

Marco estratégico de evolución sanitaria 2026–2030: decisiones inevitables para sostener y modernizar el sistema de salud en Colombia

Guía de acción para aspirantes a la Presidencia, equipos programáticos y futuros ministros de Salud. Referente operativo para líderes y gerentes del sector.

Elaborado por: Carlos Felipe Muñoz Paredes – CEO de Consultorsalud
12 de enero de 2026



Colombia entra al ciclo 2026–2030 con un sistema de salud que logró coberturas casi universales y una protección financiera destacable en la región, pero que hoy muestra una fatiga estructural evidente: insuficiencia relativa de la prima frente a la carga de enfermedad y la innovación terapéutica, erosión de la confianza entre actores, alta judicialización del acceso, tensiones de liquidez y disparidades territoriales que ya no son aceptables. Esta no es una sentencia terminal;



+57 317 644-1947
+57 317 323-7246



info@consultorsalud.com



Carrera 7 # 156-68, **North Point**,
Torre 3 oficina 1004. **Bogotá, D.C**



es una crisis de maduración que exige una reingeniería de segunda generación: más técnica, más verificable y menos ideológica.

Este marco parte de una premisa que debería ser común a cualquier campaña seria: **no existe una solución única y útil basada en la caricatura “todo Estado” vs. “todo mercado”**. Los sistemas que funcionan combinan solidaridad en el financiamiento, competencia regulada donde aporta valor, rectoría técnica, y reglas que alineen incentivos. El objetivo no es “ganar” una discusión política, sino **garantizar derecho con sostenibilidad**, evitando que cada año se reinicie el debate desde cero.

Ideas fuerza del marco estratégico

Contenido

Marco estratégico de evolución sanitaria 2026–2030: decisiones inevitables para sostener y modernizar el sistema de salud en Colombia	1
Diez decisiones inevitables: agenda de los primeros 100 días.....	3
Principios rectores: lo que el país no debería negociar cada cuatro años	3
Eje 1: verdad financiera, saneamiento y protección del flujo corriente	4
Eje 2: nueva arquitectura del aseguramiento como gestión del riesgo y del valor.....	6
Quién diseña y compra la red: la bisagra de cualquier reforma sanitaria viable.....	6
Eje 3: modelo de atención en redes integradas, con microterritorio resolutivo	8
Eje 4: contratación y pago: menos evento, más prospectivo, más resultados.....	9
Eje 5: gobernanza y seguridad jurídica sin debilitar derechos	9
Eje 6: innovación, ciencia y tecnología como motor de sostenibilidad.....	10
Eje 7: transformación digital e inteligencia artificial con gobernanza, privacidad y competencia	11
Eje 8: talento humano como infraestructura crítica del sistema	11
Política de expansión de formación de especialistas y fortalecimiento de enfermería avanzada	12
Adecuación curricular y estándar nacional de competencias (pregrado y posgrado)	15
Eje 9: el paciente en el centro, medido con herramientas útiles	17
Hoja de ruta de implementación 2026–2030 (en secuencia gobernable)	18



Diez decisiones inevitables: agenda de los primeros 100 días

Una campaña puede prometer muchas cosas, pero un gobierno solo puede empezar por lo esencial. En salud, la primera responsabilidad es ordenar el tablero. Estas diez decisiones son la base mínima para gobernar sin improvisación:

- **Certificar una verdad financiera única:** auditoría masiva basada en datos y trazabilidad de transacciones, con metodología pública y replicable, para establecer un “punto inicial” de pasivos netos y cartera exigible.
- **Separar y proteger el flujo corriente:** mecanismos contables y fiduciarios que impidan que el gasto de hoy sea absorbido por el pasado y preserve continuidad asistencial.
- **Asegurar pago oportuno como política pública:** plazos, reglas y consecuencias graduales (no anuncios), priorizando nómina misional y redes resolutivas.
- **Definir el rol del asegurador/gestor por resultados:** menos intermediación financiera y más gestión de riesgo, calidad y cohortes; con indicadores y remuneración explícita.
- **Instalar una primera instancia administrativa expeditiva** (con tiempos máximos) para resolver barreras de acceso antes de la tutela, sin debilitar derechos.
- **Estandarizar tiempos de espera y rutas críticas:** metas de oportunidad verificables por territorio y patología, con tableros públicos.
- **Acelerar interoperabilidad real y portabilidad:** estándares, certificación y obligaciones de intercambio de datos, cuidando privacidad y seguridad.
- **Migrar progresivamente a pagos prospectivos y por valor:** menos pago por evento como regla, más mecanismos que premien resultados y eficiencia.
- **Consolidar redes territoriales funcionales:** microterritorios resolutivos, regionalización por capacidad, y logística diferenciada para la Colombia dispersa.
- **Blindar el talento humano como infraestructura crítica:** formalización progresiva, incentivos territoriales, y nuevas competencias clínicas con regulación clara.

