ASOCAPITALES
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIUDADES CAPITALES

· UNIPS COLOMBIA

LÍNEA BASE 2026

Estado del Sistema de Salud en las Ciudades Capitales

Mapa Nacional de Riesgos del Sistema de Salud

Diagnóstico territorial a partir de la consulta a las Secretarías de Salud de las ciudades capitales — Radiografía Territorial del Estado Actual del Sistema de Salud Colombiano.

31/31
CIUDADES CAPITALES RESPONDIERON — COBERTURA DEL 100 %

71,0
ITRSS PROMEDIO SOBRE 100 PUNTOS

0
CIUDADES EN BANDA DE RIESGO BAJO O MODERADO

Bogotá D.C. · Septiembre de 2026

Asociación Colombiana de Ciudades Capitales — Oficina de Planeación y Calidad
Unión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Colombia

Créditos y alcance

El presente informe fue elaborado por la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales (Asocapitales), a través de su Oficina de Planeación y Calidad, en desarrollo de la estrategia conjunta de fortalecimiento institucional adelantada con la Unión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Colombia (UNIPS Colombia).

La información que lo sustenta fue recopilada mediante el cuestionario técnico «Radiografía Territorial del Estado Actual del Sistema de Salud Colombiano», remitido a las 31 ciudades capitales del país y diligenciado por la totalidad de ellas entre el 4 de agosto y el 16 de septiembre de 2026.

> **ADVERTENCIA DE ALCANCE**
>
> Este ejercicio no constituye una evaluación de la gestión de las Secretarías de Salud ni busca establecer comparaciones entre ciudades. Su finalidad es construir una visión colectiva desde los territorios que permita priorizar acciones y contribuir al fortalecimiento del sistema de salud colombiano.
>
> Todos los resultados corresponden a la percepción institucional autorreportada por la autoridad sanitaria territorial. No constituyen mediciones administrativas verificadas ni han sido contrastados con registros oficiales de aseguramiento, habilitación o cartera.
>
> Las valoraciones contenidas en este documento —incluidos los puntajes del índice, las bandas de clasificación y las estimaciones de probabilidad e impacto de los riesgos— deben entenderse como aproximaciones técnicas y señales de alerta derivadas del seguimiento territorial, y no como calificaciones oficiales de riesgo, probabilidad o impacto. No provienen de una metodología regulatoria ni tienen efecto vinculante: su propósito es orientar la priorización de acciones y el diálogo entre el nivel nacional y las entidades territoriales.

Cita: Asocapitales y UNIPS Colombia. *Estado del Sistema de Salud en las Ciudades Capitales — Línea Base 2026.* Bogotá D.C., 2026.

Agradecimiento: este informe fue posible gracias a la participación de las Secretarías de Salud de las ciudades capitales. Asimismo, es importante resaltar que 4 de las 5 ciudades capitales afectadas por el sismo del 10 de agosto respondieron esta encuesta posterior a este evento (Armenia, Cali, Pereira y Quibdó).

Contenido

10 datos que explican el estado de la salud en las ciudades capitales 4

1. Introducción y mandato 5

2. Metodología 6

3. El Mapa Nacional de Riesgos 11

4. Eje I — Aseguramiento y gobernanza del riesgo 14

5. Eje II — Prestación de servicios 19

6. Eje III — Salud pública, inspección, vigilancia y control 27

7. Mapa Nacional de Riesgos del Sistema de Salud 31

8. Coincidencias territoriales 39

9. Discusión 42

10. Conclusiones 44

11. Hoja de ruta de incidencia ante el Gobierno Nacional 45

12. Nota sobre comunicación pública 46

Anexo A. Ficha metodológica 47

Anexo B. Matriz de puntajes por ciudad y dimensión 48

Anexo C. Transcripción literal de las respuestas de texto libre 50

10 datos que explican el estado de la salud en las ciudades capitales

31 de 31	Ciudades capitales respondieron el cuestionario. **Cobertura completa del universo.**
0	**Ciudades en riesgo bajo o moderado.** 31 de 31 ciudades capitales en banda alta (16) y crítica (15).
71,0	Puntos sobre 100 es el **Índice Territorial de Riesgo del Sistema de Salud (ITRSS)** promedio.
30 de 31	Ciudades capitales registran **riesgo alto o crítico en acceso a los servicios**, la dimensión más homogénea del país.
27 de 31	Ciudades capitales reportan que **las barreras de acceso aumentaron significativamente** en el último año. Ninguna reportó mejoría.
87 de 197	**EPS que operan en las capitales están bajo medida especial.** La mediana territorial es del 50 %.
30 de 31	Ciudades capitales califican su **red prestadora como inestable, con signos de deterioro o en riesgo de colapso**.
23 de 31	Ciudades capitales reportan **dificultades críticas de abastecimiento ambulatorio de medicamentos**.
27 de 31	Ciudades capitales priorizan la **interrupción de tratamientos de alto costo**: la mayor severidad esperada de la matriz de riesgos.
30 de 31	Ciudades capitales piden al Gobierno Nacional **garantizar el suministro de alto costo y apoyar el saneamiento de la cartera EPS–IPS**.

Línea base construida a partir de la percepción institucional reportada por las Secretarías de Salud de las ciudades capitales. No constituye una evaluación de la gestión de las administraciones territoriales ni una comparación entre ciudades. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

1. Introducción y mandato

Las ciudades capitales concentran la mayor capacidad instalada del país, atienden pacientes provenientes de múltiples departamentos y soportan la prestación de servicios de alta complejidad. Son, por ello, el principal escenario donde se materializan las fortalezas, las limitaciones y los desafíos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La experiencia acumulada por sus autoridades sanitarias constituye un insumo directo para comprender el estado del sistema.

Sobre esa premisa, Asocapitales y UNIPS Colombia diseñaron un cuestionario técnico dirigido a los Secretarios de Salud de las 31 ciudades capitales, con el propósito de conocer el estado actual del aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública y la capacidad institucional del Estado territorial, así como los principales retos que enfrentan los territorios para garantizar el derecho fundamental a la salud.

Este documento constituye la línea base diagnóstica que sirve de insumo para la construcción de una hoja de ruta para que las ciudades capitales puedan incidir ante el Gobierno Nacional.

1.1 Qué es y qué no es este informe

El informe es un diagnóstico descriptivo construido con información autorreportada por las autoridades sanitarias territoriales. Ordena esa información, la cuantifica, la hace comparable entre dimensiones y la resume en un índice compuesto.

No es una evaluación de la gestión de las Secretarías de Salud. No establece comparaciones ni ordenamientos entre ciudades. No verifica administrativamente las situaciones descritas ni contrasta lo reportado con registros de aseguramiento, habilitación o cartera. No atribuye responsabilidades a entidades o funcionarios determinados. Y no proyecta escenarios futuros: describe una situación en un momento del tiempo.

Estas restricciones no son una limitación técnica sino un compromiso adquirido con las ciudades participantes al momento de remitir el instrumento, y determinan la forma en que se presentan los resultados del índice en el capítulo 7.

2. Metodología

2.1 Instrumento

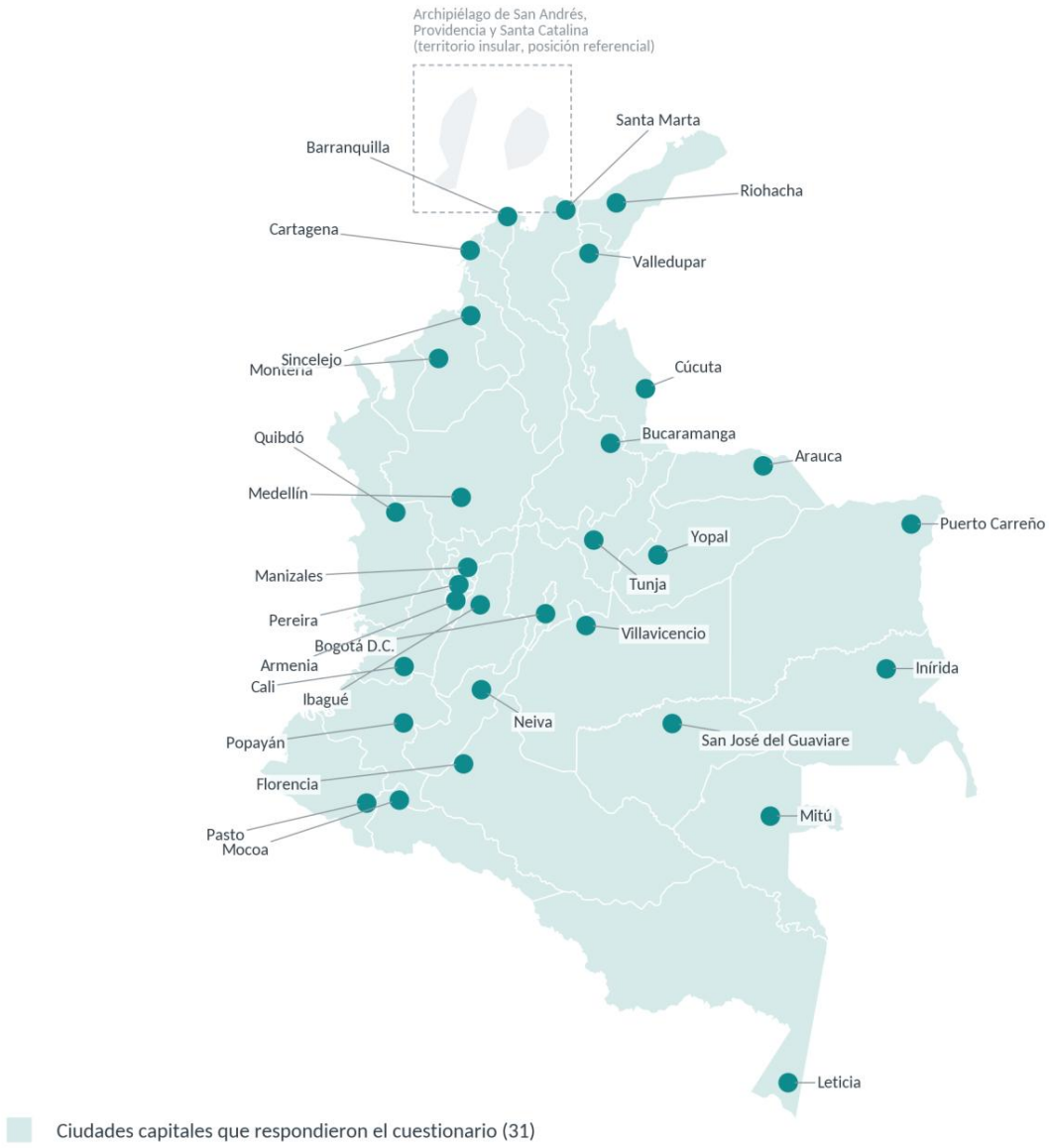
El cuestionario constó de diez (10) preguntas organizadas en cuatro (4) ejes temáticos, que corresponden a los tres (3) componentes declarados en la comunicación de remisión —aseguramiento, prestación de servicios e inspección, vigilancia y control— más un eje de síntesis transversal sobre riesgo sistémico. Las respuestas se recogieron mediante formulario electrónico entre el 4 de agosto y el 16 de septiembre de 2026.

El instrumento combinó cuatro (4) tipos de pregunta: escalas ordinales de cuatro (4) o tres (3) niveles, dos (2) preguntas numéricas sobre el número de EPS que operan y el número bajo medida especial, diez (10) preguntas de selección múltiple con catálogo cerrado de opciones, y campos de texto libre. En total se procesaron 77 variables.

2.2 Cobertura

Respondieron las 31 ciudades capitales del país, para una tasa de respuesta del 100 %. Cada ciudad aportó un único registro y no se identificaron duplicados.

Fig. 1. Cobertura de la consulta a las ciudades capitales, 2026 (n = 31)



Los departamentos se sombrean según la respuesta de su ciudad capital. Cundinamarca se representa con el dato de Bogotá D.C., su ciudad capital. El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se incluye como territorio insular del país, en posición referencial desplazada respecto de su ubicación real para permitir su lectura a esta escala; no forma parte del universo de ciudades capitales consultado. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Los resultados describen, por tanto, al universo completo de las ciudades capitales.

2.3 Resumen metodológico

Entre agosto y septiembre de 2026, las 31 ciudades capitales del país respondieron un cuestionario técnico sobre el estado del sistema de salud en su territorio. Con sus respuestas se construyó el Índice Territorial de Riesgo del Sistema de Salud (ITRSS), organizado en ocho (8) dimensiones, y el Mapa Nacional de Riesgos que constituye el capítulo central de este informe.

El hallazgo más relevante no es la magnitud del riesgo reportado sino su homogeneidad. Ciudades que no comparten tamaño, geografía, perfil epidemiológico ni capacidad instalada describieron el mismo cuadro,

identificaron los mismos factores asociados y solicitaron las mismas medidas. La dimensión de acceso a los servicios registró simultáneamente una de las medias más altas y la menor dispersión del índice, con un coeficiente de variación del 15,8 %: las 31 ciudades reportan lo mismo con la misma intensidad.

El encadenamiento de las respuestas apunta de manera consistente a un punto de falla contractual y financiero. Las causas de cierre de servicios más citadas son la cartera de las EPS, la insuficiencia financiera de las IPS y la terminación de contratos. El factor de presión sobre la sostenibilidad más señalado es la cartera de las EPS, no el incremento de costos. El deterioro asistencial —tratamientos interrumpidos, progresión de la enfermedad, mortalidad evitable— aparece en los cuatro (4) ejes como consecuencia y no como origen.

Dos (2) dimensiones se comportan de forma distinta y exigen una respuesta diferenciada: la red prestadora y la capacidad de inspección, vigilancia y control presentan coeficientes de variación superiores al 52 %, con territorios en cero y territorios en 100. Ahí una política nacional uniforme tendría efectos desiguales.

Finalmente, las limitaciones que las Secretarías identifican para responder al deterioro —competencias legales frente a las EPS, coordinación con las entidades nacionales y sistemas de información— se definen fuera del ámbito municipal.

MENSAJES CLAVE

- **El riesgo reportado no se distribuye: se comparte.** La baja dispersión en acceso, riesgo sistémico y medicamentos indica un mismo problema estructural con intensidades diferentes.
- El punto de falla más citado no es asistencial ni epidemiológico, sino **contractual y financiero**: la relación de pago entre aseguradores y prestadores.
- Los **pacientes de alto costo** concentran simultáneamente la mayor probabilidad de ocurrencia y el mayor impacto esperado.
- Dos (2) dimensiones exigen **focalización territorial** y no política uniforme: red prestadora e inspección, vigilancia y control.

NATURALEZA DE ESTE DOCUMENTO

Este informe es una línea base construida a partir de la percepción institucional reportada por las Secretarías de Salud de las ciudades capitales. No constituye una evaluación de la gestión de las administraciones territoriales, no establece comparaciones entre ciudades y no contrasta lo reportado con registros administrativos de aseguramiento, habilitación o cartera.

Las valoraciones contenidas en este documento —incluidos los puntajes del índice, las bandas de clasificación y las estimaciones de probabilidad e impacto de los riesgos— deben entenderse como aproximaciones técnicas y señales de alerta derivadas del seguimiento territorial, y no como calificaciones oficiales de riesgo, probabilidad o impacto. No provienen de una metodología regulatoria ni tienen efecto vinculante: su propósito es orientar la priorización de acciones y el diálogo entre el nivel nacional y las entidades territoriales.

2.4 Construcción del Índice Territorial de Riesgo del Sistema de Salud (ITRSS)

Todas las escalas ordinales se recodificaron a una puntuación de riesgo continua entre 0 y 100, donde 0 representa ausencia de riesgo y 100 riesgo máximo, distribuyendo los niveles de cada escala a intervalos iguales. Las marcas «No sabe / No aplica» se trataron como valor perdido: reducen el denominador y no puntúan como cero.

A partir de esas puntuaciones se construyeron las ocho (8) dimensiones estratégicas previstas en el instrumento, cada una como promedio simple de sus componentes. El ITRSS es el promedio simple de las ocho (8) dimensiones, bajo ponderación equitativa. Se adoptó esta especificación por transparencia y por ausencia de justificación empírica para asignar pesos diferenciales.

Cuadro 1. Composición de las ocho (8) dimensiones del ITRSS

DIMENSIÓN	COMPONENTES
D1 · Gobernanza del aseguramiento	Riesgo de continuidad (1.1); razón de EPS bajo medida especial sobre EPS operando (1.2/1.3); fallas en seis (6) procesos de las EPS (2.1); capacidad operativa (2.2)
D2 · Acceso a los servicios	Barreras en seis (6) servicios (3.1); evolución del acceso en el último año (3.2)
D3 · Red prestadora	Estabilidad operativa de la red pública y privada (4.4)*
D4 · Sostenibilidad financiera	Nivel de riesgo financiero (5.1); impacto de los factores de presión evaluados (5.2)
D5 · Medicamentos y tecnologías	Abastecimiento en cuatro (4) categorías (7.1); impacto sobre la continuidad de tratamientos (7.3)*
D6 · Poblaciones vulnerables	Capacidad de continuidad para seis (6) grupos de pacientes (6.1)
D7 · Inspección, vigilancia y control	Suficiencia de cuatro (4) tipos de herramienta (9.1)
D8 · Riesgo sistémico	Riesgo global a doce (12) meses (10.1); severidad media de los cinco (5) riesgos priorizados (10.2); variación de las PQRD (8.1)

*La severidad de los riesgos priorizados se calculó como el producto de probabilidad por impacto (rango 1–9) sobre los cinco (5) riesgos seleccionados por cada ciudad, reescalado a 0–100. *Las preguntas 4.1, 4.2, 4.3 y 7.2 no hacen parte del índice. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.*

Cuadro 2. Bandas de clasificación del ITRSS

BANDA	RANGO	LECTURA
Bajo	0 – 24,9	El sistema opera sin amenazas significativas para la continuidad
Moderado	25 – 49,9	Existen tensiones focalizadas que no comprometen la continuidad general
Alto	50 – 74,9	Varias dimensiones comprometidas; la continuidad depende de medidas correctivas
Crítico	75 – 100	Riesgo simultáneo en la mayoría de dimensiones; alta probabilidad de interrupción

Las bandas constituyen una convención metodológica de este informe y no un estándar oficial. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

2.5 Verificaciones de calidad

Las diez (10) preguntas de selección múltiple almacenan las opciones marcadas como una cadena de texto separada por comas. Dado que varias opciones contienen comas internas, su procesamiento exigió coincidencia exacta contra un catálogo cerrado, aplicando la opción más larga primero. Como control aritmético, la pregunta sobre los cinco (5) riesgos más críticos debía sumar exactamente 155 selecciones —31 ciudades por cinco (5) riesgos—: el resultado obtenido fue exactamente ese, y ninguna ciudad marcó más ni menos de cinco (5).

La coherencia entre el número de EPS bajo medida especial y el número total de EPS operando se verificó en las 31 ciudades sin encontrar inconsistencias.

> **NOTA METODOLÓGICA · VALORES EXCLUIDOS**
>
> Estos valores —797, 998 y 552— fueron excluidos de todo cálculo de medias y sumas, dado que son datos atípicos y corresponden a valores que se reportaron por una de las ciudades afectadas después del sismo del 10 de agosto.
>
> Adicionalmente, 20 de las 31 respuestas sobre servicios suspendidos temporalmente se recibieron como descripción de texto y no como conteo, por lo que esa variable se trató exclusivamente como campo cualitativo.
>
> Los conteos de servicios cerrados no comparten unidad de medida entre ciudades: algunas reportaron servicios, otras sedes y otras instituciones completas. Por esa razón este informe no publica un total nacional de servicios cerrados. Ninguno de estos campos alimenta el ITRSS.

