de las barreras

Resolver casos individuales, aunque indispensable, no equivale a resolver las causas que originan las barreras. Pese al cierre de casos puntuales, persisten problemas de disponibilidad de medicamentos, remisiones, servicios complementarios y sostenibilidad de la red, lo que muestra la necesidad de avanzar rápidamente en corregir las fallas estructurales del sistema.

Estos hallazgos muestran que una respuesta no puede considerarse plenamente efectiva únicamente porque un caso individual haya sido cerrado o porque una entidad reporte la gestión de una solicitud. La garantía del derecho requiere verificar que el servicio, medicamento o tratamiento haya sido efectivamente recibido por el usuario, en condiciones de oportunidad, continuidad e integralidad.

A su vez, el seguimiento sistemático de los casos permitió identificar recurrencias, tendencias y patrones de afectación que trascienden las situaciones individuales y aportan señales para anticipar riesgos de vulneración del derecho a la salud. En este sentido, el territorio operó como un sistema de alerta temprana que permitió reconocer patrones de deterioro no siempre visibles en los indicadores administrativos y orientar la acción institucional hacia problemas que requieren respuestas más allá de la solución de casos particulares.

3. Los compromisos requieren indicadores, responsables y plazos

Los compromisos institucionales solo produjeron avances consistentes cuando tuvieron un responsable definido, indicadores verificables y plazos concretos. El monitoreo mostró que algunos compromisos se reportaban como cumplidos mientras las barreras persistían para las personas usuarias, por lo que la rendición de cuentas en perspectiva debe incorporar indicadores de resultado que midan la reducción material de las barreras de acceso.

Este hallazgo resulta particularmente relevante frente a situaciones en las que la información institucional sobre la gestión o entrega de un servicio no necesariamente coincide con la experiencia efectiva del usuario. Por ello, los indicadores de seguimiento deben permitir verificar no solo si una solicitud fue tramitada o un servicio gestionado, sino si la persona efectivamente accedió al medicamento, consulta, procedimiento, remisión o servicio requerido.

4. El análisis sistemático de casos permite fortalecer la priorización territorial y poblacional

La experiencia de DIPSA mostró que la consolidación y sistematización de los casos atendidos por la Defensoría constituye una fuente relevante para orientar la priorización de acciones de protección del derecho a la salud. La información acumulada permite identificar dónde se concentran las barreras, qué problemáticas se repiten y cuáles poblaciones presentan mayores niveles de afectación, aportando elementos para una priorización con enfoque territorial, étnico y de poblaciones sujeto de especial protección constitucional.

Esta capacidad resulta especialmente relevante en territorios donde las condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, pertenencia étnica o limitaciones en la oferta de servicios pueden profundizar las barreras de acceso. Los patrones identificados en materia de disponibilidad de medicamentos, oportunidad de citas y procedimientos, referencia y contrarreferencia y acceso a servicios complementarios deben, por tanto, analizarse también desde su distribución territorial y poblacional.

Así, los casos consolidados no solo permiten atender situaciones individuales, sino también reconocer tendencias y orientar la acción institucional hacia territorios, poblaciones y problemáticas que requieren mayor atención y seguimiento.

5. La continuidad de los equipos institucionales es condición para la transformación

La continuidad de los equipos técnicos e institucionales de las EPS resultó determinante. Los cambios frecuentes de funcionarios interrumpieron procesos, obligaron a reconstruir diagnósticos y retrasaron el cumplimiento de compromisos; en cambio, los equipos estables y con capacidad de decisión permitieron dar continuidad a los planes y consolidar canales con las Defensorías Regionales, los prestadores y las personas usuarias.

Esta situación evidencia que la inestabilidad institucional no solo afecta la gestión interna de las entidades, sino que puede traducirse en discontinuidades en la atención y en la respuesta frente a las barreras identificadas. La continuidad de los equipos y la preservación del conocimiento institucional deben considerarse, por tanto, como condiciones necesarias para sostener los procesos de mejora y evitar que los avances alcanzados se pierdan con los cambios administrativos.

6. Participación de los organismos de control y capacidad de respuesta institucional

La experiencia de DIPSA permitió evidenciar el papel diferenciado de las instituciones responsables y de los organismos de control. El Ministerio de Salud y Protección Social presentó las acciones y herramientas nacionales para el seguimiento al abastecimiento de medicamentos y al acceso a tratamientos; la ADRES aportó información sobre el flujo, giro y administración de recursos; la Contraloría General de la República presentó los informes y análisis derivados de su seguimiento fiscal; y la Procuraduría General de la Nación realizó intervenciones, emitió decisiones y efectuó requerimientos dirigidos a las entidades competentes frente a las situaciones identificadas. Estas actuaciones complementaron los diálogos de DIPSA y aportaron elementos para el seguimiento de las problemáticas y los compromisos asumidos.