Estas diez decisiones permiten que el gobierno pase del discurso a la ejecución, con un norte: **valor, sostenibilidad, transparencia y seguridad humana.**

Principios rectores: lo que el país no debería negociar cada cuatro años

Valor como métrica central



+57 317 644-1947
+57 317 323-7246



info@consultorsalud.com



Carrera 7 # 156-68, **North Point**,
Torre 3 oficina 1004. **Bogotá, D.C.**



El sistema debe dejar de medir solo actividad (consultas, procedimientos) para medir resultados de salud relevantes y comparables (incluyendo PROMs/PREMs en patologías de mayor carga), con costos trazables.

Sostenibilidad fiscal y responsabilidad intergeneracional

No se trata de “recortar” por recortar: se trata de diseñar reglas para que el derecho de hoy no destruya la viabilidad de mañana. La sostenibilidad no es un argumento moral; es una condición operativa.

Transparencia y gobernanza del dato

La información clínica y financiera derivada de recursos públicos **debe ser interoperable, auditable y portátil**, sin caer en dos excesos: ni opacidad bajo el argumento de “secreto empresarial”, ni exposición indebida de datos sensibles. El dato personal se protege; el dato agregado y de gestión se transparenta.

Seguridad jurídica con debido proceso

La eficiencia no puede construirse sobre arbitrariedades. Auditorías, glosas, retenciones y decisiones administrativas deben tener trazabilidad, plazos máximos, revisión humana y mecanismos de contradicción.

Equidad territorial funcional

La equidad no se decreta: se diseña. Un país con dispersión geográfica requiere logística, redes regionales, telemedicina útil, y modelos de talento humano adaptados.

Innovación y competitividad sanitaria

Colombia debe pasar de ser solo mercado a ser plataforma: investigación clínica, producción estratégica, evaluación de tecnologías y compras basadas en valor, con reglas claras.

Eje 1: verdad financiera, saneamiento y protección del flujo corriente

Objetivo

Recuperar confianza, crédito y operación mediante una contabilidad verificable del sector y un saneamiento que no asfixie la prestación.

Problema medible

Pasivos históricos sin una cifra única, conciliaciones incompletas, y flujos corrientes usados para apagar incendios del pasado.

Mecanismo

1) Auditoría estructural basada en datos (modelo 80/20 para velocidad real):



- Iniciar por el 20% de flujos y prestadores que explican la mayor parte del gasto y la cartera, y por cohortes de alto costo, para obtener resultados tempranos.
- Escalar progresivamente hacia el 100% de registros (RIPS + facturación electrónica) con minería de procesos como “trazabilidad del dinero” y de la prestación.
- Publicar metodología, supuestos y reglas de clasificación (cartera exigible vs. cartera con inconsistencias) para que la “verdad” no dependa del actor con mayor poder.

2) Certificación del “punto inicial” y régimen escalonado de cumplimiento (sin salto directo a la sanción máxima):

- Establecer un periodo perentorio para depuración NIIF y certificación.
- Para entidades que no certifiquen: **plan obligatorio de mejora**, luego **intervención con metas** y, solo si hay inviabilidad demostrable y reiterada, **liquidación como última ratio**. Esto reduce resistencia y aumenta legitimidad: el país necesita resultados, no guerras.

3) Separación de flujos para proteger la operación corriente (sin frases absolutas):

En lugar de formularlo como prohibición rígida, el diseño debe operar con **mecanismos de separación**: cuentas segregadas, fiducia/escrow, reglas de priorización y trazabilidad que impidan que el flujo mensual se diluya en el pasado. El principio es simple: **la UPC y recursos corrientes deben sostener servicio en tiempo real**; el pasado se administra con instrumentos de saneamiento.