2.6 Limitaciones

Tres (3) limitaciones acotan la interpretación de estos resultados. Primera: toda la información es autorreportada y refleja la percepción institucional de la autoridad sanitaria, no una medición administrativa verificada. Segunda: con 31 observaciones no procede la aplicación de pruebas de significancia estadística. Tercera: al ser la primera medición, no existe línea base previa contra la cual comparar; este informe la constituye.

Las valoraciones contenidas en este documento —incluidos los puntajes del índice, las bandas de clasificación y las estimaciones de probabilidad e impacto de los riesgos— deben entenderse como aproximaciones técnicas y señales de alerta derivadas del seguimiento territorial, y no como calificaciones oficiales de riesgo, probabilidad o impacto. No provienen de una metodología regulatoria ni tienen efecto vinculante: su propósito es orientar la priorización de acciones y el diálogo entre el nivel nacional y las entidades territoriales.

3. El Mapa Nacional de Riesgos

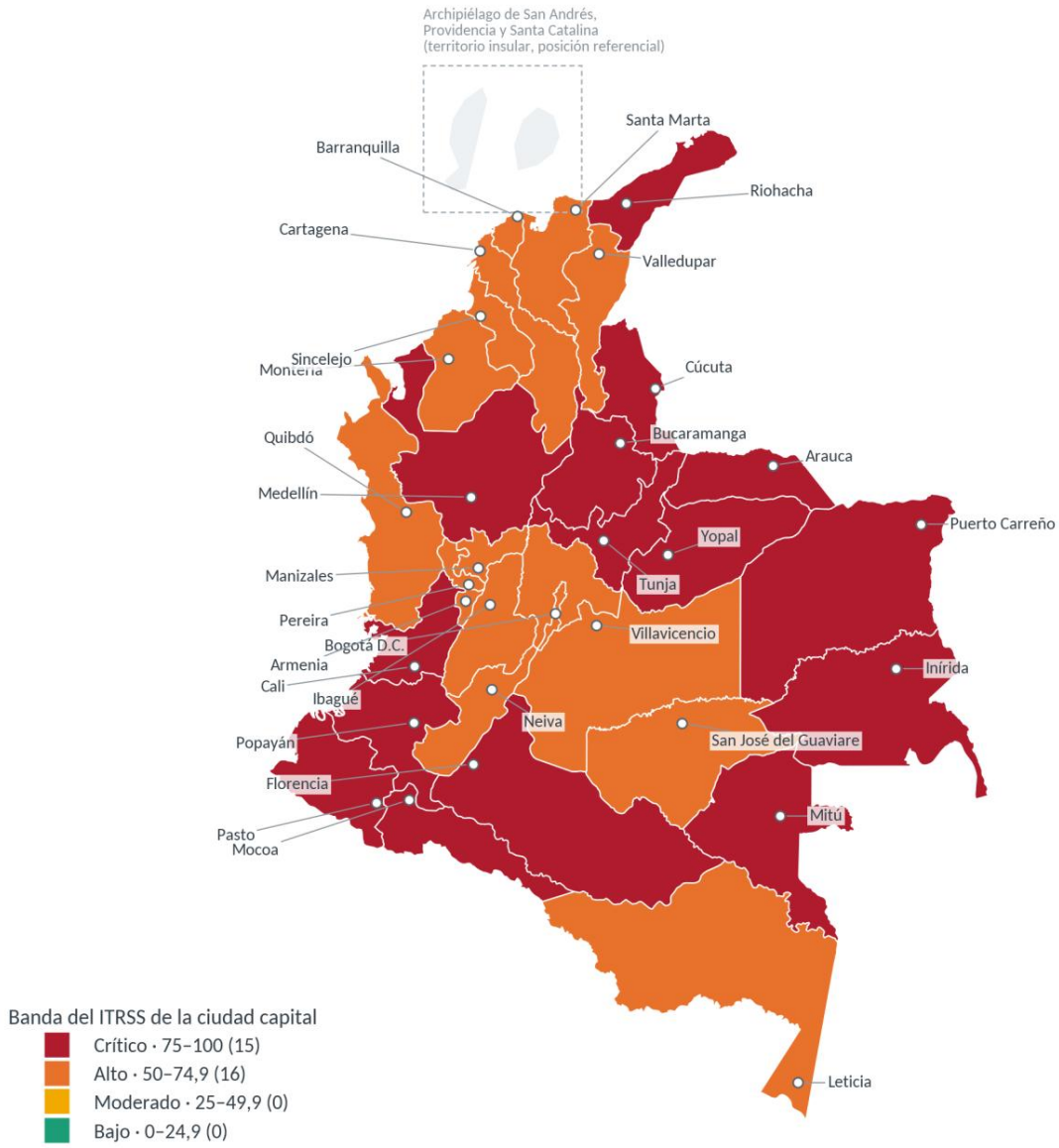
CAPÍTULO CENTRAL

Mapa Nacional de Riesgos del Sistema de Salud

- Ninguna de las 31 ciudades se ubicó en banda de riesgo bajo o moderado.
- La dimensión de acceso a los servicios registró riesgo alto o crítico en 30 de los 31 territorios y la menor dispersión del índice.
- Los diez (10) riesgos priorizados se concentran en el cuadrante de alta probabilidad y alto impacto.

Este capítulo presenta el resultado central del ejercicio y sirve de puerta de entrada al resto del informe. El mapa que sigue resume, en una sola imagen, la clasificación de las 31 ciudades capitales según el Índice Territorial de Riesgo del Sistema de Salud. Todo lo que viene después explica qué hay detrás de ese color.

Fig. 2. Mapa Nacional de Riesgos: clasificación de las ciudades capitales por banda del ITRSS (n = 31)



Cada departamento se colorea con la banda del ITRSS de su ciudad capital; el color no representa al departamento en su conjunto. Cundinamarca se representa con el dato de Bogotá D.C. El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina aparece en posición referencial como territorio insular del país. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

3.1 Cómo se lee este mapa

El color de cada departamento corresponde al puntaje que obtuvo su ciudad capital en el índice, no al departamento en su conjunto. El índice va de 0 a 100, donde 0 representa ausencia de riesgo y 100 riesgo máximo, y se agrupa en cuatro (4) bandas: bajo, moderado, alto y crítico. Un puntaje alto no indica mala gestión de la Secretaría de Salud: indica que la autoridad sanitaria reportó un riesgo elevado para la continuidad de los servicios en su territorio.

El resultado es inequívoco. 15 ciudades quedaron clasificadas en banda crítica y 16 en banda alta. Ninguna de las 31 se ubicó en banda moderada o baja. El mapa no muestra zonas de tranquilidad: muestra grados de presión.

3.2 Qué explica ese color

El índice se construye a partir de ocho (8) dimensiones, agrupadas en los tres (3) ejes temáticos del cuestionario. Los tres (3) capítulos siguientes recorren esos ejes uno por uno y, al abrir cada uno, el mapa vuelve a aparecer acompañado de las dimensiones que ese eje aporta al resultado. De ese modo puede verse qué porción del color del mapa explica cada eje.

Cuadro 3. Qué aporta cada eje al Mapa Nacional de Riesgos

EJE	DIMENSIONES QUE APORTA	QUÉ PREGUNTA RESPONDE
Eje I · Aseguramiento y gobernanza del riesgo	Gobernanza del aseguramiento · Acceso a los servicios	Si la población afiliada puede acceder efectivamente a los servicios
Eje II · Prestación de servicios	Red prestadora · Sostenibilidad financiera · Medicamentos y tecnologías · Poblaciones vulnerables	Si la red que presta los servicios puede sostenerse y garantizar continuidad
Eje III · Salud pública, inspección, vigilancia y control	Inspección, vigilancia y control	Con qué instrumentos cuenta la autoridad sanitaria territorial para responder
Síntesis transversal	Riesgo sistémico	Qué probabilidad hay de interrupción de la prestación en los próximos doce (12) meses

La dimensión de riesgo sistémico recoge señales de los tres (3) ejes y se desarrolla en el capítulo 7. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

El capítulo 7 retoma el mapa con el detalle completo del índice: los riesgos que los territorios priorizaron, su probabilidad e impacto, la dispersión entre ciudades y el comportamiento de cada dimensión en el territorio.

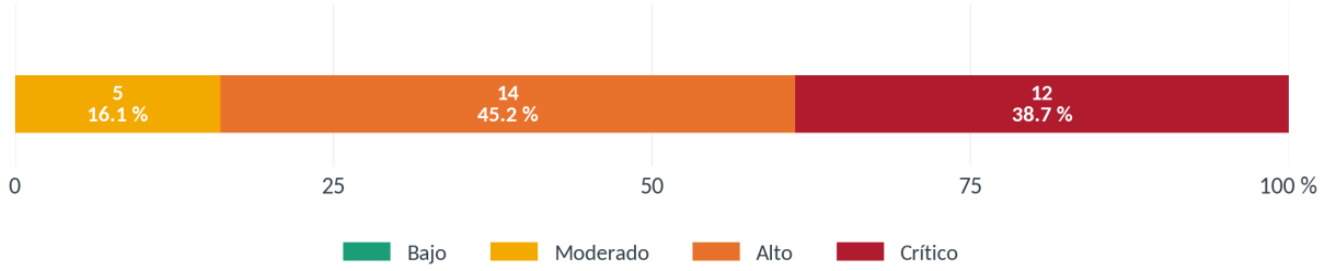
4. Eje I — Aseguramiento y gobernanza del riesgo

El primer eje indagó por el riesgo de continuidad en la atención de la población afiliada, por la capacidad operativa conservada por las EPS que operan en cada territorio y por las barreras que enfrentan los usuarios para acceder efectivamente a los servicios. Los resultados se presentan en tres (3) planos: la situación reportada, los factores que las ciudades asocian a ella y las decisiones que se desprenden.

4.1 Qué está pasando

26 de las 31 ciudades calificaron como alto o crítico el riesgo actual de continuidad en la atención de la población afiliada. Doce (12) lo calificaron directamente como crítico y cinco (5) como moderado. Ninguna lo consideró bajo.

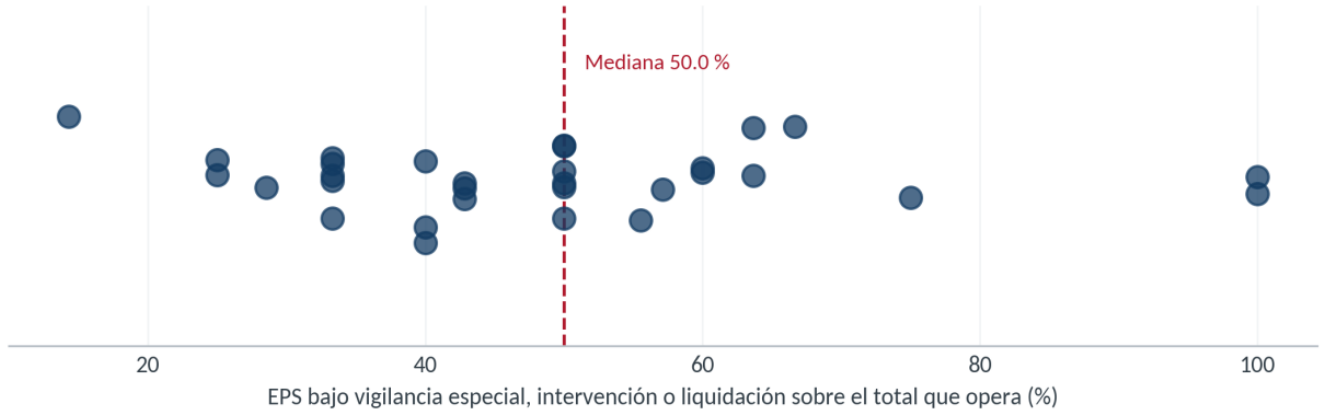
Fig. 3. Calificación del riesgo de continuidad en la atención de la población afiliada (n = 31)



Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Las ciudades reportaron 87 EPS bajo medida de vigilancia especial, intervención o liquidación, sobre 197 EPS operando en el conjunto de los territorios consultados. La razón entre unas y otras alcanzó una mediana del 50,0 % y un promedio del 48,7 %, con valores entre el 14,3 % y el 100 %. En dos (2) capitales de la Amazonía y la Orinoquía, la única EPS que opera se encuentra bajo medida especial.

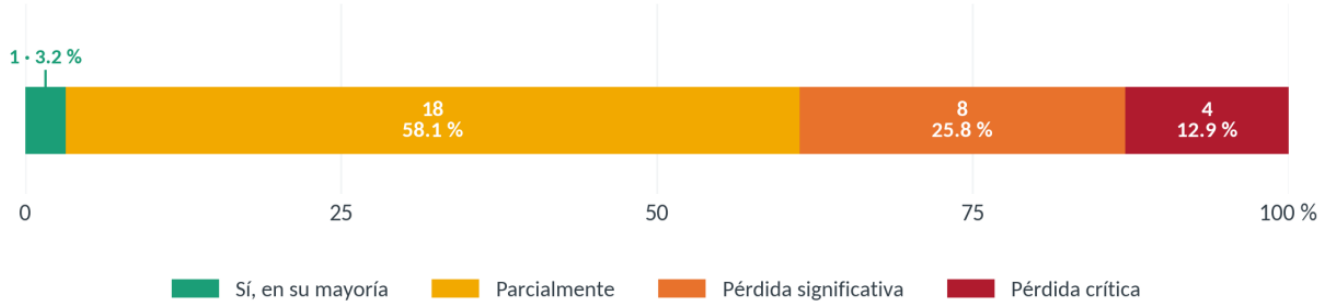
Fig. 4. Proporción de EPS bajo medida especial sobre el total de EPS que operan, por ciudad (n = 31)



Cada punto representa una ciudad. La dispersión vertical es aleatoria y solo evita superposiciones; las ciudades no se identifican por tratarse de una distribución, no de una comparación. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

18 ciudades capitales respondieron que conservan parcialmente la capacidad técnica, administrativa, financiera y operativa de las EPS, ocho (8) reportaron pérdida significativa y cuatro (4) pérdida crítica. Una (1) sola respondió que sus EPS conservan en su mayoría estas capacidades.

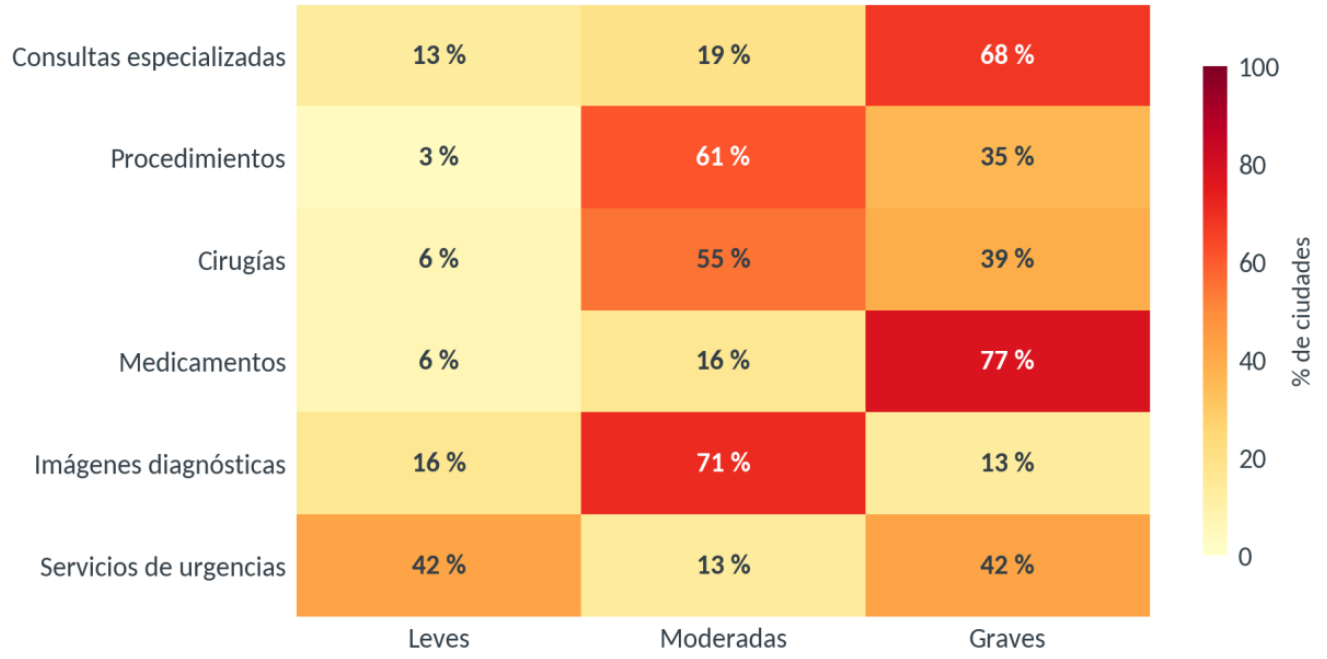
Fig. 5. Capacidad técnica, administrativa, financiera y operativa conservada por las EPS (n = 31)



Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

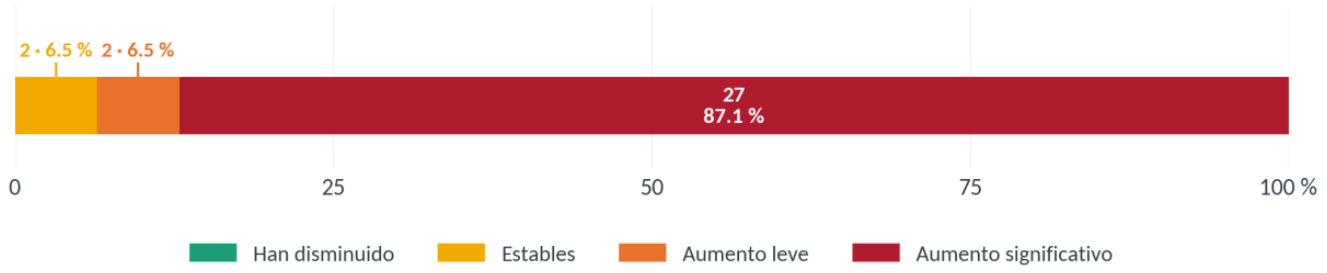
El acceso fue la dimensión con el deterioro más extendido de todo el instrumento. Las barreras graves se concentraron en medicamentos, reportadas por 24 ciudades, y en consultas especializadas, por 21. Los procedimientos, las cirugías y las imágenes diagnósticas presentaron predominantemente barreras moderadas. Los servicios de urgencias mostraron el patrón más polarizado: 13 ciudades reportaron barreras graves y otras 13 barreras leves.