En los espacios de DIPSA en los que participó la Superintendencia Nacional de Salud, su representación estuvo principalmente a cargo de funcionarios de atención al usuario y gestores, sin la participación permanente de cargos directivos con capacidad de decisión de las áreas de aseguramiento y territorio. Posteriormente, la entidad puso en marcha el Plan 100, una estrategia de inspección, vigilancia y control que inició con más de 100 operativos sorpresa en 25 departamentos para verificar en territorio la entrega de medicamentos, identificar posibles casos de acaparamiento y detectar barreras de acceso.

Los diálogos también permitieron identificar limitaciones en la capacidad de respuesta y cobertura territorial de la Superintendencia frente a la magnitud de las situaciones reportadas. En distintos espacios se evidenció que los representantes regionales no siempre contaban con facultades suficientes para adoptar decisiones y debían escalar los casos al nivel nacional, prolongando la respuesta frente a situaciones que requerían atención oportuna.

Este aprendizaje señala la necesidad de fortalecer la articulación entre los niveles nacional y territorial y de dotar a las instituciones con presencia en los territorios de mayores capacidades de gestión y decisión, de manera que puedan responder con oportunidad a las situaciones identificadas, sin trasladar a los organismos de control responsabilidades que corresponden a las entidades directamente encargadas de garantizar el derecho a la salud.

A partir de estos aprendizajes y de las situaciones documentadas durante DIPSA, la Defensoría del Pueblo propone al Gobierno nacional entrante una agenda de acciones orientada a fortalecer la respuesta institucional y prevenir la persistencia de las barreras identificadas. Los riesgos señalados no constituyen un nuevo diagnóstico, sino la proyección de problemáticas ya documentadas que requieren atención prioritaria.

7. Agenda para la protección del derecho a la salud: prioridades para un plan de estabilización

Los hallazgos de DIPSA muestran la necesidad de una respuesta inmediata y focalizada que permita contener las barreras más críticas y evitar que estas continúen trasladándose a las personas usuarias. En este sentido, la Defensoría del Pueblo propone al Gobierno nacional una agenda de estabilización de corto plazo, orientada a recuperar capacidad de respuesta en las EPS, territorios y poblaciones con mayores afectaciones, con mecanismos de seguimiento que permitan verificar resultados. La agenda de estabilización tiene las siguientes líneas estratégicas:

a. Estabilizar las EPS y proteger a las poblaciones con situaciones clínicas críticas

Se recomienda priorizar la intervención y seguimiento de las EPS que, por su número de afiliados, extensión territorial, concentración de barreras y dificultades de respuesta, representan un mayor riesgo para la continuidad de la atención. Esta priorización deberá desarrollarse por fases, diferenciando las EPS de alcance nacional, como Nueva EPS y Famisanar, de aquellas con operación predominantemente regional, entre ellas Coosalud, Capresoca y Asmet Salud, de acuerdo con la evidencia disponible y la evolución de los riesgos identificados.

La estabilización deberá incorporar una priorización clínica de pacientes y situaciones críticas, con especial atención a personas con enfermedades crónicas de alto riesgo, cáncer, enfermedades huérfanas, trasplantes y otras condiciones en las que la interrupción o demora de los tratamientos pueda generar consecuencias graves. Deberán establecerse mecanismos de contingencia que garanticen la continuidad de medicamentos, procedimientos y servicios, especialmente durante cambios de operadores, dificultades contractuales o modificaciones de la red.

Cualquier inyección o asignación de recursos públicos deberá estar acompañada de reglas claras de transparencia, trazabilidad y seguimiento, que permitan verificar su destinación y su impacto efectivo sobre la prestación de servicios y la atención de las personas usuarias. La liquidez es una condición necesaria para la estabilización, pero no garantiza por sí sola la solución de las barreras ni debe reproducir las condiciones que dieron origen a la crisis.

b. Priorizar los territorios con mayores barreras y fortalecer su capacidad de respuesta, incluyendo los afectados por el sismo

Se recomienda implementar una intervención territorial focalizada en las regiones que concentran mayores barreras de acceso, considerando el volumen de quejas y casos, las condiciones geográficas, ruralidad, dispersión poblacional, presencia de pueblos étnicos, características demográficas y disponibilidad de oferta de servicios.

La priorización inicial deberá concentrarse en los territorios con mayores niveles de afectación, incluyendo las necesidades emergentes por el sismo del 10 de agosto, y avanzar mediante planes territoriales de respuesta que articulen a EPS, IPS, entidades territoriales, gestores farmacéuticos y autoridades nacionales.

Esta intervención deberá fortalecer la capacidad de decisión y gestión en el territorio, de manera que las instituciones con presencia regional puedan resolver oportunamente las situaciones que afectan a la población y no dependan sistemáticamente del escalamiento de los casos al nivel nacional.

c. Valorar y fortalecer la red de prestación de servicios con enfoque de macrorregiones

Se recomienda realizar una valoración de la suficiencia, capacidad resolutive y distribución territorial de la red de prestación de servicios, considerando las necesidades reales de la población y las dinámicas de referencia y contrarreferencia. Esta valoración deberá articularse con el plan de reconstrucción y fortalecimiento de la infraestructura en salud, incorporando un enfoque de macrorregiones que permita identificar brechas de mediana y alta complejidad, transporte asistencial, servicios complementarios y capacidad instalada.