Palancas de saneamiento y liquidez (con candados anti-ciclo)

- **Fondo de saneamiento y titularización (vehículo tipo FOSANT) + bonos de estabilización sanitaria (BES)**: útil si se diseña como mecanismo extraordinario **condicionado a**:
 - deuda neta efectivamente certificada;
 - compromisos de gobierno corporativo y transparencia;
 - metas de eficiencia y contratación;
 - y reglas para evitar que la deuda se regenere.Sin estos candados, el instrumento se percibirá como “patear la pelota” y perderá legitimidad.
- **Capitalización de acreencias** para fortalecer instituciones viables (deuda a patrimonio) bajo reglas contables y de gobierno corporativo.
- **Garantías y colaterales con giro directo**: habilitar que IPS usen flujos verificables para crédito de capital de trabajo, con límites prudenciales y trazabilidad del destino (prioridad: nómina, insumos críticos).

KPIs sugeridos (anuales)

- % de cartera certificada como exigible vs. en disputa con trazabilidad.



- Días promedio de pago a IPS por nivel de complejidad.
- % de gasto trazable extremo a extremo (autorización–prestación–factura–pago).
- Participación de pagos corrientes protegidos por separación de flujos.

Eje 2: nueva arquitectura del aseguramiento como gestión del riesgo y del valor

Objetivo

Transformar el aseguramiento para que el rol principal sea prevenir, gestionar riesgo y garantizar resultados, no administrar tesorería.

Mecanismo

Evolución de EPS a gestoras de salud y vida (GSV) por regiones sanitarias funcionales, con requisitos verificables:

- Capacidad real de red (no aseguradoras “de papel”).
- Gestión clínica de cohortes y riesgo (crónicos, materno-perinatal, oncológico, salud mental, etc.).
- Remuneración administrativa explícita y ligada a desempeño (prevención, oportunidad, control del gasto evitable, resultados).

Giro directo universal con control clínico y auditoría de pertinencia:

La ADRES gira directamente a prestadores y proveedores; la GSV autoriza y audita pertinencia bajo reglas de tiempos máximos, trazabilidad y revisión humana. El punto crítico es evitar que la auditoría se convierta en barrera: la auditoría debe corregir abuso, no castigar al paciente.

Quién diseña y compra la red: la bisagra de cualquier reforma sanitaria viable

La discusión pública ha puesto el foco en la transformación de las EPS hacia Gestoras de Salud y Vida, y en la consolidación de ADRES como pagador con giro directo. Ese debate es necesario, pero incompleto: **el verdadero fiel de la balanza es quién ejerce la función de “comisionamiento” o función de COMPRA**, es decir, **quién diseña la red territorial y quién compra los servicios** (quién contrata, con qué reglas, y bajo qué métricas). Las redes no son una lista de prestadores; son un sistema de decisiones: qué capacidad se instala, cómo se organiza la referencia, qué servicios se priorizan, qué rutas se garantizan y qué resultados se exigen.

En los borradores recientes se ha planteado que las Redes Integrales e Integradas Territoriales se articulen mediante **convenios de desempeño**, con participación de Gestoras y entidades territoriales, y con ADRES actuando como pagador más directo. El punto crítico es que ese diseño



deja abierta una pregunta que define todo el sistema: **si las Gestoras no compran, ¿quién compra? y si compran, ¿cómo se evita la extracción de rentas por posición dominante e integración vertical?**. Y si la compra se traslada al territorio, ¿cómo se blinda frente a la captura política y la patrimonialización local de la red prestacional, un riesgo ampliamente reconocido en sistemas descentralizados sin controles robustos?

Una solución viable para Colombia requiere aceptar una premisa técnica: **la compra estratégica de servicios necesita instituciones con gobernanza, mandato claro y rendición de cuentas**, no solo normas. La OMS y otros organismos han mostrado que el desempeño del comprador depende de la claridad de responsabilidades, la regulación efectiva y la arquitectura de control.

La opción más robusta para Colombia: comisionamiento (COMPRA) regional independiente con separación funcional

La mejor alternativa, dadas nuestras condiciones actuales (alto riesgo de captura política territorial y alta asimetría de poder contractual cuando el comprador es la EPS/Gestora), es crear **Agencias Regionales de Comisionamiento y Compra (ARCC)**: entidades técnicas que **diseñan redes y compran servicios** con reglas de competencia y transparencia radical, sin estar subordinadas a ciclos electorales locales ni capturadas por prestadores integrados.