Fig. 6. Magnitud de las barreras de acceso reportadas, por servicio (n = 31)



Nota: en el acceso a «Servicios de Urgencias» una ciudad respondió que no tenía barreras de acceso, por lo tanto el 3 % faltante para completar el 100 % en este acceso corresponde a esa ciudad. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Fig. 7. **Evolución del acceso durante el último año (n = 31)**



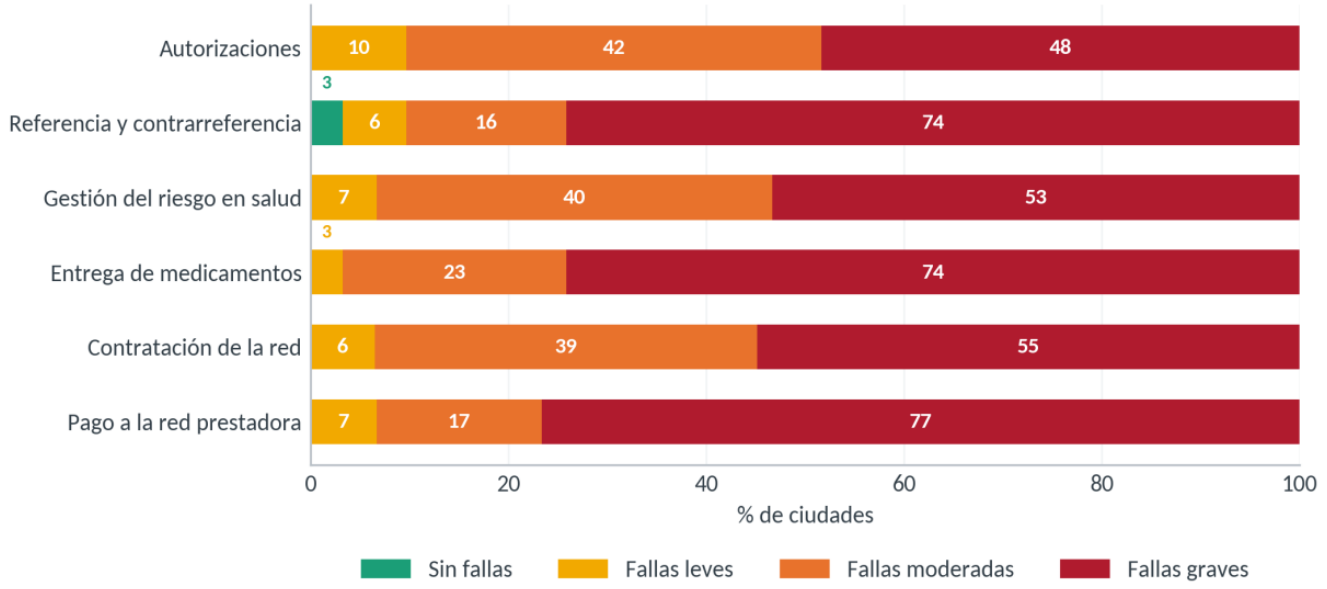
Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

27 ciudades reportaron que las barreras aumentaron significativamente durante el último año, dos (2) que aumentaron levemente y dos (2) que se mantuvieron estables. Ninguna reportó mejoría.

4.2 Factores asociados que reportan las ciudades

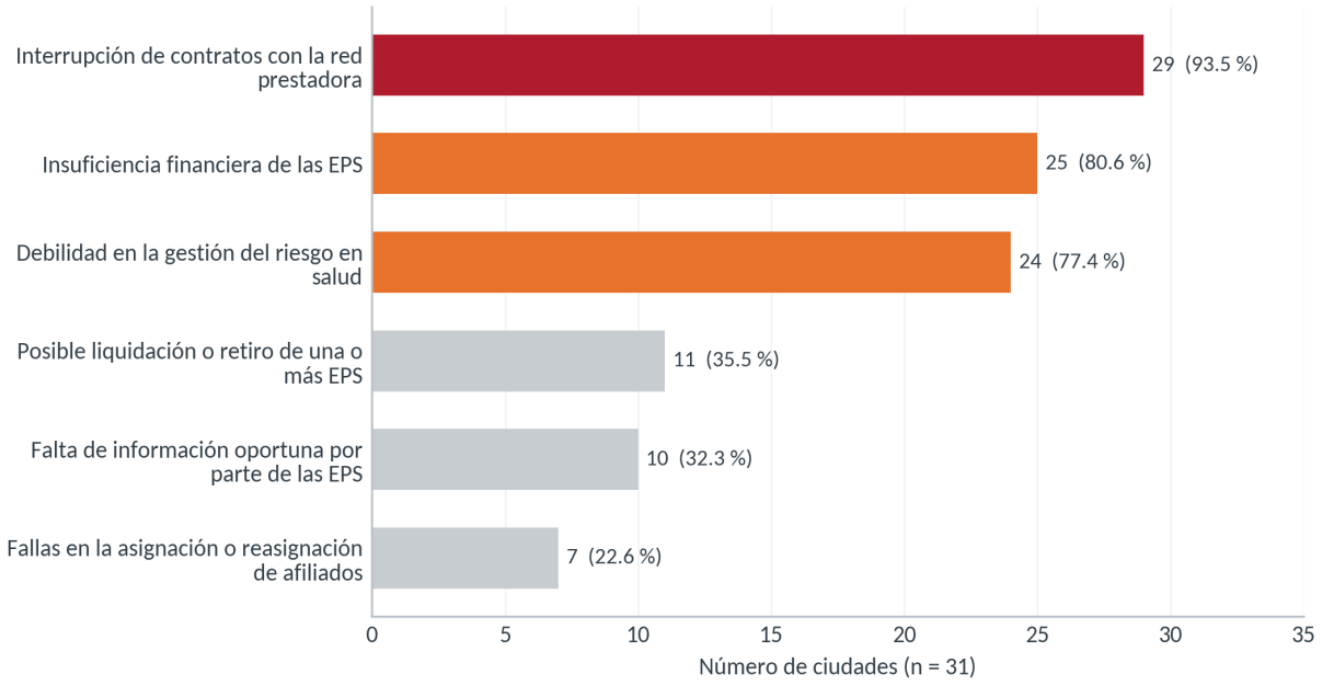
Las Secretarías identificaron dónde se localizan las fallas de las aseguradoras. Las fallas graves se concentraron en tres (3) procesos con 23 ciudades cada uno: la referencia y contrarreferencia, la entrega de medicamentos y el pago a la red prestadora. La contratación de la red registró fallas graves en 17 ciudades y las autorizaciones en 15.

Fig. 8. **Nivel de fallas observadas en las EPS, por proceso (n = 31)**



Los porcentajes se calculan sobre el denominador efectivo de cada proceso, descontando las marcas «No sabe / No aplica». Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Fig. 9. Amenazas identificadas para garantizar el acceso efectivo durante los próximos seis (6) meses (n = 31)



Pregunta de selección múltiple; cada ciudad pudo marcar varias opciones. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

La interrupción de contratos con la red prestadora fue señalada por 29 ciudades, el 93,5 % del total, seguida de la insuficiencia financiera de las EPS con 25 y la debilidad en la gestión del riesgo en salud con 24. Los territorios asocian, por tanto, el deterioro del acceso a la relación contractual y financiera entre aseguradores y prestadores, antes que a limitaciones de la oferta asistencial.

> **LO QUE REPORTAN LOS TERRITORIOS**
>
> Además de las opciones del catálogo, cuatro (4) ciudades incorporaron amenazas adicionales en el campo abierto de la pregunta 1.4. Se transcriben literalmente tres (3) de ellas:
>
> «*Falta en la presentación de servicios en la red contratada.*»
>
> «*Dificultad en la dispensación de medicamentos*»
>
> «INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS»
>
> Las tres (3) remiten al mismo punto de falla que el catálogo ya recogía por otras vías: la entrega efectiva del medicamento al paciente.

4.3 Qué decisiones se requieren

Cuadro 4. Decisiones que se desprenden del Eje I

DECISIÓN	RESPALDO TERRITORIAL
Garantizar la continuidad de la contratación entre EPS y red prestadora	29 de 31 ciudades señalan la interrupción de contratos como amenaza
Normalizar autorizaciones, referencia y contrarreferencia	23 de 31 reportan fallas graves en referencia y contrarreferencia
Asegurar la dispensación efectiva de medicamentos al paciente	23 de 31 reportan fallas graves en entrega de medicamentos
Definir el tratamiento de las EPS bajo medida especial en territorios con una sola aseguradora	2 capitales dependen de una única EPS intervenida

Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

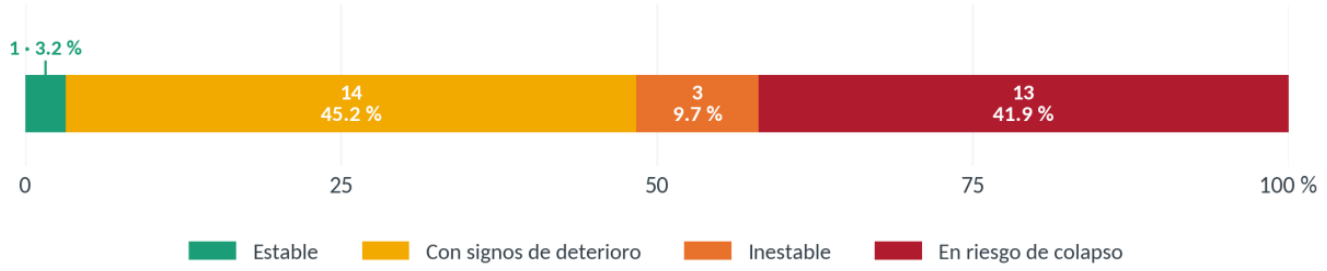
5. Eje II — Prestación de servicios

El segundo eje evaluó el estado de la red prestadora, su sostenibilidad financiera, la capacidad de garantizar continuidad a los pacientes de alto riesgo y la situación de abastecimiento de medicamentos y tecnologías en salud.

5.1 Qué está pasando

14 ciudades calificaron la estabilidad operativa actual de su red pública y privada como con signos de deterioro y 13 como en riesgo de colapso. Tres (3) la consideraron inestable y solo una (1), estable.

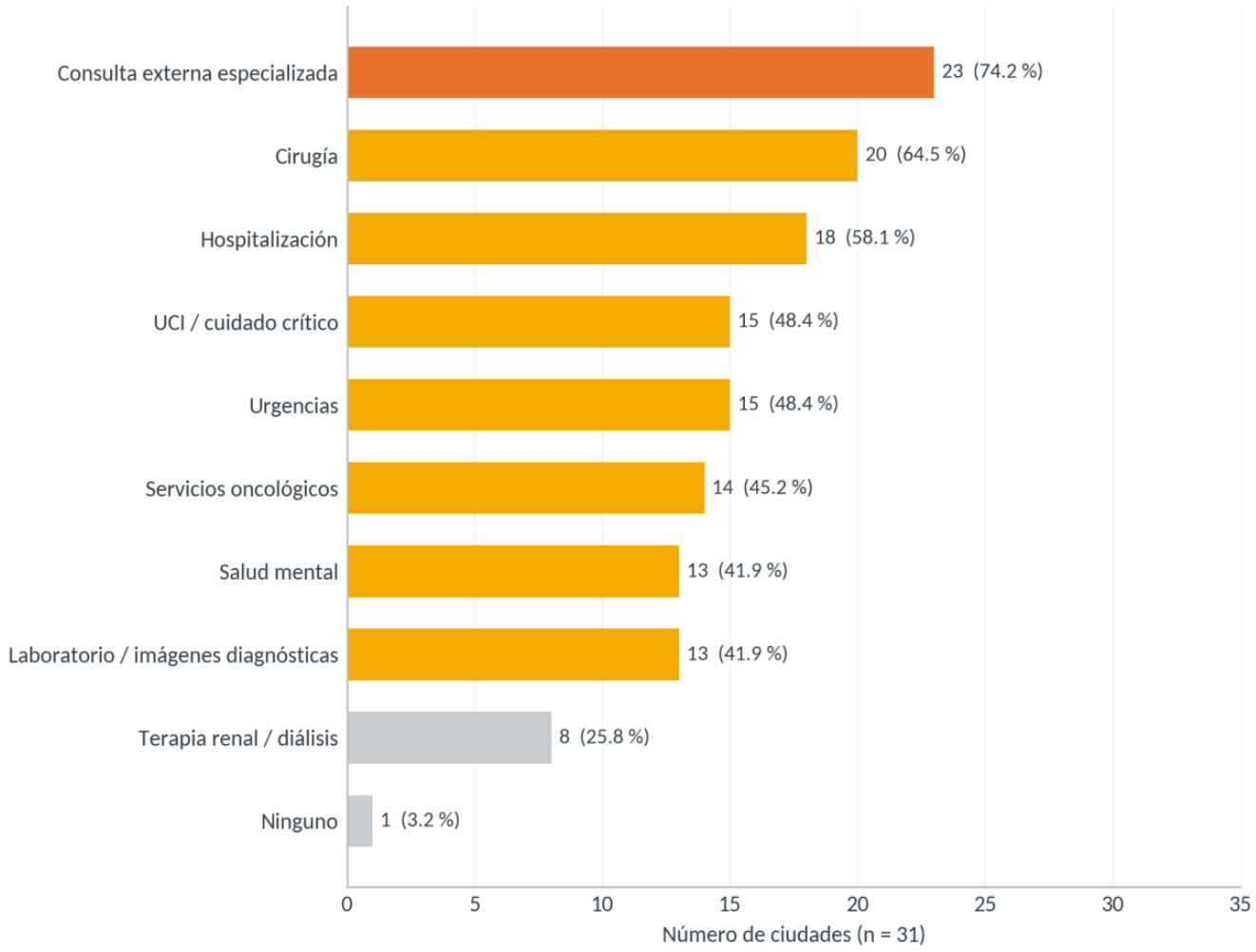
Fig. 10. Estabilidad operativa actual de la red prestadora pública y privada (n = 31)



Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Respecto de los cierres de los últimos doce (12) meses, la mediana territorial fue de dos (2) servicios cerrados parcialmente y ninguna clausura definitiva, una vez excluidos los valores no plausibles descritos en la nota metodológica. Nueve (9) ciudades no reportaron cierres parciales y 16 no reportaron clausuras definitivas. Estos conteos no son sumables entre ciudades porque no comparten unidad de medida.

Fig. 11. Tipos de servicios principalmente afectados por suspensiones o cierres (n = 31)

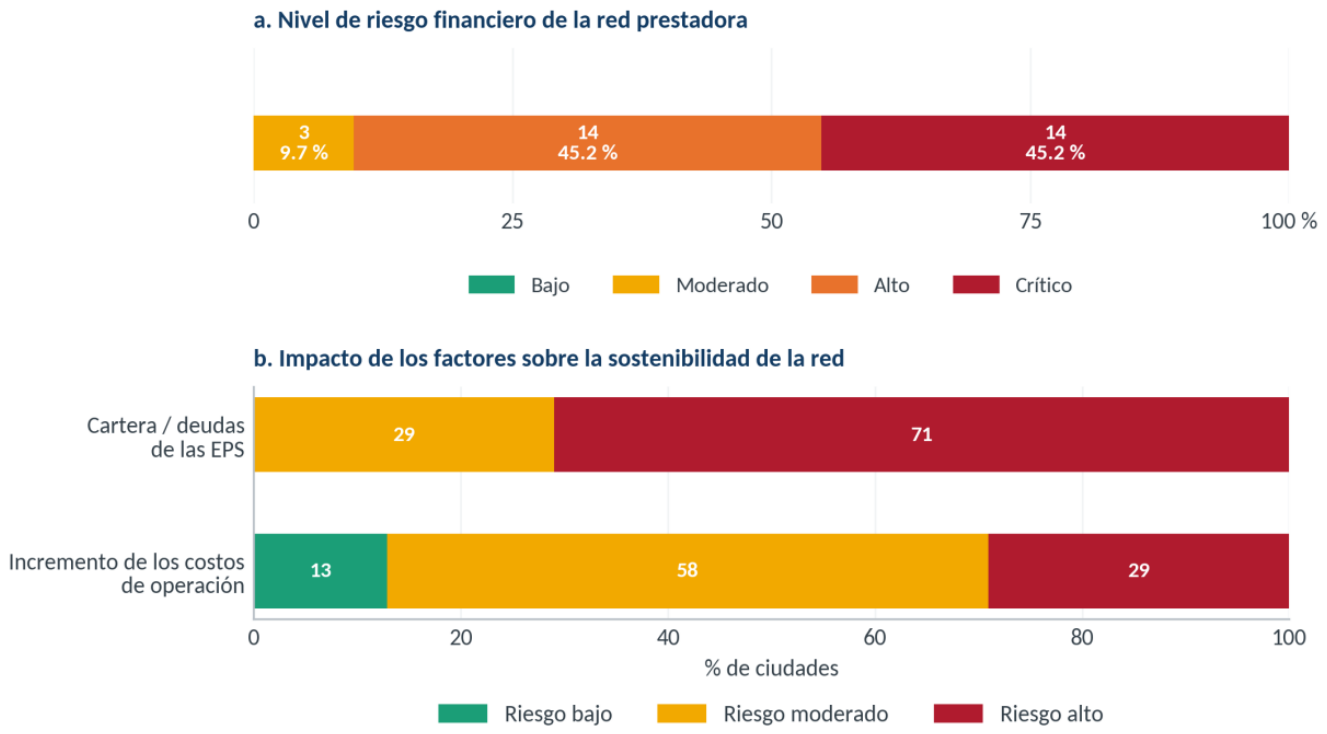


Pregunta de selección múltiple; cada ciudad pudo marcar varias opciones. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

La consulta externa especializada encabezó la afectación, señalada por 23 ciudades, seguida de la cirugía con 20 y la hospitalización con 18. Las unidades de cuidado crítico fueron señaladas por 15. La afectación alcanzó de forma extendida a la alta complejidad, que es precisamente la que las capitales prestan a población de otros municipios y departamentos.

14 ciudades calificaron como crítico el nivel de riesgo financiero de la red prestadora y otras 14 como alto. Tres (3) lo calificaron como moderado y ninguna como bajo.

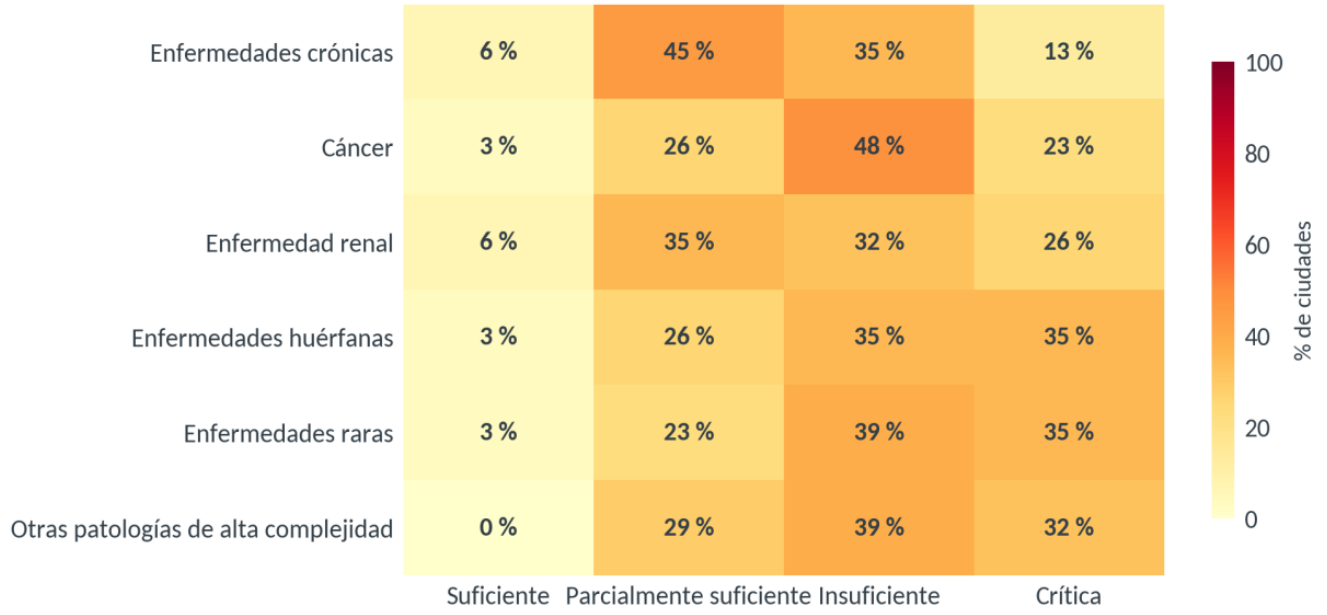
Fig. 12. Riesgo financiero de la red prestadora y factores de presión sobre su sostenibilidad (n = 31)



Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

La capacidad de la red para garantizar la continuidad del tratamiento se reportó insuficiente o crítica en todos los grupos de pacientes evaluados, con intensidad creciente conforme aumenta la complejidad y disminuye la prevalencia de la patología.