El propósito es que la estabilización no se limite a las condiciones de las EPS, sino que permita recuperar también la capacidad efectiva de respuesta de la red, especialmente en territorios donde la oferta es insuficiente, está altamente concentrada o presenta dificultades para garantizar la continuidad de la atención.

d. Implementar un plan de monitoreo y transición de las EPS intervenidas

Se recomienda establecer un mecanismo de seguimiento a las EPS intervenidas que permita verificar periódicamente la evolución de los riesgos y las condiciones de prestación de los servicios durante y después de las medidas de estabilización. El seguimiento deberá integrar información sobre acceso, oportunidad, continuidad de tratamientos, entrega de

medicamentos, suficiencia de red, flujo de recursos y experiencia de las personas usuarias, con indicadores verificables y desagregados territorialmente.

Este mecanismo deberá establecer criterios claros de avance, permanencia, ajuste y transición de las medidas adoptadas, evitando que las intervenciones se prolonguen indefinidamente sin demostrar mejoras verificables en la garantía del derecho a la salud. Para ello, la Defensoría del Pueblo pone a disposición la metodología de seguimiento de DIPSA, con el propósito de establecer un PMU Nacional liderado por el Ministerio de Salud, como parte del plan de estabilización. Para ello, la Defensoría del Pueblo pone a disposición la metodología de seguimiento de DIPSA, con el propósito de establecer un PMU Nacional liderado por el Ministerio de Salud, como parte del plan de estabilización.

e. Fortalecer la respuesta en salud mental ante la creciente demanda derivada de la emergencia.

Se recomienda garantizar una respuesta territorial suficiente y oportuna mediante el fortalecimiento de equipos básicos de salud y equipos psicosociales, centros de escucha, teleorientación y telemedicina especializada; asegurar la continuidad de tratamientos y el acceso a medicamentos; mejorar la identificación y georreferenciación de necesidades y oferta disponible; y establecer mecanismos de seguimiento que permitan ajustar la respuesta de acuerdo con la evolución de la emergencia. La estrategia deberá incluir también acciones de cuidado para los primeros respondientes y equipos que participan de manera sostenida en la atención de la emergencia.

Estas medidas de estabilización no sustituyen las transformaciones estructurales que requiere el sistema de salud. La respuesta de corto plazo debe acompañarse de decisiones de fondo orientadas a garantizar un financiamiento equitativo y sostenible, fortalecer la gobernanza territorial con capacidad efectiva de decisión y consolidar una rectoría nacional con mayores capacidades para anticipar riesgos, coordinar actores y garantizar el cumplimiento de las obligaciones del sistema. La estabilización debe, por tanto, permitir contener las afectaciones actuales sin reproducir las condiciones estructurales que las originaron.

Conclusiones

La experiencia de los PMU y DIPSA permitió a la Defensoría del Pueblo observar la situación del sistema de salud desde una perspectiva que combina la información institucional con la experiencia directa de las personas usuarias y las particularidades de los territorios. Esta aproximación mostró que las barreras de acceso no responden a una única causa y que, en muchos casos, la interacción entre dificultades financieras, administrativas, territoriales y de gestión termina trasladando al paciente las consecuencias de las fallas del sistema.

El seguimiento realizado también evidenció que la existencia de contratos, autorizaciones, pagos o indicadores favorables no garantiza por sí misma el goce efectivo del derecho a la salud. La experiencia de las personas usuarias permitió identificar brechas entre lo que reportan las instituciones y lo que efectivamente ocurre en el territorio, así como reconocer situaciones que difícilmente serían visibles a través de los sistemas administrativos convencionales.

Al mismo tiempo, los PMU y DIPSA demostraron el valor del diálogo y de la coordinación institucional para destrabar situaciones críticas, pero también mostraron que estas herramientas no pueden sustituir la capacidad ordinaria de gestión de las instituciones responsables del aseguramiento y la prestación. La sostenibilidad de las soluciones requiere equipos estables, información verificable, responsables claramente definidos y capacidad para intervenir sobre las causas, no solamente sobre sus manifestaciones.

Finalmente, la principal conclusión para el nuevo Gobierno es que la garantía del derecho a la salud requiere pasar de una gestión centrada en resolver contingencias a una capacidad institucional orientada a anticipar riesgos, utilizar eficientemente los recursos, fortalecer las redes de atención y medir resultados efectivos en salud. La experiencia acumulada por la Defensoría constituye un insumo para avanzar en esa dirección y para mantener al usuario y sus necesidades concretas como centro de las decisiones del sistema.

El desafío no es únicamente resolver las barreras que hoy enfrentan los colombianos y colombianas, sino construir un sistema capaz de identificarlas, prevenirlas y responder antes de que se conviertan en vulneraciones del derecho a la salud.



#BuenFuturoHoy

Defensoría del Pueblo de Colombia
Calle 55 N° 10-32
Tels.: 314 73 00 - 314 40 00

www.defensoria.gov.co