Este modelo separa funciones de manera operable:

- **ADRES** actúa como **pagador y clearinghouse**: valida, gira, consolida trazabilidad y publica tableros agregados de desempeño. ADRES ya ha avanzado en capacidades de giro directo y se proyecta como “pagador inteligente”, pero su expansión debe acompañarse de rediseño organizacional y tecnológico para evitar cuellos de botella.
- **ARCC** ejerce el rol de **comprador estratégico**: planifica capacidad por población, define rutas y reglas de acceso, contrata por paquetes y niveles de servicio, y monitorea resultados. Esta lógica es coherente con modelos de *strategic commissioning* utilizados en sistemas que buscan integrar planificación, compra y control del desempeño.
- **Gestoras de Salud y Vida (GSV)** se concentran en lo que agrega valor: **gestión clínica del riesgo, cohortes, autorización de pertinencia con tiempos máximos y auditoría concurrente**, evitando que la auditoría se convierta en barrera. Su remuneración debe estar ligada a resultados y desempeño, no a control contractual.

Por qué no basta con “solo convenios de desempeño” sin contratación efectiva

La idea de operar sin contratos y basarse únicamente en habilitación, facturación y auditoría puede funcionar de forma acotada para APS bajo capitación y metas, pero es riesgosa para mediana y alta complejidad: **sin contratos marco y reglas de compra, el sistema cae en compra pasiva**, con altos costos de transacción, litigiosidad y glosas como mecanismo de gobierno. La experiencia internacional muestra que el diseño del comisionamiento y de la compra determina eficiencia y costos administrativos; cuando se improvisa, crece la fricción y se pierde control.



Por eso, la alternativa recomendada es un esquema mixto:

- Para **APS/CAPS/ESE**: **capitación base + convenio de desempeño** (KPI, oportunidad, resolutiveidad).
- Para **mediana y alta complejidad**: **contratos marco** (paquetes/GRD/bundles) con SLA, auditoría concurrente y cláusulas de riesgo compartido por resultados.

Blindajes anticaptura y antirentas: condiciones de supervivencia del modelo

Un comisionamiento regional independiente solo es creíble si se blinda desde el diseño:

- Gobierno corporativo con mayoría técnica, incompatibilidades estrictas y declaración de conflictos de interés.
- Transparencia contractual y trazabilidad pública (open contracting) con auditorías externas periódicas, porque las compras públicas en salud son especialmente vulnerables cuando operan en opacidad.
- Reglas anti-dominancia: red abierta, criterios objetivos de selección, límites a integración vertical y control real de prácticas anticompetitivas (los límites actuales se han sostenido como referencia del debate).

Si Colombia decide migrar a un pagador más directo y a Gestoras enfocadas en gestión clínica, **no puede dejar en el aire la arquitectura de compra**. La respuesta más consistente con nuestras restricciones institucionales es **crear un comprador técnico regional independiente**, con transparencia radical, contratación por valor y controles anticaptura. Esa es la bisagra que permite modernizar sin estatizar, y ordenar sin entregar el sistema a feudos privados —sean corporativos o políticos.

KPIs sugeridos

- Oportunidad de atención en rutas críticas por territorio.
- Gasto evitable y eventos prevenibles por cohorte.
- Satisfacción y experiencia (PREMs) en patologías de mayor carga.
- Indicadores de continuidad del cuidado (adherencia, control metabólico, reingresos, etc.).

Eje 3: modelo de atención en redes integradas, con microterritorio resolutive

Objetivo

Que el sistema deje de depender del héroe individual y opere como red: primaria fuerte, remisión lógica, y continuidad del cuidado.

Mecanismos clave



+57 317 644-1947
+57 317 323-7246



info@consultorsalud.com



Carrera 7 # 156-68, **North Point**,
Torre 3 oficina 1004. **Bogotá, D.C**



- **Redes integrales e integradas (RIIS/RISS) con cooperación público-privada pragmática:** la red pública como base del nivel primario resolutivo; el nivel complementario integrado por acuerdos de voluntades.
- **Criterio de oportunidad territorial verificable:** metas de proximidad (p. ej., tiempos máximos de desplazamiento para servicios esenciales) y rutas definidas.
- **Estandarización de tiempos de espera y rutas** con tableros por microterritorio: el país debe medir y comparar.
- **Eliminar la intermediación del usuario en autorizaciones:** el ciudadano no puede seguir siendo mensajero del sistema.
- **Integración vertical regulada con reglas de competencia:** permitirla si demuestra eficiencia, pero con: precios de transferencia auditables y obligación de contratación con externos para mantener competencia.