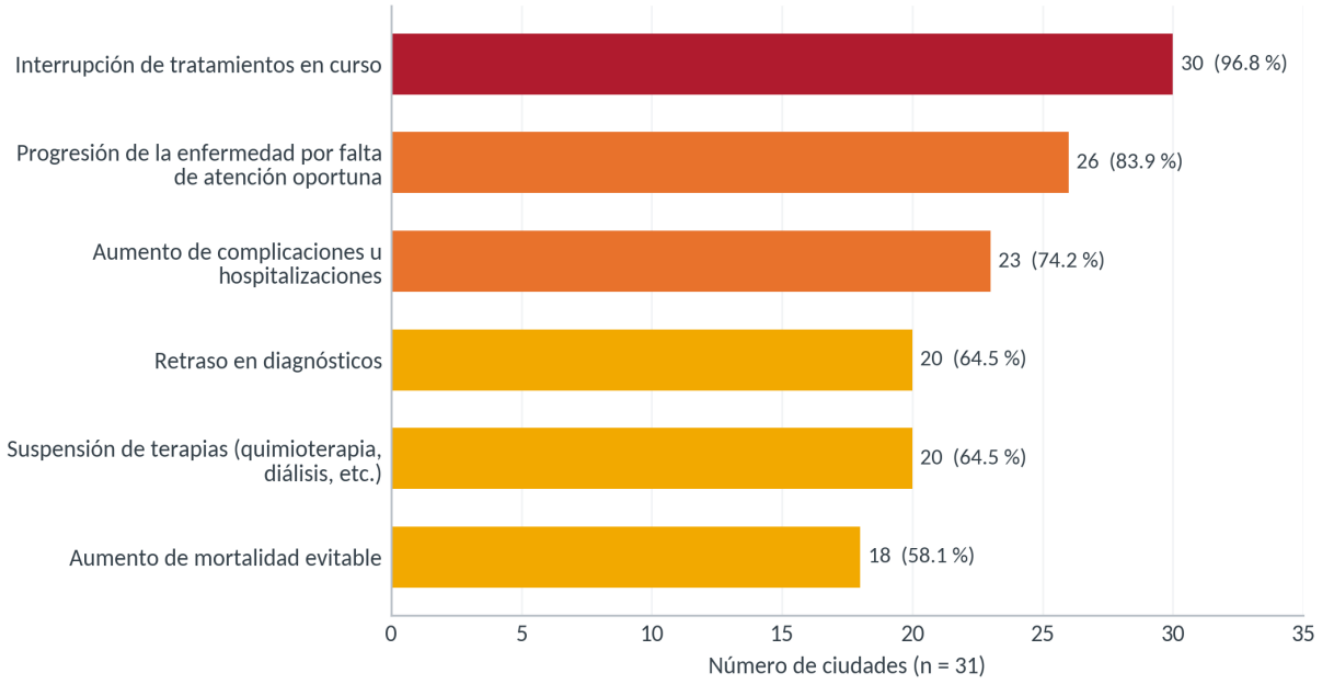
Fig. 13. Capacidad de la red para garantizar la continuidad del tratamiento, por grupo de pacientes (n = 31)



Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

En enfermedades huérfanas y raras, 22 y 23 ciudades respectivamente calificaron la capacidad como insuficiente o crítica, y once (11) de ellas como crítica en cada caso. En cáncer, 22 ciudades la calificaron como insuficiente o crítica; en enfermedad renal, 18.

Fig. 14. Riesgos clínicos derivados de las limitaciones actuales del sistema (n = 31)

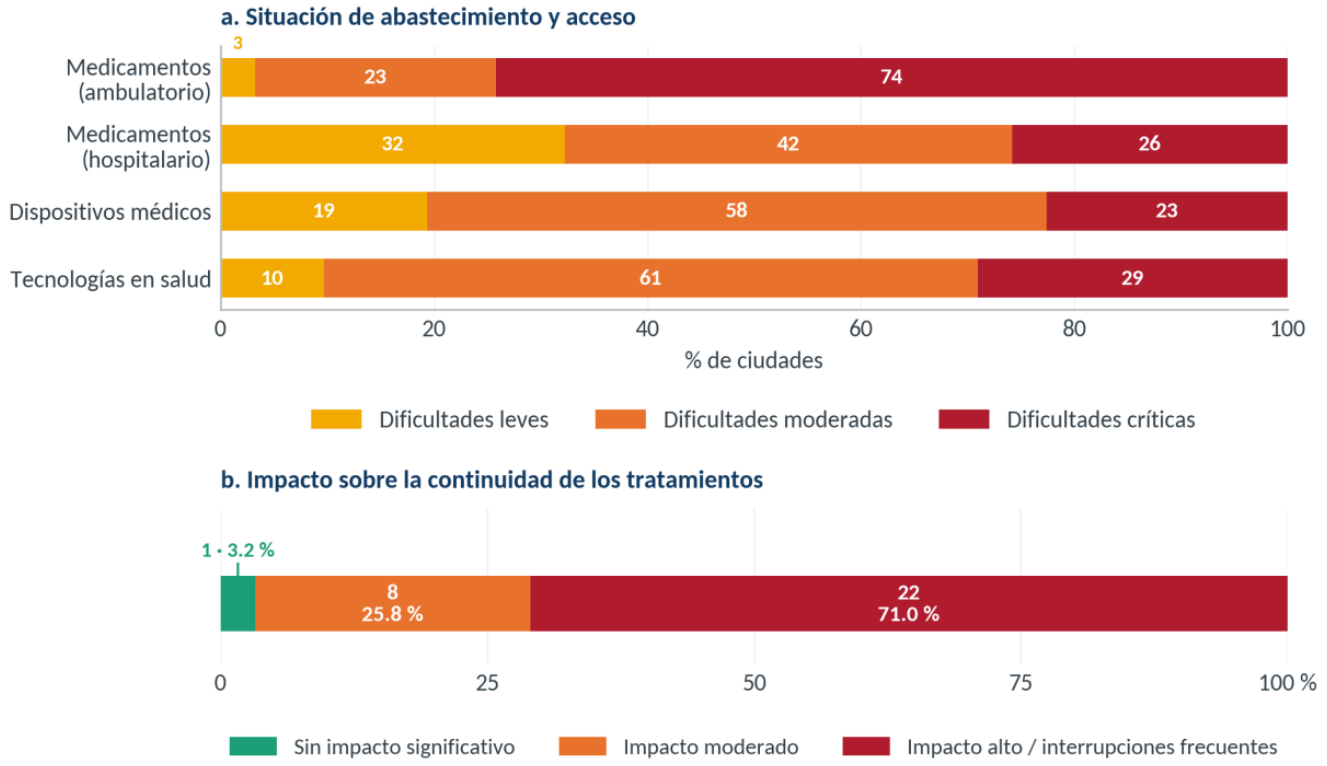


Pregunta de selección múltiple; cada ciudad pudo marcar varias opciones. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

30 ciudades identificaron la interrupción de tratamientos en curso y 26 la progresión de la enfermedad por falta de atención oportuna. 18 señalaron el aumento de la mortalidad evitable, lo que traslada el diagnóstico del plano administrativo al del desenlace clínico.

El abastecimiento ambulatorio de medicamentos fue el punto más comprometido: 23 ciudades reportaron dificultades críticas y siete (7) moderadas. El abastecimiento hospitalario, los dispositivos médicos y las tecnologías presentaron mayoritariamente dificultades moderadas. 22 ciudades reportaron impacto alto con interrupciones frecuentes de los tratamientos.

Fig. 15. Situación de abastecimiento por categoría e impacto sobre la continuidad de los tratamientos (n = 31)

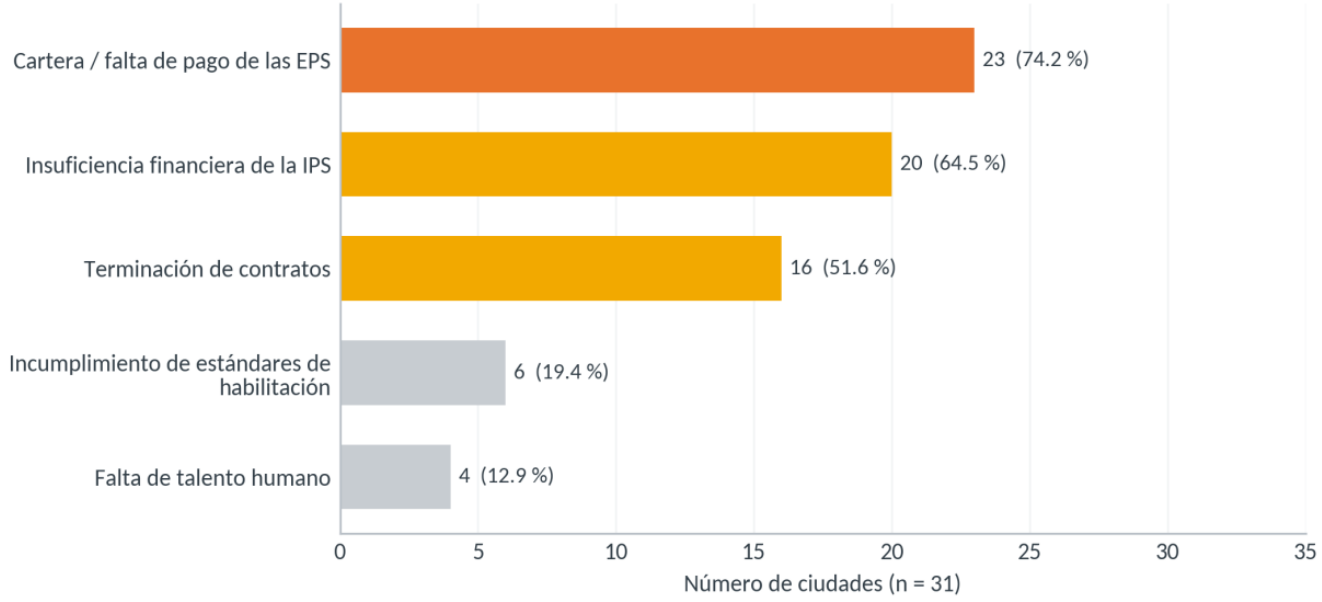


Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

La brecha entre el abastecimiento ambulatorio y el hospitalario —23 ciudades con dificultades críticas frente a ocho (8)— es uno de los hallazgos más nítidos del informe: el punto de falla se ubica en la dispensación al paciente ambulatorio, no en el suministro institucional.

5.2 Factores asociados que reportan las ciudades

Fig. 16. Causas principales de las suspensiones o cierres de servicios (n = 31)

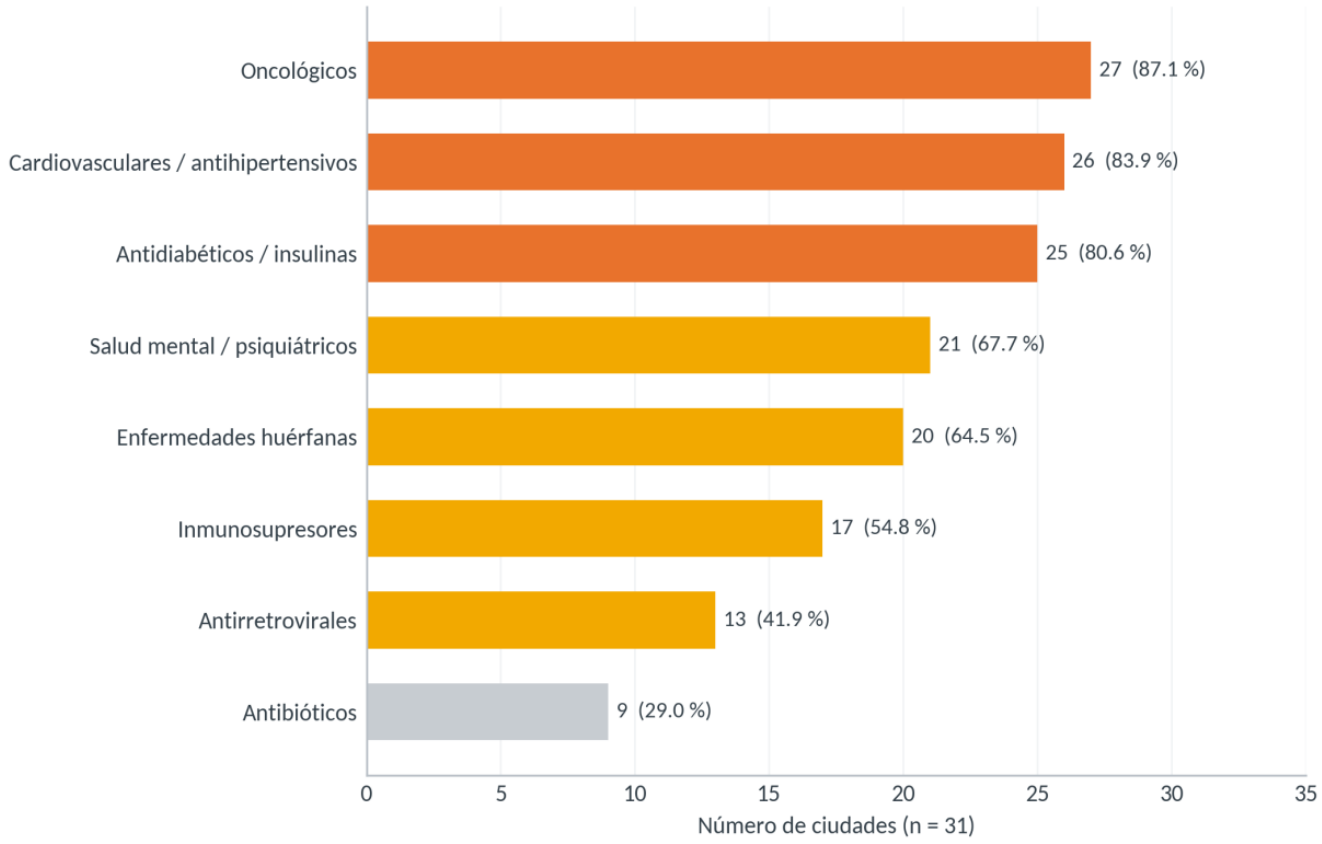


Pregunta de selección múltiple; cada ciudad pudo marcar varias opciones. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Las tres (3) causas más frecuentes son de naturaleza financiera o contractual: la cartera y el no pago de las EPS, señalada por 23 ciudades; la insuficiencia financiera de la IPS, por 20; y la terminación de contratos, por 16. Las causas de orden técnico —incumplimiento de estándares de habilitación y falta de talento humano— fueron señaladas por seis (6) y cuatro (4) ciudades respectivamente.

Entre los factores de presión sobre la sostenibilidad, 22 ciudades asociaron el riesgo alto a la cartera y las deudas de las EPS, frente a nueve (9) que lo asociaron al incremento de los costos de operación. La presión reportada proviene del ingreso no percibido más que del gasto creciente.

Fig. 17. Grupos terapéuticos con mayores dificultades de suministro (n = 31)



Pregunta de selección múltiple; cada ciudad pudo marcar varias opciones. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Los grupos más afectados fueron los oncológicos, señalados por 27 ciudades, los cardiovasculares por 26 y los antidiabéticos e insulinas por 25: tanto la alta complejidad como el manejo crónico de base.

> **LO QUE REPORTAN LOS TERRITORIOS**
>
> En los campos abiertos sobre servicios afectados y riesgos clínicos, varias ciudades ampliaron el catálogo. Se transcriben literalmente:
>
> «*Medicamentos y transporte asistencial*»
>
> «*Colapso pacientes de otras regiones*»
>
> «*Red insuficiente*»
>
> La segunda respuesta introduce un elemento que el instrumento no contemplaba: la presión que ejerce sobre la red de las capitales la población remitida desde otros municipios y departamentos.

5.3 Qué decisiones se requieren

Cuadro 5. Decisiones que se desprenden del Eje II

DECISIÓN	RESPALDO TERRITORIAL
Apoyo al saneamiento de la cartera entre EPS e IPS	30 de 31 ciudades lo solicitan como acción urgente
Fortalecer el giro directo de recursos a la red prestadora	20 de 31 lo solicitan; 19 piden fortalecer el giro de la ADRES
Garantizar el suministro de medicamentos y tecnologías de alto costo	30 de 31 lo solicitan como acción urgente
Asegurar la continuidad del tratamiento de pacientes de alto costo	27 de 31 lo priorizan entre sus cinco (5) riesgos críticos
Definir la unidad de reporte de cierres de servicios	Los conteos actuales no son comparables entre ciudades

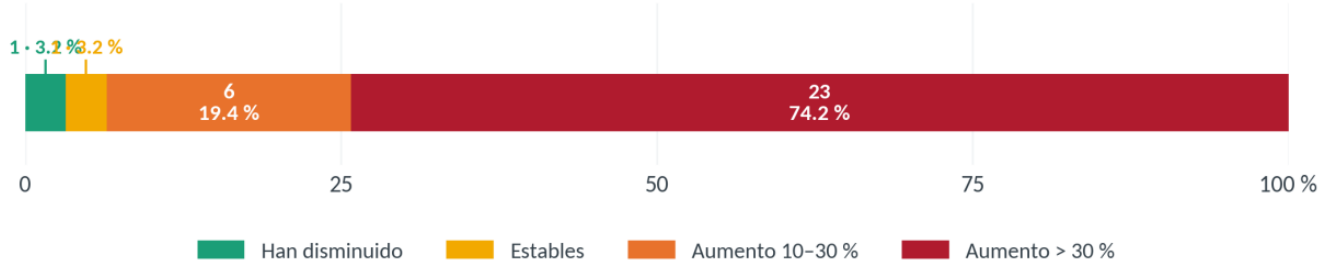
Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

6. Eje III — Salud pública, inspección, vigilancia y control

6.1 Qué está pasando

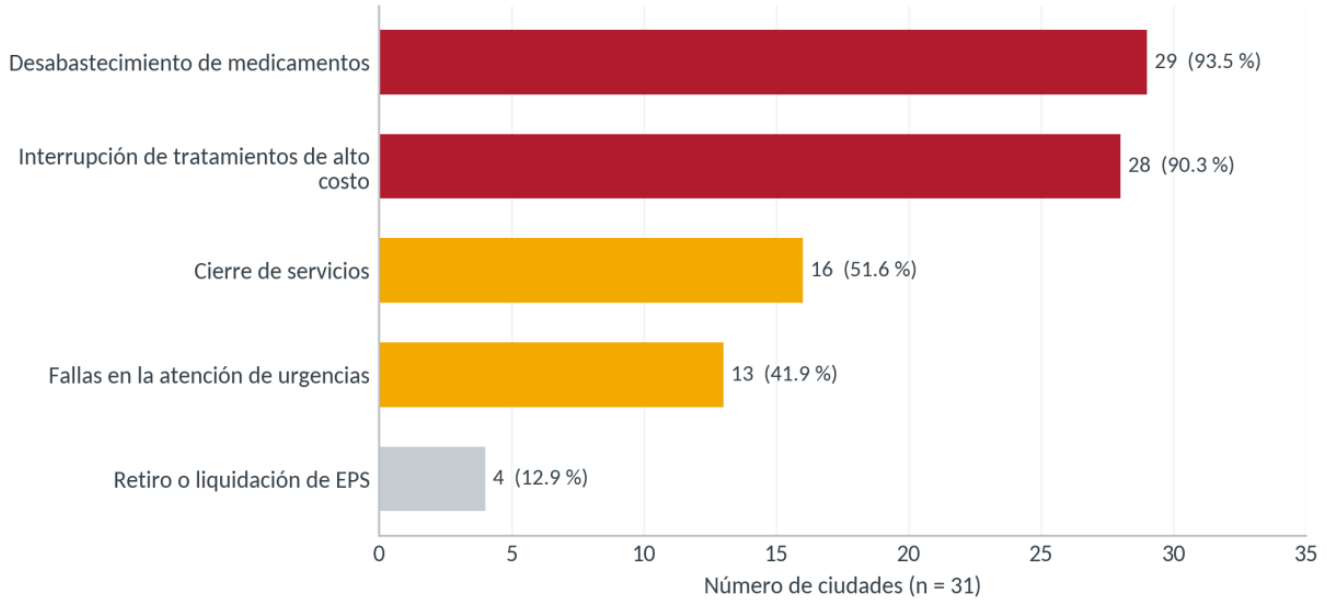
23 ciudades reportaron que las peticiones, quejas, reclamos y denuncias relacionadas con el sistema de salud aumentaron más del 30 % durante el último año, y seis (6) que aumentaron entre el 10 % y el 30 %. Una (1) reportó estabilidad y una (1), disminución.

Fig. 18. Variación de las PQRD relacionadas con el sistema de salud durante el último año (n = 31)



Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Fig. 19. Eventos críticos que generan mayor afectación a los usuarios (n = 31)

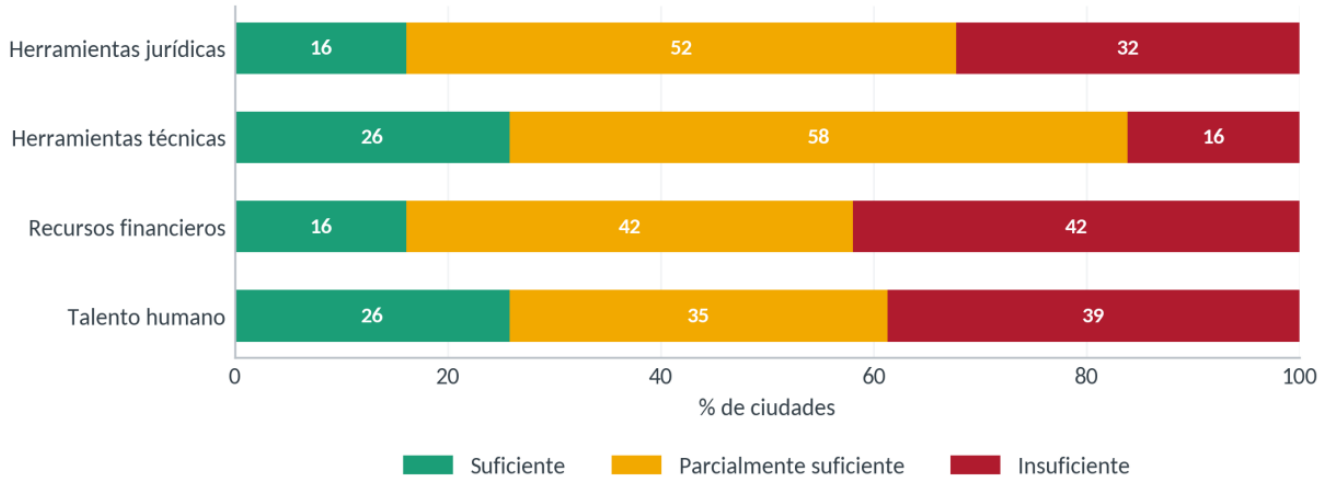


Pregunta de selección múltiple; cada ciudad pudo marcar varias opciones. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

29 ciudades identificaron el desabastecimiento de medicamentos y 28 la interrupción de tratamientos de alto costo como los eventos de mayor afectación. Ningún otro evento superó las 16 menciones.

La suficiencia de las herramientas con que cuenta la Secretaría para ejercer la inspección, vigilancia y control fue el ámbito con mayor heterogeneidad territorial. En los cuatro (4) tipos evaluados predominó la calificación de parcialmente suficiente, pero un grupo de ciudades declaró suficiencia y otro, insuficiencia.

Fig. 20. **Suficiencia de las herramientas para ejercer la inspección, vigilancia y control (n = 31)**

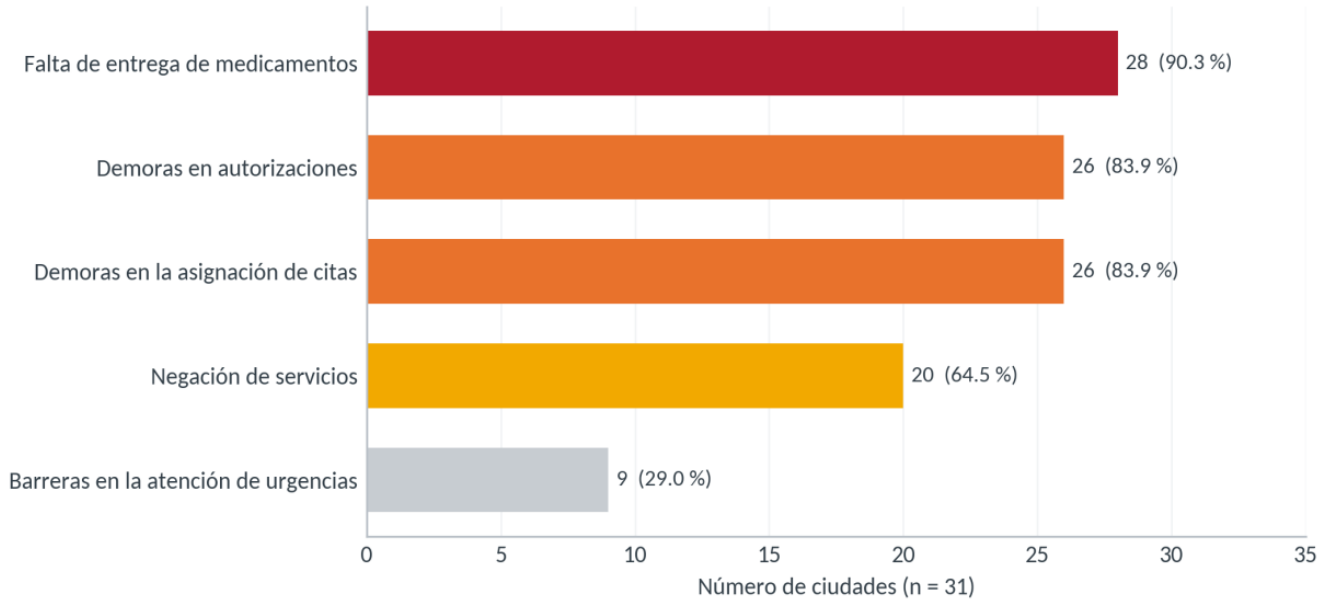


Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Los recursos financieros y el talento humano fueron calificados como insuficientes por 13 y doce (12) ciudades respectivamente. Las herramientas jurídicas fueron parcialmente suficientes para 16 ciudades e insuficientes para diez (10), y solo cinco (5) las consideraron suficientes. Esta dimensión registró un coeficiente de variación del 52,8 %, el segundo más alto del índice.

6.2 Factores asociados que reportan las ciudades

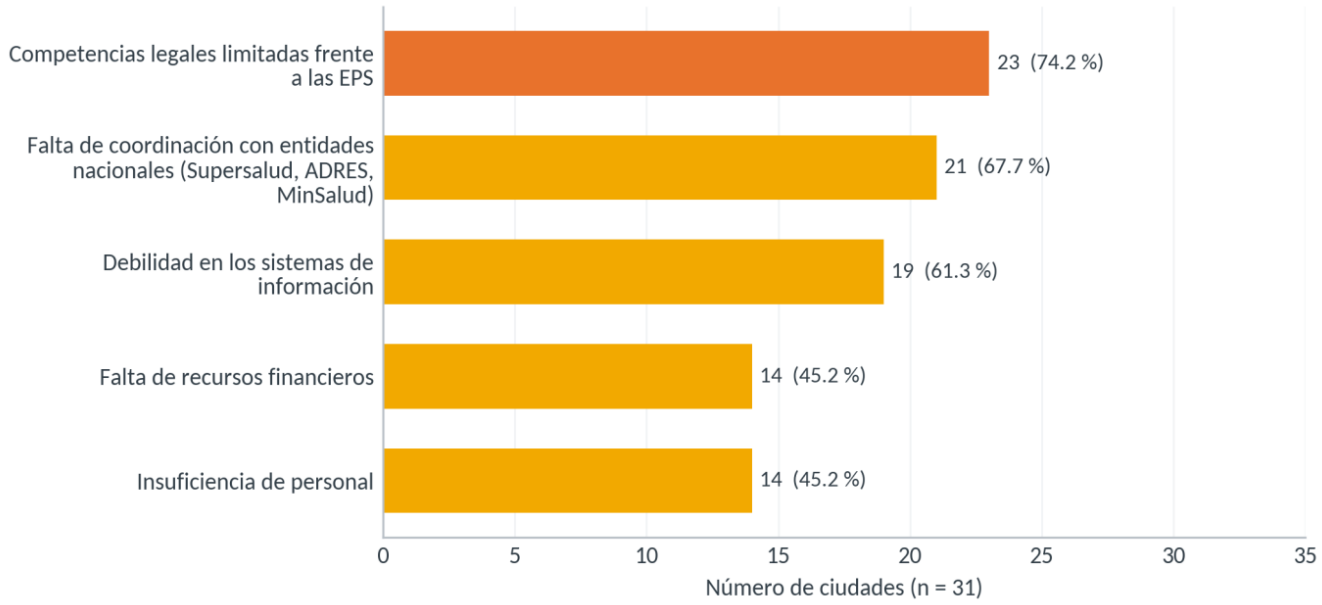
Fig. 21. **Causas principales del incremento de las PQRD (n = 31)**



Pregunta de selección múltiple; cada ciudad pudo marcar varias opciones. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

La falta de entrega de medicamentos encabezó las causas, señalada por 28 ciudades, seguida por las demoras en autorizaciones y en la asignación de citas, con 26 cada una. El orden de las causas de queja ciudadana reproduce el orden de las fallas que las Secretarías atribuyeron a las EPS en el Eje I.

Fig. 22. Limitaciones que dificultan una respuesta efectiva de la autoridad sanitaria territorial (n = 30)



Pregunta de selección múltiple; una (1) ciudad no respondió esta pregunta. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Las competencias legales limitadas frente a las EPS encabezaron las limitaciones, con 23 menciones, seguidas por la falta de coordinación con las entidades nacionales, con 21, y la debilidad de los sistemas de información, con 19. Ninguna de las tres (3) se resuelve exclusivamente en el ámbito municipal: los territorios asocian el límite de su capacidad de respuesta a instrumentos que dependen del nivel nacional.

> **LO QUE REPORTAN LOS TERRITORIOS**
>
> En los campos abiertos sobre causas del incremento de las PQRD y sobre eventos críticos, varias ciudades añadieron precisiones. Se transcriben literalmente:
>
> «*Las quejas las están colocando directamente en la supersalud*»
>
> «*Incremento no significativo desde la secretaria de salud*»
>
> «*Largas estancias por demoras en referencia*»
>
> Las dos (2) primeras introducen una advertencia metodológica relevante: el volumen de PQRD registrado por la Secretaría puede subestimar el descontento ciudadano cuando la queja se canaliza directamente hacia el nivel nacional.

6.3 Qué decisiones se requieren

Cuadro 6. Decisiones que se desprenden del Eje III

DECISIÓN	RESPALDO TERRITORIAL
Precisar las competencias legales de la autoridad sanitaria territorial frente a las EPS	23 de 30 ciudades la señalan como principal limitación
Establecer una mesa técnica permanente entre el nivel nacional y las capitales	21 de 30 reportan falta de coordinación con Supersalud, ADRES y MinSalud
Construir un reporte territorial estandarizado de continuidad y cierres	19 de 30 señalan la debilidad de los sistemas de información
Unificar el registro de PQRD, incluidas las radicadas ante la Superintendencia	Dos (2) ciudades advierten posible subregistro territorial

Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

7. Mapa Nacional de Riesgos del Sistema de Salud

ADVERTENCIA DE ALCANCE

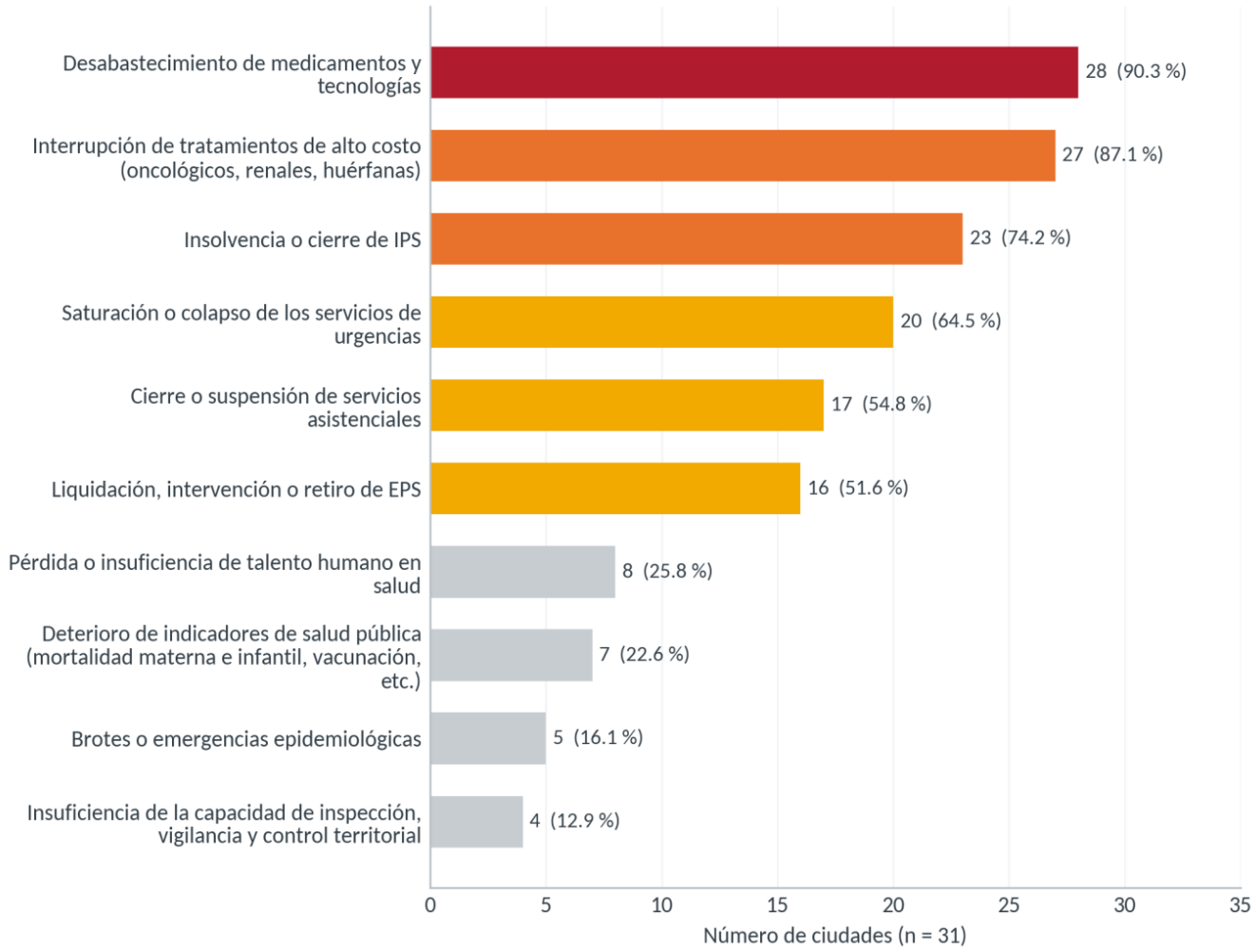
El ITRSS ordena percepciones institucionales comparables sobre el riesgo que enfrenta el sistema de salud en cada territorio. No mide desempeño, gestión ni cumplimiento de las Secretarías de Salud. Por decisión metodológica derivada del compromiso adquirido con las ciudades participantes, los resultados se presentan por bandas y perfiles, con las ciudades en orden alfabético, y no como ordenamiento comparativo.

Las valoraciones contenidas en este documento —incluidos los puntajes del índice, las bandas de clasificación y las estimaciones de probabilidad e impacto de los riesgos— deben entenderse como aproximaciones técnicas y señales de alerta derivadas del seguimiento territorial, y no como calificaciones oficiales de riesgo, probabilidad o impacto. No provienen de una metodología regulatoria ni tienen efecto vinculante: su propósito es orientar la priorización de acciones y el diálogo entre el nivel nacional y las entidades territoriales.

7.1 Riesgos priorizados por los territorios

Cada ciudad seleccionó los cinco (5) riesgos más críticos para su territorio y calificó su probabilidad de ocurrencia y su impacto esperado sobre la población. El ejercicio produjo 155 selecciones distribuidas sobre diez (10) riesgos.