Eje 4: contratación y pago: menos evento, más prospectivo, más resultados

Objetivo

Que el método de pago deje de premiar volumen y pase a premiar resolutiveidad y resultados.

Mecanismos

- Transición gradual y obligatoria hacia **GRD, PGP y capitación ajustada**, dejando el pago por evento para excepciones justificadas.
- **Bandas tarifarias** con pisos y techos regionales basados en costos eficientes y en evidencia de producción, para reducir asimetrías y abusos.
- **Componente de valor:** una porción creciente de recursos ligada a resultados y experiencia, con indicadores acordados y auditables.

Riesgo a gestionar

Si el país migra a pago prospectivo sin fortalecer información y auditoría, se trasladan riesgos sin control. Por eso, este eje depende de trazabilidad y dato confiable.

Eje 5: gobernanza y seguridad jurídica sin debilitar derechos

Objetivo

Reducir judicialización innecesaria, mejorar coherencia técnica, y garantizar acceso oportuno con mecanismos administrativos efectivos.

Enfoque



La tutela es un instrumento vital de protección. El objetivo no es restringir derechos, sino **evitar que el ciudadano tenga que tutelar para recibir lo obvio** y asegurar que las decisiones incorporen evidencia y pertinencia clínica.

Mecanismos

- **Primera instancia administrativa expeditiva en Supersalud**, con plazos máximos y trazabilidad, para resolver negaciones y barreras de acceso, como ruta natural previa a la tutela (sin impedirla).
- **Jurisdicción especializada o salas de salud** con jueces formados en derecho sanitario y economía de la salud (reducción de variabilidad).
- **Insumos técnicos obligatorios (HTA)** para decisiones sobre tecnologías no incluidas en el plan: el juez protege el derecho, pero con evidencia de eficacia y seguridad.
- **Gobierno corporativo y mérito**: idoneidad técnica, evaluación anual, y modelos de intervención con firmas administradoras seleccionadas por reglas transparentes y resultados.

Principio de debido proceso (para todo el marco)

Ni la auditoría, ni la intervención, ni la retención de pagos puede operar como “pena sin juicio”. La legitimidad del sistema se juega en reglas claras y contradictorias.

Eje 6: innovación, ciencia y tecnología como motor de sostenibilidad

Objetivo

Capturar valor: inversión, calidad hospitalaria, acceso temprano y negociación inteligente.

Mecanismos

- **Colombia como Centro de Operaciones (HUB) regional de investigación clínica**: ventanilla única con tiempos competitivos, sin sacrificar rigor ético.
- Incentivos a IPS investigadoras y acreditación como ventaja competitiva.
- **Política industrial farmacéutica y de tecnologías sanitarias**: producción local estratégica, compras públicas innovadoras y acuerdos de suministro (offtake) donde tenga sentido técnico y económico.
- Sostener una política de “**Desintermediación**” de la compra y suministro de medicamentos, sin amputar las cadenas de suministros privadas y efectivas ya desarrolladas.
- **Genéricos de confianza**: bioequivalencia y biodisponibilidad para sustitución segura y ahorro real.
- **Modelos de riesgo compartido** (inclusión en el derecho fundamental y pago por impacto presupuestal y resultados) para alto costo innovador.



- **Escaneo de horizonte:** inteligencia prospectiva 3–5 años para anticipar impacto presupuestal y negociar mejor.

Eje 7: transformación digital e inteligencia artificial con gobernanza, privacidad y competencia

Objetivo

Que el dato siga al paciente y que el sistema tenga “instrumentos” para gobernarse en tiempo real.

Mecanismos (con lenguaje menos polarizante)

- **Historia clínica interoperable con estándar HL7 FHIR**, con certificación, pruebas de conformidad y plazos escalonados por capacidad.
- **Portabilidad y no bloqueo:** obligación de intercambio, APIs y estándares; sanciones graduales por prácticas anticompetitivas y por impedir interoperabilidad, distinguiendo claramente entre “protección de datos” y “bloqueo del dato”.
- **Infraestructura nacional interoperable (multi-nube):** no se trata de estatizar tecnología, sino de garantizar soberanía operacional, continuidad, auditoría y seguridad. La arquitectura puede ser multi-proveedor, con estándares y control de riesgos.