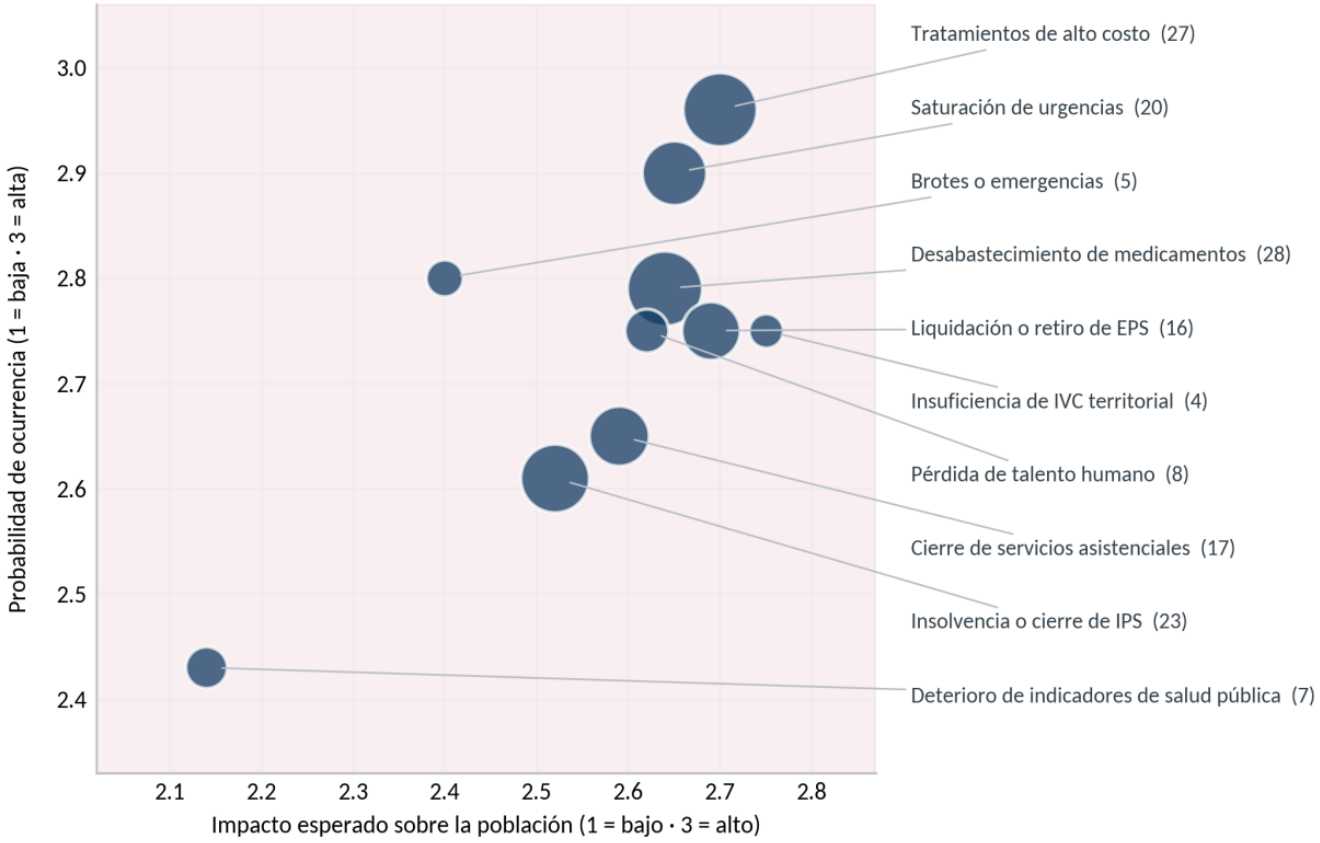
Fig. 23. Frecuencia de priorización de los diez (10) riesgos evaluados (n = 31 ciudades · 155 selecciones)



Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Dos (2) riesgos concentraron la prioridad: el desabastecimiento de medicamentos y tecnologías, señalado por 28 ciudades, y la interrupción de tratamientos de alto costo, por 27. Es decir, cerca de nueve (9) de cada diez (10) ciudades los incluyeron entre sus cinco (5) prioridades. En el extremo opuesto, la insuficiencia de la capacidad de inspección, vigilancia y control territorial fue priorizada por cuatro (4) ciudades y los brotes o emergencias epidemiológicas por cinco (5).

Fig. 24. Matriz de probabilidad e impacto de los riesgos priorizados



Los diez riesgos se ubican en el cuadrante de probabilidad alta e impacto alto de la matriz 3 × 3. El eje está ampliado para hacer visibles las diferencias.
El tamaño del punto indica el número de ciudades que priorizaron cada riesgo.

Los diez riesgos se ubican en el cuadrante de probabilidad alta e impacto alto de la matriz 3 × 3. El eje está ampliado para hacer visibles las diferencias. El tamaño del punto indica el número de ciudades que priorizaron cada riesgo. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

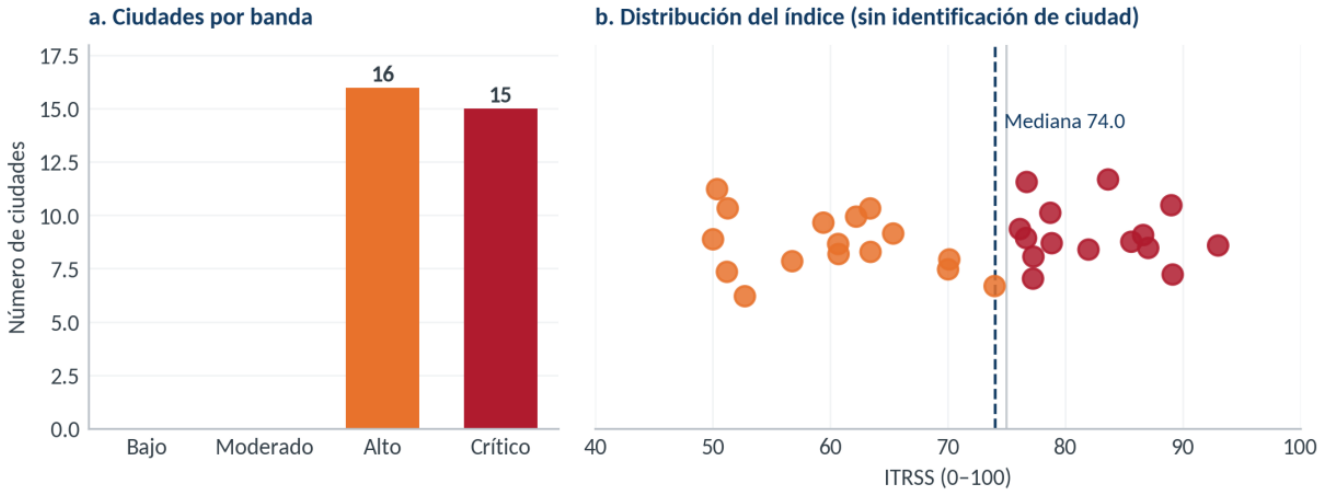
Los diez (10) riesgos se ubicaron en el cuadrante de alta probabilidad y alto impacto de la matriz de tres (3) por tres (3), razón por la cual la figura amplía la escala para hacer visibles las diferencias entre ellos. La interrupción de tratamientos de alto costo registró la mayor severidad esperada, seguida por la saturación de los servicios de urgencias y por la insuficiencia de la capacidad territorial de inspección, vigilancia y control.

Este último caso merece una lectura específica: fue priorizado por solo cuatro (4) ciudades, pero las cuatro (4) le asignaron probabilidad e impacto muy altos. Se trata de un riesgo poco extendido pero intensamente percibido donde se identifica. Lo mismo ocurre con los brotes epidemiológicos, priorizados por cinco (5) ciudades con probabilidad media de 2,80 sobre 3.

7.2 Resultados del índice

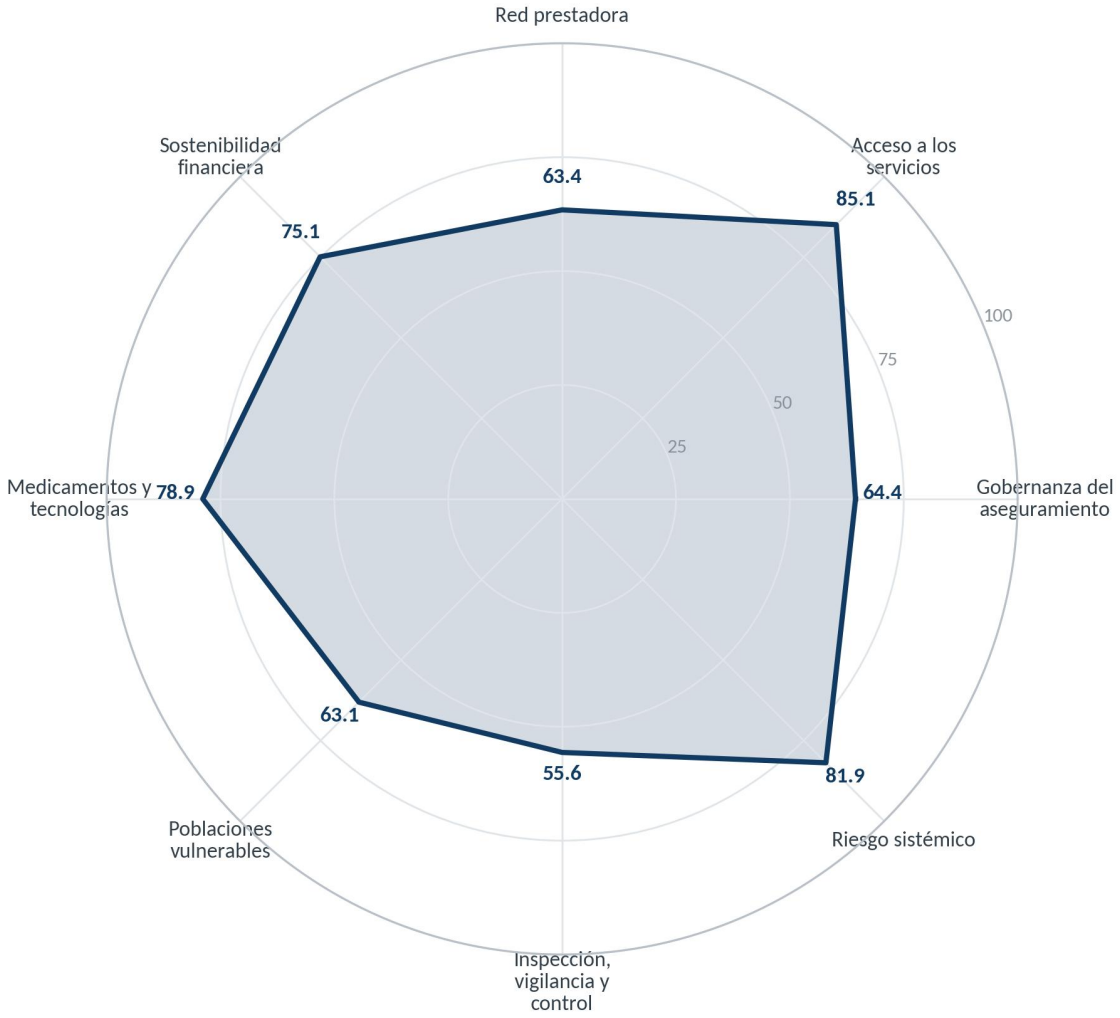
El ITRSS promedio de las 31 ciudades fue de 71 puntos sobre 100, con mediana de 74, desviación estándar de 13,2 y valores extremos de 50 y 93. El rango intercuartílico se situó entre 60,7 y 80,4 puntos. 15 ciudades quedaron clasificadas en banda crítica y 16 en banda alta; ninguna en banda moderada o baja.

Fig. 25. Distribución del ITRSS y clasificación por bandas (n = 31)



El panel b presenta la distribución del índice sin identificación de ciudad, por tratarse de una descripción de dispersión y no de una comparación entre territorios. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Fig. 26. Perfil promedio de las ocho (8) dimensiones del ITRSS (n = 31)



Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

El perfil promedio muestra que el riesgo no se distribuye de manera uniforme entre dimensiones. El acceso a los servicios y el riesgo sistémico superaron los 80 puntos, y los medicamentos se situaron cerca de los 79 puntos y la sostenibilidad financiera en 75, mientras que la inspección, vigilancia y control, las poblaciones vulnerables y la red prestadora se ubicaron entre 55 y 65.

7.3 Convergencia territorial

El coeficiente de variación entre ciudades es el indicador más informativo de este capítulo, porque distingue los problemas estructurales compartidos de los problemas focalizados. Una dispersión baja significa que las ciudades reportan la misma situación con independencia de su tamaño y su ubicación.

Cuadro 7. Estadísticos descriptivos y convergencia por dimensión (n = 31)

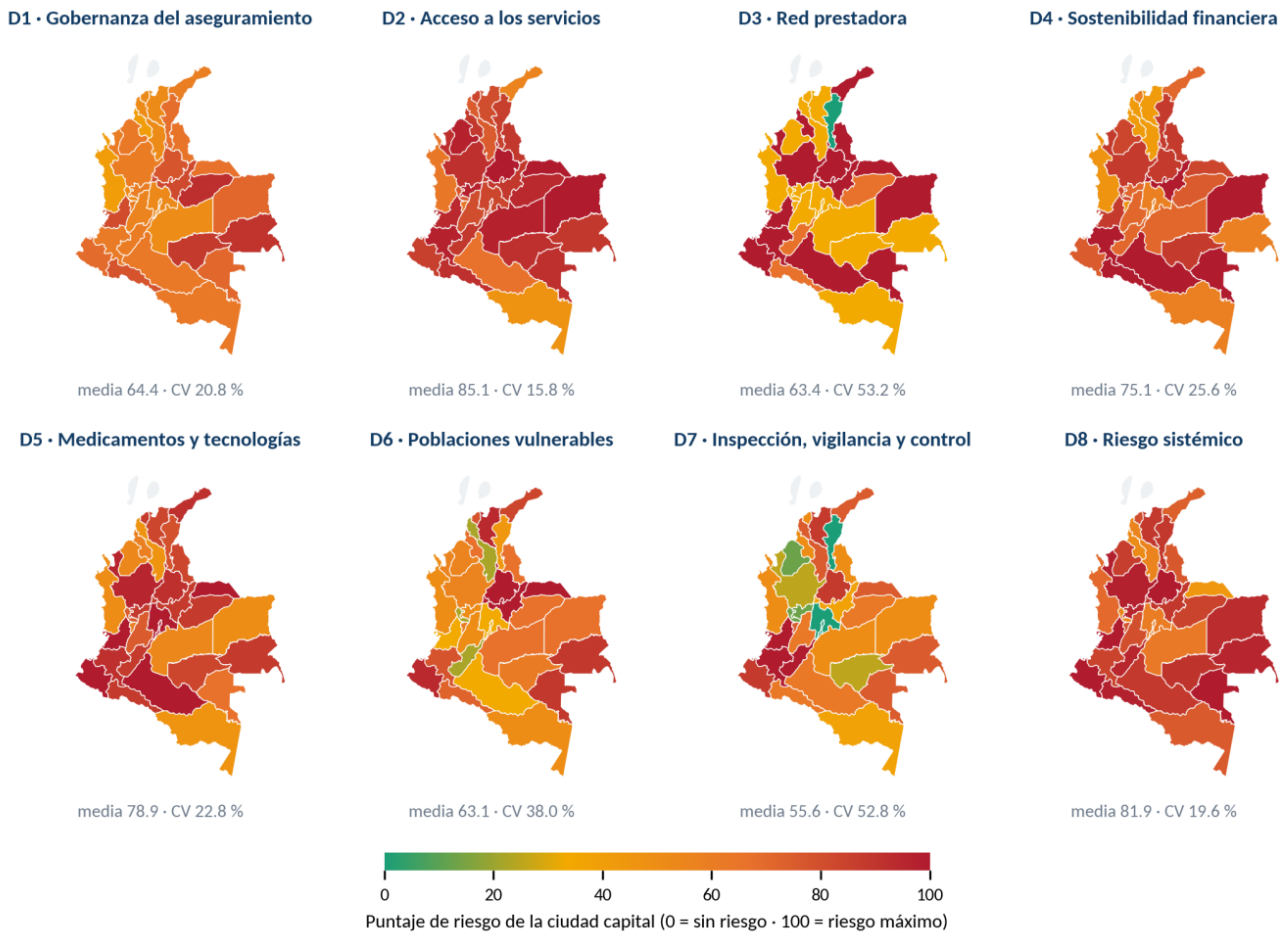
DIMENSIÓN	MEDIA	MEDIANA	DE	RIC	CV (%)	CIUDADES EN ALTO O CRÍTICO
Gobernanza del aseguramiento	64,4	62,5	13,4	16,7	20,8	29 (93,5 %)
Acceso a los servicios	85,1	88,9	13,4	13,9	15,8	30 (96,8 %)
Red prestadora	63,4	66,7	33,7	66,7	53,2	16 (51,6 %)
Sostenibilidad financiera	75,1	75,0	19,3	29,2	25,6	26 (83,9 %)
Medicamentos y tecnologías	78,9	87,5	18,0	29,2	22,8	29 (93,5 %)
Poblaciones vulnerables	63,1	66,7	23,9	30,6	38,0	24 (77,4 %)
Inspección, vigilancia y control	55,6	62,5	29,4	37,5	52,8	22 (71,0 %)
Riesgo sistémico	81,9	86,4	16,0	20,8	19,6	30 (96,8 %)

DE: desviación estándar. RIC: rango intercuartílico. CV: coeficiente de variación. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

El acceso a los servicios presentó el coeficiente de variación más bajo de las ocho (8) dimensiones, con 15,8 %, junto con una de las medias más altas. Es la dimensión donde las 31 ciudades convergen: un problema estructural compartido, no una situación local. El riesgo sistémico, con 19,6 %, y la gobernanza del aseguramiento, con 20,8 %, muestran un comportamiento similar.

En el extremo opuesto, la red prestadora presentó un coeficiente de variación de 53,2 % y la inspección, vigilancia y control de 52,8 %. Son las dos (2) dimensiones donde las realidades territoriales difieren de manera más marcada, y por tanto donde una política nacional uniforme tendría efectos más desiguales. En ambas conviven ciudades con puntajes de cero y ciudades con puntajes de 100.

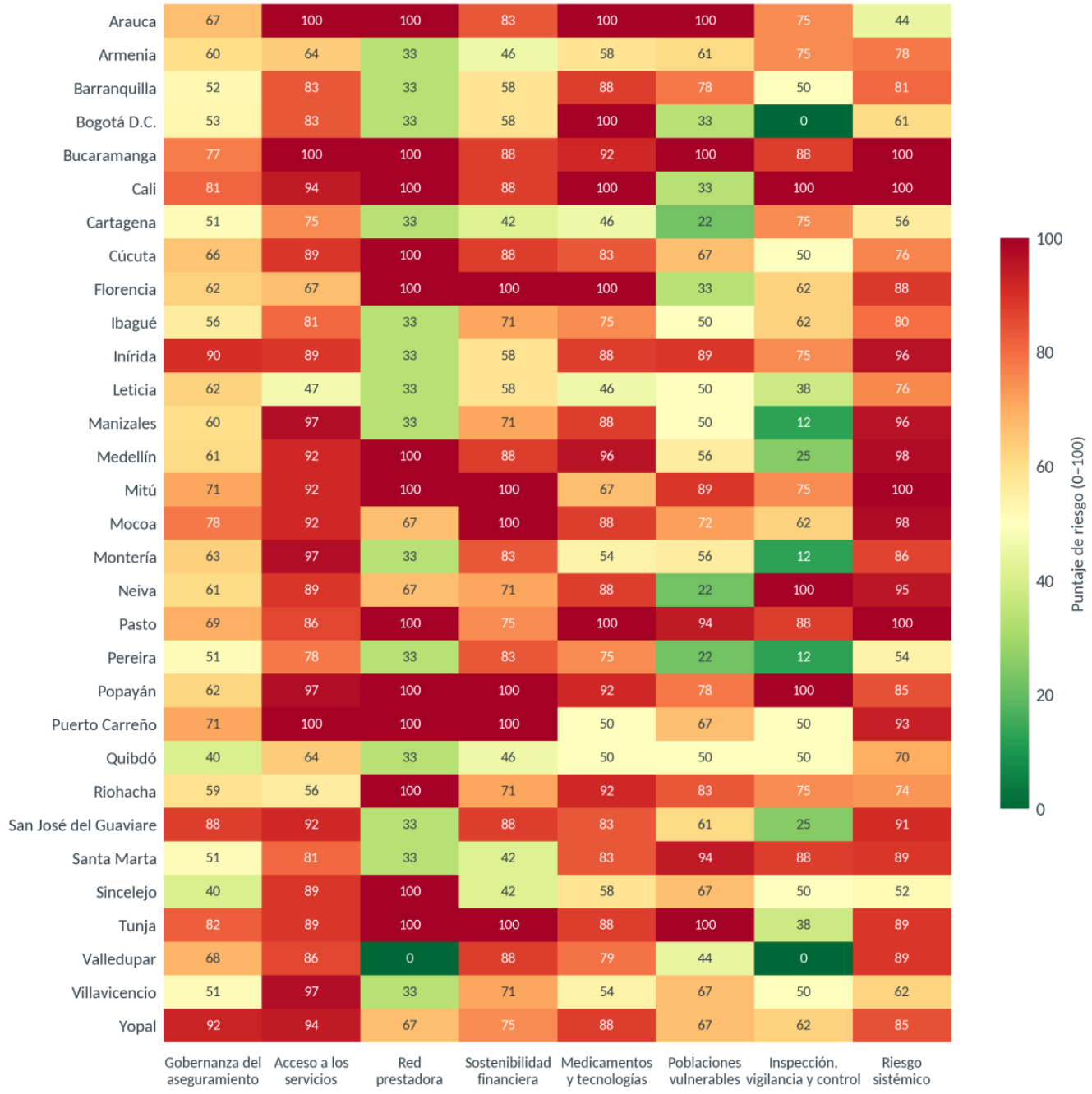
Fig. 27. Puntaje de riesgo por dimensión y ciudad capital (n = 31)



Cada departamento se colorea con el puntaje de su ciudad capital; el valor no representa al departamento en su conjunto. Cundinamarca se representa con el dato de Bogotá D.C. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

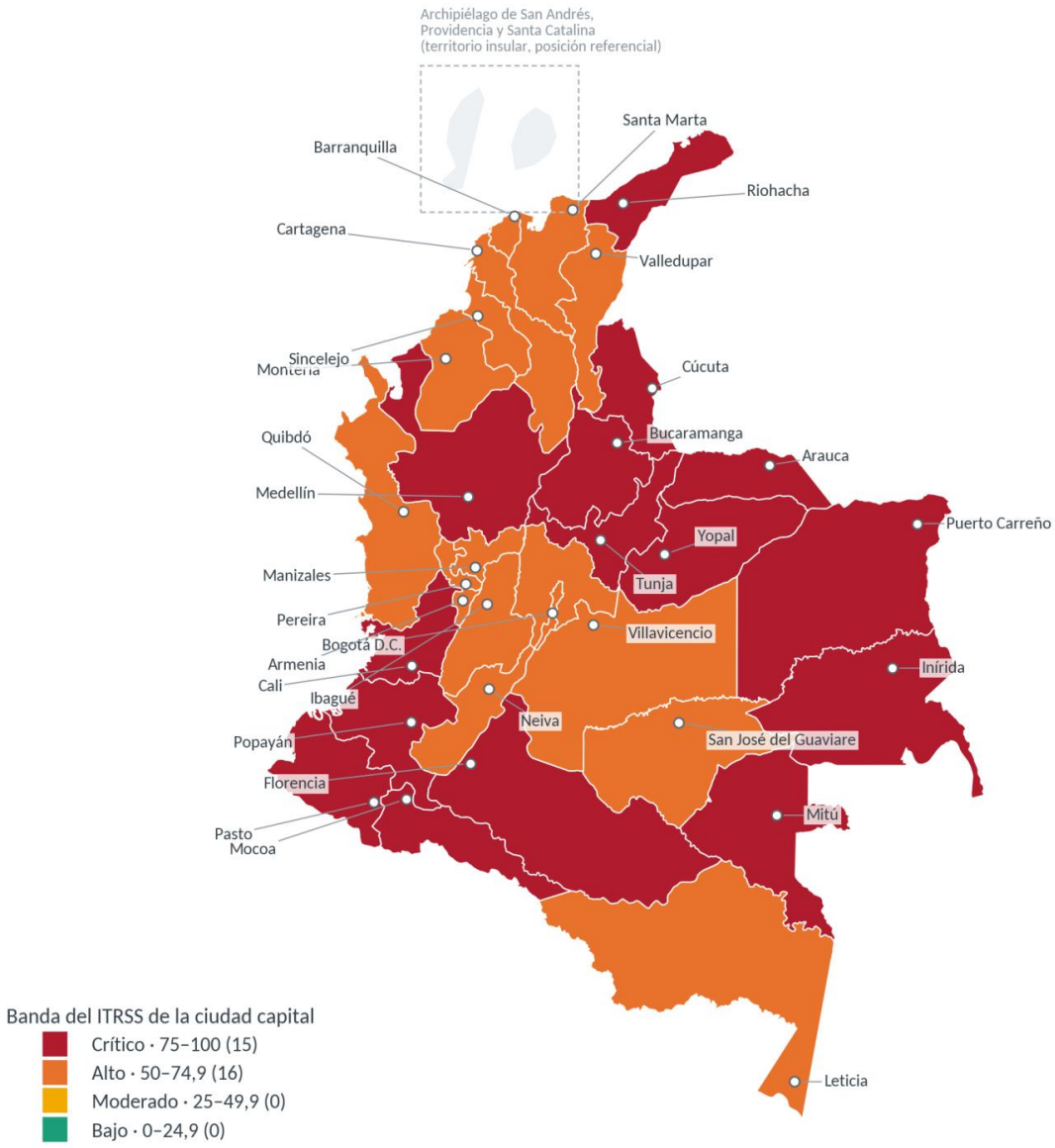
La representación cartográfica de las ocho (8) dimensiones confirma la lectura del Cuadro 7. El acceso a los servicios y el riesgo sistémico aparecen saturados de forma prácticamente uniforme en todo el territorio, mientras que la red prestadora y la inspección, vigilancia y control muestran un mosaico en el que conviven capitales con puntajes bajos y capitales con puntajes máximos. Esa diferencia visual es la misma que recoge el coeficiente de variación y tiene una implicación de política directa: las dimensiones homogéneas admiten una respuesta nacional uniforme, mientras que las heterogéneas requieren focalización territorial.

Fig. 28. Perfil de riesgo por ciudad y dimensión (n = 31)



Ciudades en orden alfabético. El mapa de calor no constituye un ordenamiento comparativo ni una evaluación de gestión. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Fig. 29. Mapa Nacional de Riesgos: clasificación de las ciudades capitales por banda del ITRSS (n = 31)



Cada departamento se colorea con la banda del ITRSS de su ciudad capital; el color no representa al departamento en su conjunto. Cundinamarca se representa con el dato de Bogotá D.C. El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina aparece en posición referencial como territorio insular del país. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

8. Coincidencias territoriales

Este capítulo responde de manera directa al mandato del ejercicio: consolidar las principales coincidencias, necesidades, oportunidades de mejora y propuestas formuladas por las entidades territoriales. Cada afirmación indica el número de ciudades que la respalda.

8.1 Coincidencias

Cuadro 8. Elementos con mayor respaldo territorial

ELEMENTO	CIUDADES	% DEL TOTAL
Garantía de suministro de medicamentos y tecnologías de alto costo como acción urgente	30	96,8
Saneamiento de la cartera EPS–IPS como acción urgente	30	96,8
Interrupción de tratamientos en curso como riesgo clínico	30	96,8
Interrupción de contratos con la red prestadora como amenaza al acceso	29	93,5
Desabastecimiento de medicamentos como evento crítico	29	93,5
Falta de entrega de medicamentos como causa del incremento de PQRD	28	90,3
Desabastecimiento de medicamentos y tecnologías entre los cinco (5) riesgos priorizados	28	90,3
Interrupción de tratamientos de alto costo como evento crítico	28	90,3
Aumento significativo de las barreras de acceso durante el último año	27	87,1
Interrupción de tratamientos de alto costo entre los cinco (5) riesgos priorizados	27	87,1
Medicamentos oncológicos entre los grupos con mayor dificultad de suministro	27	87,1
Progresión de la enfermedad por falta de atención oportuna como riesgo clínico	26	83,9

Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Doce (12) elementos superaron el umbral de 26 ciudades, esto es, más de ocho (8) de cada diez (10) territorios. Nueve (9) de esos doce (12) se refieren, directa o indirectamente, al medicamento y a la continuidad del tratamiento.

8.2 Necesidades

Las necesidades identificadas por los territorios se agrupan en cuatro (4) bloques. El primero, y el más respaldado, es el aseguramiento del suministro de medicamentos y tecnologías de alto costo, planteado por 30 ciudades. El segundo es la normalización del flujo financiero entre aseguradores y prestadores, expresado en el saneamiento de la cartera —30 ciudades—, el giro directo de recursos a la red prestadora —20— y el fortalecimiento del giro directo de la ADRES —19—.

El tercer bloque es la estabilización del aseguramiento, mediante la intervención o reorganización de las EPS en riesgo, planteada por 23 ciudades. El cuarto es el fortalecimiento de la capacidad de inspección, vigilancia y control, solicitado por 22 ciudades.

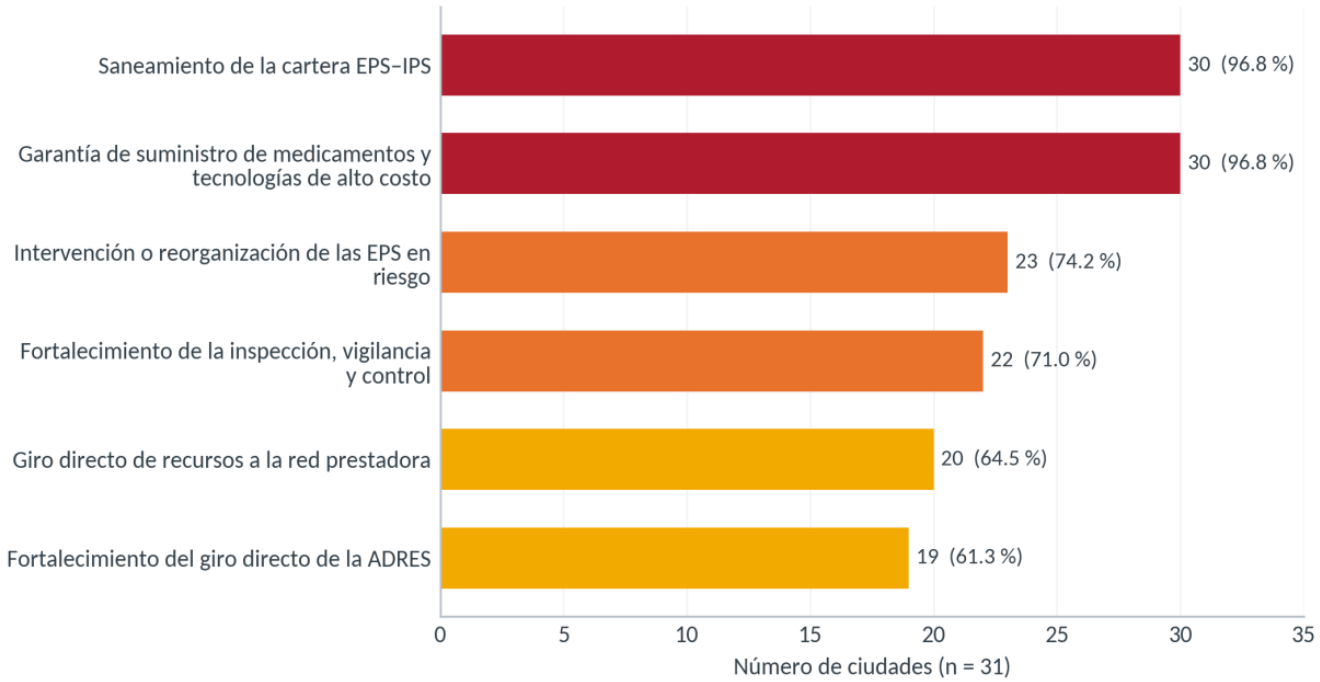
8.3 Oportunidades de mejora

El diagnóstico permite identificar tres (3) oportunidades de mejora que no requieren reforma normativa y que se desprenden de las respuestas territoriales.

- **Información.** 19 ciudades señalaron la debilidad de los sistemas de información como limitación para ejercer la inspección, vigilancia y control. La construcción de un reporte territorial estandarizado sobre continuidad de tratamientos y cierres de servicios permitiría sustituir la percepción por medición verificada, incluso antes de cualquier cambio normativo.
- **Coordinación.** 21 ciudades identificaron la falta de coordinación con Supersalud, ADRES y el Ministerio. Una mesa técnica permanente entre el nivel nacional y las autoridades sanitarias de las ciudades capitales atendería una limitación reportada de forma transversal.
- **Comparabilidad de los conteos.** La auditoría de este ejercicio evidenció que los territorios no comparten unidad de medida al reportar cierres de servicios. Definir esa unidad haría cuantificable, en la próxima medición, el deterioro de la oferta que hoy solo puede describirse.

8.4 Propuestas formuladas por las entidades territoriales

Fig. 30. Acciones urgentes solicitadas al Ministerio de Salud y Protección Social (n = 31)



Pregunta de selección múltiple; cada ciudad pudo marcar varias opciones. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Las ciudades formularon en promedio cinco (5) acciones cada una. Las dos (2) primeras concentran el consenso: garantía de suministro de alto costo y saneamiento de la cartera EPS–IPS, ambas respaldadas por 30 de las 31 ciudades. La tercera, la intervención o reorganización de las EPS en riesgo, fue respaldada por 23.

LO QUE REPORTAN LOS TERRITORIOS

Dos (2) ciudades añadieron propuestas que el catálogo no contemplaba. Se transcriben literalmente:

«reevaluacion de los valores de UPC que no sea por grupo etario.»

«Restructuracion estructural que garantice la sostenibilidad tecnica cientifica y financiera q permita el accedo oprtuno con calidad a los usuarios del Sgsss»

Las observaciones adicionales aportadas de forma voluntaria por 14 ciudades incluyen también planteamientos de política. Se transcriben dos (2):

«Debería hacerse un acompañamiento continuo a los territorios no solo una vez l año» — Respuesta remitida por una Secretaría de Salud

«mejorar los cruces de informacion con respecto a fallecidos, que las eps actualicen de manera oportuna las informacion del usuario en bdua.»

La transcripción íntegra de las 52 respuestas de texto libre recibidas se presenta en el Anexo C.

9. Discusión

Tres (3) lecturas se desprenden del conjunto de los resultados y merecen desarrollo específico.

9.1 Un problema compartido, no una suma de problemas locales

La homogeneidad de las respuestas es el rasgo más consistente del ejercicio. La dimensión de acceso registró riesgo alto o crítico en 30 de las 31 ciudades con el coeficiente de variación más bajo del índice. Doce (12) elementos superaron el respaldo de 26 ciudades. Y ninguna ciudad se ubicó en banda de riesgo bajo o moderado.

Ciudades que no comparten tamaño, geografía, perfil epidemiológico ni capacidad instalada —desde Bogotá hasta Mitú— describieron el mismo cuadro con las mismas causas. Esa convergencia es difícilmente atribuible a condiciones locales y apunta a un factor común de orden sistémico.

9.2 El punto de falla es contractual y financiero, no asistencial

Cuando se examina el encadenamiento de las respuestas, la secuencia es consistente en los cuatro (4) ejes. Las causas de cierre más citadas son la cartera de las EPS, la insuficiencia financiera de las IPS y la terminación de contratos, todas financieras o contractuales. El factor de presión sobre la sostenibilidad más señalado es la cartera de las EPS, no el incremento de costos. La amenaza al acceso señalada por 29 de las 31 ciudades es la interrupción de contratos.

El deterioro asistencial que reportan los territorios —tratamientos interrumpidos, tratamientos suspendidos, mortalidad evitable— aparece consistentemente como consecuencia y no como causa. Esto tiene una implicación de política directa: las medidas de orden asistencial actúan sobre el efecto, mientras que las medidas sobre el flujo de recursos actúan sobre el origen reportado.

9.3 Capacidad institucional frente a percepción de riesgo

El contraste entre la dimensión de inspección, vigilancia y control y la dimensión de riesgo sistémico es revelador. La primera registró la media más baja de las ocho (8), con 55,6 puntos; la segunda, la más alta, con 81,9. Las Secretarías perciben, por tanto, un riesgo sistémico muy superior a la insuficiencia que atribuyen a sus propias herramientas.

La lectura se completa con las limitaciones reportadas: las tres (3) más citadas —competencias legales frente a las EPS, coordinación con entidades nacionales y sistemas de información— se definen fuera del ámbito municipal. La autoridad territorial no reporta principalmente carencia de voluntad o de recursos propios, sino que sitúa el límite de su capacidad de respuesta en instrumentos que dependen del nivel nacional.

Esta observación es también la que justifica el diseño del capítulo de recomendaciones: si la mayor parte de los instrumentos requeridos son nacionales, la agenda debe dirigirse principalmente a ese nivel.

9.4 Hallazgos que matizan el cuadro

Tres (3) resultados no se alinean con la narrativa general y conviene señalarlos. Primero, el abastecimiento hospitalario de medicamentos presentó dificultades críticas en solo ocho (8) ciudades, frente a 23 en el ámbito ambulatorio: el problema no es de disponibilidad del medicamento en el país sino de dispensación al paciente. Segundo, el incremento de los costos de operación fue calificado mayoritariamente como riesgo moderado, lo que descarta la presión de costos como explicación principal de la tensión financiera. Tercero, cinco (5) ciudades

reportaron simultáneamente riesgo muy alto en acceso y finanzas junto con una red estable y herramientas de control suficientes, lo que demuestra que la configuración de riesgo no es idéntica en todos los territorios y que existen arreglos institucionales que resisten mejor.

10. Conclusiones

1 **Ninguna ciudad capital consultada se encuentra en situación de riesgo bajo o moderado.**

El ITRSS promedio fue de 71 sobre 100, con una mediana de 74 y valores extremos de 50 y 93. 15 ciudades se clasificaron en banda crítica y 16 en banda alta: la totalidad de las ciudades capitales se ubica en las dos (2) bandas superiores.

2 **El deterioro del acceso es la condición más extendida y más uniforme del conjunto.**

30 de las 31 ciudades registraron riesgo alto o crítico en esta dimensión, que además presentó la menor dispersión del índice. 27 reportaron aumento significativo de las barreras durante el último año y ninguna reportó mejoría.

3 **El medicamento atraviesa los cuatro (4) ejes del diagnóstico.**

Aparece como falla de las EPS, como barrera de acceso, como dificultad de abastecimiento, como riesgo clínico, como evento crítico, como causa de queja ciudadana y como acción urgente solicitada por 30 de las 31 ciudades. Es el punto de convergencia del ejercicio.

4 **El origen reportado del deterioro es financiero y contractual.**

Las causas de cierre, los factores de presión sobre la red y la amenaza al acceso más señalada remiten al flujo de recursos entre aseguradores y prestadores. El deterioro asistencial aparece como consecuencia.

5 **Los pacientes de alto costo concentran el mayor riesgo del sistema.**

La interrupción de sus tratamientos fue priorizada por 27 ciudades y registró la mayor severidad esperada de la matriz de riesgos. La capacidad de la red se reportó insuficiente o crítica en 22 y 23 ciudades para enfermedades huérfanas y raras.

6 **Dos (2) dimensiones exigen respuesta focalizada y no uniforme.**

La red prestadora y la inspección, vigilancia y control presentaron coeficientes de variación de 53,2 % y 52,8 %. En ambas conviven territorios con puntajes de cero y de 100, de modo que una política nacional uniforme produciría efectos desiguales.