IA para eficiencia y ética (sin “bloqueos preventivos” como consigna)

- **Auditoría predictiva** para detección temprana de fraude y atipicidades: genera alertas, prioriza revisiones, y permite retenciones temporales solo bajo reglas explícitas, trazabilidad y revisión humana.
- **Asistentes clínicos virtuales** para APS y zonas dispersas (soporte a decisión, teleespecialidad útil).
- **Comité de ética algorítmica:** sesgos, explicabilidad, auditoría externa y publicación de criterios.

Eje 8: talento humano como infraestructura crítica del sistema

Objetivo

Sostener el sistema con gente: dignidad laboral, productividad clínica y nuevas competencias.

Mecanismos

- Formalización progresiva del personal misional permanente, condicionando recursos a metas verificables.
- Pago oportuno priorizando nómina.



- **Task shifting regulado:** enfermería de práctica avanzada y gestores comunitarios integrados a APS con roles claros, formación y remuneración digna.
- Incentivos territoriales fuertes para permanencia (vivienda, bonificaciones, carrera).
- **Recertificación para el desarrollo,** concertada y financiada, como requisito para ascensos y mejora continua, no como barrera de entrada.

Política de expansión de formación de especialistas y fortalecimiento de enfermería avanzada

Objetivo

Aumentar de manera sostenida y verificable la disponibilidad y distribución territorial de **médicos especialistas, médicos familiares, enfermería especializada y de práctica avanzada**, cerrando brechas críticas por región y por nivel de complejidad, sin deteriorar calidad formativa ni profundizar inequidades.

Problema a resolver (enfoque de capacidad instalada)

El déficit real no es solo “falta de personal”: es **capacidad clínica especializada mal distribuida**, con alta concentración urbana, baja rotación en territorios dispersos, y cuellos de botella formativos (cupos, campos de práctica, tutores, financiamiento, y condiciones laborales). Esto impacta oportunidad, continuidad, resolutivez y costo: cuando no hay especialista donde se necesita, el sistema paga más (derivaciones, complicaciones, urgencias evitables, tutelas).

Principios de diseño

- **Formar donde se atiende:** cupos y campos de práctica alineados con redes integradas y microterritorios.
- **Financiar con retorno público medible:** cada incentivo debe traducirse en permanencia, disponibilidad y resultados.
- **Calidad primero:** expansión sin deterioro de estándares académicos, docentes y de supervisión.
- **Equipo clínico ampliado:** crecer especialistas y, en paralelo, elevar competencias de enfermería avanzada y del talento comunitario para descargar tareas, no para sustituir calidad.

Mecanismos estratégicos

1) Plan nacional de cupos y especialidades priorizadas (mapa de brechas)

- Definir anualmente un **Mapa Nacional de Brechas de Especialistas** por región sanitaria, con cuatro capas:



1. carga de enfermedad y riesgo poblacional,
 2. capacidad instalada actual (oferta y tiempos de espera),
 3. red de referencia y contrarreferencia,
 4. proyección 3–5 años (envejecimiento, crónicos, alto costo).
- Priorizar especialidades por impacto: medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, anestesia, medicina interna, urgencias, psiquiatría, radiología, cirugía general, ortopedia, UCI, oncología/hematología donde aplique, y salud pública/epidemiología para capacidades territoriales.

Indicador mínimo: cupos de residencia anuales por especialidad/territorio y % de brecha cerrada por región.

2) Expansión de residencias con financiamiento mixto y “retorno territorial”

Crear un **Fondo de Formación Especializada con Retorno Público**, con reglas simples:

- **Beca-crédito condonable** para residentes (matrícula + sostenimiento), condonable por servicio en territorios priorizados o redes definidas.
- Contratos de práctica asistencial con **salario y protección social** durante la residencia (donde sea viable normativamente), para disminuir deserción y precarización.
- Retorno mínimo: 2–4 años en red priorizada, con escalamiento de condonación según permanencia.

Por qué funciona: alinea inversión con disponibilidad futura y reduce la fuga hacia zonas de confort.

3) Campos de práctica y acreditación: “capacidad docente” como botella real

La expansión de cupos exige aumentar **capacidad docente**:

- Acreditación acelerada y auditada de **hospitales universitarios y campos de práctica** dentro de redes regionales, incluyendo IPS privadas y ESE con capacidad real.
- Incentivos a IPS que abran campos de práctica: pago por tutoría, infraestructura docente, simulación, tele-educación, y reconocimiento en contratación por desempeño.
- Meta de **tutores por residente**, supervisión clínica y estándares de calidad formativa (no solo número de cupos).