7 **La capacidad de respuesta territorial está limitada por instrumentos nacionales.**

Las tres (3) limitaciones más citadas por las Secretarías —competencias legales, coordinación interinstitucional y sistemas de información— no se resuelven en el ámbito municipal.

8 **Existe un consenso territorial explícito sobre las primeras medidas.**

30 de las 31 ciudades solicitaron la garantía de suministro de medicamentos y tecnologías de alto costo, y otras 30 el saneamiento de la cartera EPS–IPS. Ese consenso es el fundamento de la agenda propuesta en el capítulo 11.

9 **Este informe constituye la línea base del ejercicio.**

Con la totalidad de las ciudades capitales, los valores aquí reportados permiten evaluar, en mediciones sucesivas con el mismo instrumento y la misma metodología, si la situación del sistema mejora o continúa deteriorándose.

11. Hoja de ruta de incidencia ante el Gobierno Nacional

De los planteamientos formulados por las entidades territoriales en la pregunta 10.3 y de los hallazgos documentados en este informe se propone avanzar en propuestas concretas para avanzar en los siguientes aspectos que manifestaron las Entidades Territoriales como de acciones a priorizar para discutir con el Gobierno Nacional.

Cuadro 9. Asuntos prioritarios para la discusión con el Gobierno Nacional

PROPUESTA	ENTIDADES COMPETENTES
Garantizar el suministro de tecnologías de alto costo, medicamentos y servicios al paciente	MinSalud · ADRES · EPS
Establecer mecanismos para apoyar el saneamiento de la cartera entre EPS e IPS	MinSalud · EPS · IPS
Garantizar la continuidad de la contratación entre EPS e IPS	MinSalud · Supersalud · EPS · IPS
Normalizar autorizaciones, referencia y contrarreferencia	MinSalud · EPS · IPS
Fortalecer el giro directo de recursos a la red prestadora	MinSalud · ADRES
Precisar las competencias legales de la autoridad sanitaria territorial frente a las EPS	MinSalud
Establecer una mesa técnica permanente entre el nivel nacional y las capitales	MinSalud · ADRES · Supersalud · Ciudades capitales
Fortalecer la inspección, vigilancia y control territorial	Supersalud

12. Nota sobre comunicación pública

El carácter de este documento debe quedar claro no solo en su metodología sino en la manera de presentarlo. Las formulaciones siguientes orientan la difusión del informe y la atención de medios.

Las valoraciones contenidas en este documento —incluidos los puntajes del índice, las bandas de clasificación y las estimaciones de probabilidad e impacto de los riesgos— deben entenderse como aproximaciones técnicas y señales de alerta derivadas del seguimiento territorial, y no como calificaciones oficiales de riesgo, probabilidad o impacto. No provienen de una metodología regulatoria ni tienen efecto vinculante: su propósito es orientar la priorización de acciones y el diálogo entre el nivel nacional y las entidades territoriales.

Cuadro 10. Formulaciones autorizadas y formulaciones que deben evitarse

SE PUEDE AFIRMAR	NO SE PUEDE AFIRMAR
«Línea base construida a partir de la percepción institucional reportada por las Secretarías de Salud»	«Estudio», «medición» o «diagnóstico verificado» del estado del sistema
«31 de las 32 ciudades capitales reportaron…»	«Ranking de ciudades», «las ciudades peor calificadas»
«Las ciudades coinciden en…»	«Evaluación de la gestión de las administraciones territoriales»
«Los territorios asocian este deterioro a…»	«El informe demuestra que las EPS causan…»: el instrumento no establece causalidad
«Ninguna de las ciudades participantes se ubicó en riesgo bajo o moderado»	Cualquier cifra de personas afectadas: no se recogió información poblacional
«El riesgo se reporta de forma homogénea entre territorios muy distintos»	Cualquier total nacional de servicios cerrados: los conteos no son comparables
«Este informe constituye la línea base para futuras mediciones»	Comparaciones con años anteriores: no existe medición previa

Ante la pregunta por la ciudad con peor resultado: el ejercicio no califica ciudades ni publica ordenamientos, por compromiso adquirido con las Secretarías al remitir el cuestionario; se publican bandas y perfiles de riesgo. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Anexo A. Ficha metodológica

ENTIDADES RESPONSABLES	Asocapitales — Oficina de Planeación y Calidad; UNIPS Colombia
INSTRUMENTO	Cuestionario «Radiografía Territorial del Estado Actual del Sistema de Salud Colombiano»
UNIVERSO	31 ciudades capitales
RESPUESTAS EFECTIVAS	31 (tasa de respuesta 100 %)
UNIDAD DE ANÁLISIS	Secretaría de Salud municipal o distrital
NATURALEZA DEL DATO	Percepción institucional autorreportada; no verificada administrativamente
PERÍODO DE RECOLECCIÓN	4 de agosto a 16 de septiembre de 2026
VARIABLES PROCESADAS	77 columnas: 4 metadatos, 2 numéricas, 51 de escala ordinal, 10 de selección múltiple, 2 de texto libre
ÍNDICE	ITRSS, escala 0–100, promedio simple de 8 dimensiones
VALORES EXCLUIDOS	3 registros no plausibles en conteos de cierres (797, 998 y 552)
REPRODUCIBILIDAD	Cálculos implementados en Python (pandas, numpy, scipy); figuras en matplotlib

Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Anexo B. Matriz de puntajes por ciudad y dimensión

Ciudades en orden alfabético. Una matriz ordenada por puntaje constituiría un ordenamiento comparativo y contravendría el alcance declarado del ejercicio.

Ciudad	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	ITRSS	Banda
Arauca	66,7	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	75,0	44,2	83,6	Crítico
Armenia	60,1	63,9	33,3	45,8	58,3	61,1	75,0	77,8	59,4	Alto
Barranquilla	52,1	83,3	33,3	58,3	87,5	77,8	50,0	80,6	65,4	Alto
Bogotá D.C.	52,8	83,3	33,3	58,3	100,0	33,3	0,0	60,8	52,7	Alto
Bucaramanga	77,4	100,0	100,0	87,5	91,7	100,0	87,5	100,0	93,0	Crítico
Cali	81,2	94,4	100,0	87,5	100,0	33,3	100,0	100,0	87,1	Crítico
Cartagena	51,4	75,0	33,3	41,7	45,8	22,2	75,0	55,8	50,0	Alto
Cúcuta	65,6	88,9	100,0	87,5	83,3	66,7	50,0	76,4	77,3	Crítico
Florencia	62,5	66,7	100,0	100,0	100,0	33,3	62,5	88,3	76,7	Crítico
Ibagué	55,6	80,6	33,3	70,8	75,0	50,0	62,5	79,7	63,4	Alto
Inírida	90,3	88,9	33,3	58,3	87,5	88,9	75,0	95,8	77,3	Crítico
Leticia	62,5	47,2	33,3	58,3	45,8	50,0	37,5	75,6	51,3	Alto
Manizales	60,0	97,2	33,3	70,8	87,5	50,0	12,5	95,8	63,4	Alto
Medellín	60,7	91,7	100,0	87,5	95,8	55,6	25,0	97,5	76,7	Crítico
Mitú	70,8	91,7	100,0	100,0	66,7	88,9	75,0	100,0	86,6	Crítico
Mocoa	77,8	91,7	66,7	100,0	87,5	72,2	62,5	97,5	82,0	Crítico
Montería	63,2	97,2	33,3	83,3	54,2	55,6	12,5	86,4	60,7	Alto
Neiva	60,8	88,9	66,7	70,8	87,5	22,2	100,0	95,0	74,0	Alto
Pasto	69,2	86,1	100,0	75,0	100,0	94,4	87,5	100,0	89,0	Crítico
Pereira	51,4	77,8	33,3	83,3	75,0	22,2	12,5	54,2	51,2	Alto
Popayán	61,7	97,2	100,0	100,0	91,7	77,8	100,0	84,7	89,1	Crítico
Puerto Carreño	70,8	100,0	100,0	100,0	50,0	66,7	50,0	93,3	78,9	Crítico
Quibdó	40,3	63,9	33,3	45,8	50,0	50,0	50,0	69,7	50,4	Alto
Riohacha	59,1	55,6	100,0	70,8	91,7	83,3	75,0	73,6	76,1	Crítico
San José del Guaviare	87,5	91,7	33,3	87,5	83,3	61,1	25,0	90,8	70,0	Alto
Santa Marta	51,4	80,6	33,3	41,7	83,3	94,4	87,5	88,9	70,1	Alto
Sincelejo	40,5	88,9	100,0	41,7	58,3	66,7	50,0	51,7	62,2	Alto
Tunja	82,2	88,9	100,0	100,0	87,5	100,0	37,5	88,9	85,6	Crítico
Valledupar	68,1	86,1	0,0	87,5	79,2	44,4	0,0	88,9	56,8	Alto
Villavicencio	51,0	97,2	33,3	70,8	54,2	66,7	50,0	62,2	60,7	Alto
Yopal	92,4	94,4	66,7	75,0	87,5	66,7	62,5	84,7	78,7	Crítico

D1 Gobernanza del aseguramiento · D2 Acceso · D3 Red prestadora · D4 Sostenibilidad financiera · D5 Medicamentos · D6 Poblaciones vulnerables · D7 Inspección, vigilancia y control · D8 Riesgo sistémico. Fuente: Asocapitales y UNIPS Colombia, Cuestionario a Secretarios de Salud de Ciudades Capitales, septiembre de 2026.

Anexo C. Transcripción literal de las respuestas de texto libre

Se reproducen las 52 respuestas abiertas recibidas, sin corrección de ortografía, mayúsculas ni redacción, conforme al principio de fidelidad adoptado por este informe. Se omiten los datos de contacto de los respondientes.

Observaciones adicionales (campo opcional)

> *«El sector salud. Requiere una respuesta urgente a toda la problemáticas de oportunidad en citas con especialistas, garantizar una red asistencial, disminuir el fraccionamiento de contrato, y entrega oportuna de medicamentos de bajo y costo»*
> — Arauca

> *«Al correo de Asocapitales (gobierno@asocapitales.co) también fue enviado el cuestionario solicitado»*
> — Armenia

«Las respuestas consignadas en el presente cuestionario se emiten con fundamento en la información disponible en la Secretaría Distrital de Salud y en el marco de las competencias que le corresponden como autoridad sanitaria territorial. En este sentido, se precisa que algunas de las categorías y valoraciones propuestas en el instrumento exceden el alcance de las competencias de la Secretaría o no cuentan con una metodología institucional que permita efectuar la clasificación solicitada. En particular, frente a las preguntas 1.1 y 2.2, la Secretaría Distrital de Salud, a partir de sus acciones de inspección, vigilancia y seguimiento, puede identificar alertas relacionadas con la garantía del acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención de la población afiliada; sin embargo, no le corresponde determinar la viabilidad ni efectuar una calificación integral de la situación financiera, administrativa u operativa de las EPS. De igual manera, si bien en la pregunta 1.2 puede informarse el número de EPS que se encuentran sometidas a medidas especiales con fundamento en la información oficial disponible, la adopción, modificación o levantamiento de medidas de vigilancia especial, intervención o liquidación corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud. Esta delimitación es consistente con el alcance que el propio análisis técnico incorporado al cuestionario reconoce para las actuaciones de la Secretaría. Respecto de las preguntas 4.4, 5.1 y 5.2, se precisa que la Secretaría no dispone de una clasificación oficial que permita determinar, en los términos planteados por el cuestionario, la "estabilidad operativa" de la totalidad de la red prestadora pública y privada, ni asignar de manera integral niveles de riesgo financiero o de sostenibilidad a dicha red. En consecuencia, las apreciaciones que se consignen en estos numerales corresponden al análisis de la información disponible dentro del ámbito de competencia de la Secretaría —incluida, cuando aplica, la información financiera de las Subredes Integradas de Servicios de Salud — y no constituyen una calificación oficial de la totalidad de la red prestadora distrital. Finalmente, frente a las preguntas 10.1, 10.2.b y 10.2.c, la Secretaría puede identificar, documentar y realizar seguimiento a alertas y potenciales afectaciones territoriales relacionadas, entre otras, con la continuidad de tratamientos, el acceso a medicamentos y tecnologías, la disponibilidad de servicios y la presión sobre la red prestadora. No obstante, no cuenta con una metodología institucional ni le corresponde establecer una calificación integral del riesgo sistémico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni determinar oficialmente la probabilidad de ocurrencia o el nivel de impacto de los riesgos en las escalas propuestas por el cuestionario, particularmente cuando estos dependen de variables financieras, administrativas y operativas de los diferentes actores del Sistema. Por ello, las valoraciones que eventualmente se incorporen deben entenderse como aproximaciones técnicas o señales de alerta derivadas del seguimiento territorial y no como calificaciones oficiales de riesgo, probabilidad o impacto. El propio cuestionario reconoce esta limitación al señalar que la información territorial permite identificar alertas, pero no establecer una medición integral del riesgo del sistema. En este marco, las valoraciones y decisiones relacionadas con la situación institucional, financiera y operativa de las EPS y la adopción de medidas de vigilancia especial, intervención o liquidación corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud; la formulación, dirección y coordinación de la política pública nacional del sector corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social; y la ADRES ejerce las funciones que legalmente le han sido asignadas en materia de administración y flujo de recursos del Sistema. Lo anterior no limita las competencias de la Secretaría Distrital de Salud para identificar alertas, adelantar las actuaciones territoriales que correspondan, requerir acciones de mejora y poner en conocimiento de las autoridades nacionales competentes las situaciones que así lo ameriten.»

— Bogotá D.C.

«Se requiere fortalecimiento de infraestructura y talento humano en la red pública y mayor control en la habilitación de EPS y operación de las mismas.»

— Bucaramanga

«mejorar los cruces de informacion con respecto a fallecidos, que las eps actualicen de manera oportuna las informacion del usuario en bdua.»

— Cúcuta

> «NINGUNA»
> — Mocoa

> «MONTERIA POSSE OCHO EPS CON UNA POBLACION TOTAL DE 530.000 AFILIADOS AL SGSSS, DE LAS CUALES EL 40% DE USUARIOS SE ENCUENTRAN EN DOS EPS INTERVENIDAS POR LA SUPERSALUD, Y ESTAS NO CUMPLEN CON LA ATENCIÓN OPORTUNA DEL RIESGO EN SALUD, GENERANDO BARRERAS TENICAS, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERA»
> — Montería

> «*Contar en el territorio con una institución como super salud que pueda realizar sanciones a las EPS y no solo a los entes territoriales*»
> — Pasto

> «OBSERVACION HAY INFORMACION DE COMPETENCIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL RAZON POR LA CUAL SE REGISTRA EN CERO»
> — Pereira

> «*Incremento de la UPC para territorios como el Cauca, inversión en infraestructura en salud regiones rurales, fortalecimiento en tecnologías, fortalecimiento TH de especialidades y subespecialidades de difícil acceso.*»
> — Popayán

> «*La situación de referencia y contra referencia es demasiado compleja y preocupante*»
> — Quibdó

> «*Debería hacerse un acompañamiento continuo a los territorios no solo una vez l año*»
> — San José del Guaviare

> «*Ninguna*»
> — Sincelejo

> «*Es muy importante entrar a tomar decisiones sobre la aseguradora capresoca, que esta intervenida por la supersalud y que afilia a mas o menos el 50% de la poblacion del municipio de yopal.*»
> — Yopal

Pregunta 1.4 · Amenazas identificadas para garantizar el acceso efectivo

> «*Falta en la presentación de servicios en la red contratada.*»
> — Arauca

> «*Dificultad en la dispensación de medicamentos*»
> — Ibagué

> «*referencia y contrareferencia desde y hacia Leticia*»
> — Leticia

> «INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS»
> — Montería

Pregunta 10.3 · Acciones urgentes solicitadas al Ministerio de Salud

> «*reevaluacion de los valores de UPC que no sea por grupo etario.*»
> — Cúcuta

> «*Restructuracion estructural que garantice la sostenibilidad tecnica cientifica y financiera q permita el accedo oprtuno con calidad a los usuarios del Sgsss*»
> — Pasto

Pregunta 4.1.a · Servicios suspendidos temporalmente (últimos 12 meses)

> «*Entrega de medicamentos*»
> — Arauca

> «*Cirugías programadas por una IPS*»
> — Barranquilla

> «552 (MEDIDAS DE SEGURIDAD IMPUESTAS)»
> — Bogotá D.C.

> «*La Clínica Chicamocha suspendió servicios a los usuarios de la EPS COOSALUD. Pronunciamiento de la RED frente a la no atención de alta complejidad a los pacientes de alto costo*»
> — Bucaramanga

> «*Oncología, red primaria, complementarios*»
> — Cali

> «*Clínica el Bosque con la totalidad de su portafolio*»
> — Cartagena

> «*Ips prosalud (consulta externa) prestan servicio a EPS ASMET; servicios de emergencias médicas (ambulancias); Ips Nazher (citas con especialistas); coomotoe Florencia (transporte de pacientes terrestre); norma Constanza Pino (fonoaudiologa); Hospital departamental María inmaculada (consulta externa); hospital Malvinas (consulta externa); laboremos (consulta externa); clínica la FE (especialidad en adiciones); SIES salud (alto costo VIH) ; en riesgo de cierre DAVITA(pacientes renales)*»
> — Florencia

> «*Sin información*»
> — Ibagué

> «*sala de cirugia*»
> — Leticia

> «*Atención a los usuarios de Nueva EPS, Coosalud y FOMAG por no pago a la red*»
> — Medellín

> «*dermatología, radiografias, mamografia, tac, imagenologia, etc*»
> — Mitú

> «MEDIANA COMPLEJIDAD»
> — Mocoa

> «SI»
> — Montería

> «*Cirugias, psiquiatria*»
> — Pasto

> «*Dificultades de acceso a especialistas y subespecialidades*»
> — Popayán

> *«Ninguno todos se está prestando según habilitación de la red y su portafolio»*
> — Puerto Carreño

> *«No supe sido pero si complejos, el Servicio de referencia»*
> — Quibdó

> *«Urgencias»*
> — Sincelejo

> *«Oncologías (Famisanar)»*
> — Valledupar

> «REALACIONADOS CON LA NUEVA EPS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO»
> — Villavicencio

Pregunta 4.2 · Tipos de servicios principalmente afectados

> *«Medicamentos»*
> — Neiva

> *«Medicamentos y transporte asistencial»*
> — San José del Guaviare

> *«Medicamentos»*
> — Valledupar

> «LA GRAN MAYORIA POR PARTE DE SERVICIOS QEU PRESTA LA NUEVA EPS»
> — Villavicencio

Pregunta 4.3 · Causas de las suspensiones o cierres

> *«Ninguno»*
> — Santa Marta

Pregunta 6.2 · Riesgos clínicos derivados de las limitaciones actuales

> *«Colapso pacientes de otras regiones»*
> — Neiva

> *«Red insuficiente»*
> — Pasto

Pregunta 8.2 · Causas del incremento de las PQRD

> *«Las quejas las están colocando directamente en la supersalud»*
> — Arauca

> *«Incremento no significativo desde la secretaria de salud»*
> — Cartagena

> *«Entrega de tiquetes»*
> — Inírida

Pregunta 8.3 · Eventos críticos con mayor afectación a los usuarios

> *«Interrupción de tratamiento de enfermedades crónicas»*
> — Barranquilla

> «*Largas estancias por demoras en referencia*»
> — **Ibagué**

Transcripción literal de las respuestas remitidas por las Secretarías de Salud.