Indicador mínimo: nuevos campos de práctica acreditados por año + razón tutor/residente.

4) Modelo “Formación en red” y residencia descentralizada

Implementar residencias con **rotaciones obligatorias** en territorios priorizados y, donde sea viable:



- **Residencias descentralizadas** con núcleo universitario y sedes regionales (hub-and-spoke).
- Tele-supervisión y tele-mentoring para especialidades con soporte remoto, sin sustituir práctica presencial donde sea indispensable.
- Articulación explícita con redes integradas (la red no solo presta: también forma).

Beneficio: reduce concentración urbana y crea arraigo profesional temprano.

5) Carrera clínica territorial e incentivos reales de permanencia

Un incentivo aislado no sostiene permanencia. Se requiere una **carrera clínica territorial**:

- Paquete integral: vivienda, educación familiar, bonificación por permanencia, puntos para subespecialización, prioridad en concursos/ascensos, y estabilidad contractual.
- Diferenciales por grado de ruralidad y dificultad operativa.
- Condicionar incentivos a desempeño y continuidad (no a presencia nominal).

Indicador mínimo: tasa de permanencia a 24/36 meses en territorios priorizados.

6) Especialistas donde no hay: escalamiento con equipos y enfermería avanzada

En paralelo a formar más especialistas (que toma años), se debe mejorar la capacidad de respuesta inmediata:

- **Enfermería de práctica avanzada** (EPA) con roles clínicos definidos (crónicos, APS, salud mental, materno-infantil, cuidado domiciliario) y ruta de formación certificada.
- Protocolos clínicos y escalamiento a teleespecialidad cuando aplique.
- Equipos móviles regionales (UCI/urgencias/obstetricia) para territorios con baja densidad.

Resultado esperado: mayor resolutiveidad y menos derivaciones evitables mientras madura la expansión de cupos.

7) Retención y repatriación de talento: condiciones y estabilidad

- Mejorar condiciones contractuales del personal misional (formalización, pago oportuno, seguridad), porque sin eso cualquier plan de cupos se vuelve “fábrica de migración”.
- Programas de repatriación/reenganche para especialistas colombianos en el exterior con incentivos temporales y proyectos clínicos-académicos.

Gobernanza y control de captura (clave para neutralidad)

- Definir cupos e incentivos con reglas públicas y auditables, basadas en el mapa de brechas.
- Evitar que los cupos se conviertan en moneda política: el criterio debe ser carga de enfermedad, oportunidad y red.



- Transparencia de asignación: quién recibe cupos, quién recibe financiación, y dónde prestan servicio tras graduación.

KPIs 2026–2030 (medibles y publicables)

- Cupos de residencia creados por año (total y por especialidad priorizada).
- % de residentes con financiación y retorno territorial firmado.
- Nuevos campos de práctica acreditados y ratio tutor/residente.
- Reducción de tiempos de espera en especialidades críticas por región.
- Permanencia de especialistas en territorios priorizados a 24 y 36 meses.
- Aumento de resolutiveidad en APS (derivaciones evitables, urgencias prevenibles).

Adecuación curricular y estándar nacional de competencias (pregrado y posgrado)

Propósito

Reducir la variabilidad injustificada en calidad y competencias del talento humano en salud, asegurando que **médicos, enfermeras y especialistas** egresen con capacidades consistentes para operar en un sistema basado en redes, riesgo clínico, resultados y datos; y que su formación esté alineada con el **perfil epidemiológico y demográfico de Colombia**, las **políticas públicas vigentes** (rutas integrales, APS, redes) y el rol creciente de **IA y analítica** en la práctica clínica y la gestión sanitaria.

Enfoque: autonomía universitaria con “regulación por resultados”

Sin desconocer la autonomía universitaria, el Estado debe exigir **estándares mínimos verificables** y medición homogénea de competencias para proteger al paciente y garantizar consistencia del sistema. Esto se logra no imponiendo “un currículo único”, sino estableciendo:

1. **Un Marco Nacional de Competencias en Ciencias de la Salud (2030)**
 - Competencias clínicas esenciales por nivel (pregrado/posgrado) y por rol (médico general, enfermería, especialista).
 - Competencias transversales obligatorias: seguridad del paciente, ética, calidad, salud pública, trabajo en red, enfoque territorial, gestión del riesgo, y comunicación clínica.
 - Alineación explícita con cargas de enfermedad y transición demográfica (crónicos, salud mental, envejecimiento, materno-perinatal, urgencias/trauma, discapacidad y cuidado paliativo), según mapas epidemiológicos actualizados.
2. **Núcleo común obligatorio + flexibilidad universitaria**



- Definir un “**núcleo común**” **mínimo** (por ejemplo 50–60% de resultados/competencias) que todas las facultades deben garantizar.
 - Dejar a las universidades libertad sobre el resto (métodos, énfasis, investigación, electivas), preservando autonomía pero reduciendo la dispersión de calidad.
3. **Alineación obligatoria con políticas públicas y operación real del sistema**
- Currículos y campos de práctica deben demostrar coherencia con rutas integrales de atención (RIAS) y redes asistenciales.
 - Requerir evidencia de que el egresado puede desempeñarse en APS resolutive, referencia/contrarreferencia, auditoría clínica básica, prescripción segura y continuidad del cuidado.
4. **Competencias obligatorias en IA y ciencias de datos aplicadas a salud**
- Alfabetización en IA: qué puede/no puede hacer, sesgos, explicabilidad, validación, límites clínicos.
 - Uso seguro: apoyo a decisión clínica, lectura crítica de algoritmos, y trazabilidad en historia clínica.
 - Datos y privacidad: gobernanza de datos, seguridad, consentimiento, minimización y vigilancia de riesgos algorítmicos. (Colombia ya tiene marcos éticos y lineamientos para IA responsable a nivel país).
 - Nota estratégica: la IA debe enseñarse como **competencia clínica y de seguridad**, no como “programación”: el objetivo es que el talento humano sepa **usar, cuestionar y auditar** herramientas, no solo “consumirlas”.
5. **Evaluación nacional estandarizada y pública por resultados (no solo insumos)**
- Fortalecer el uso de evaluaciones externas estandarizadas (como Saber Pro en educación superior) y complementarlas con evaluación de competencias clínicas prácticas (tipo OSCE o equivalente) para salud.
 - Publicar resultados agregados por programa (con metodología justa), para que el sistema y los estudiantes conozcan desempeño real.
6. **Condicionidad regulatoria: registro/acreditación atados a desempeño**
- Programas con desempeño consistentemente bajo deben entrar a **plan de mejora obligatorio** con metas y plazos; si no cumplen, perder cupos, campos de práctica o acreditación.
 - Esto protege al paciente, al estudiante y al sistema, y reduce la “diversidad” que en realidad es desigualdad de calidad.
7. **Integración educación–servicio como contrato de país**
- Los cupos de formación (pre y posgrado) deben crecer en función de capacidad docente y red, pero también deben alinearse con brechas reales (mapa país).
 - Incentivar a IPS/ESE y redes que abran campos de práctica de calidad (tutores, simulación, tele-mentoring), porque el cuello de botella no es solo “universidad”, es **capacidad formadora**.



KPIs sugeridos (para que sea gobernable)

- % de programas alineados y certificados en el Marco Nacional de Competencias.
- Resultados agregados estandarizados por programa (incluye componentes clínicos/prácticos).
- % de egresados con competencia mínima en IA clínica y seguridad algorítmica (evaluación).
- Reducción de variabilidad entre programas (brecha entre percentiles alto/bajo).
- % de rotaciones realizadas en redes priorizadas según mapa epidemiológico-demográfico.
- Desempeño de egresados en indicadores de seguridad del paciente durante internado/servicio social (si se instrumenta).

Esto no busca “estatizar” la formación ni imponer un currículo único. Busca garantizar algo básico: **un estándar nacional de competencias verificables**, con libertad pedagógica universitaria, pero con responsabilidad frente al paciente y al sistema. La autonomía universitaria se respeta; lo que cambia es que el país deja de tolerar variaciones extremas de calidad sin medición ni consecuencias.

Eje 9: el paciente en el centro, medido con herramientas útiles

Objetivo

Pasar de “el paciente es el centro” (frase) a “el paciente define métricas” (operación).

Mecanismos

- PROMs y PREMs estandarizados en patologías prioritarias.
- Incentivos financieros por experiencia y resultados reportados.
- Portales de paciente obligatorios (acceso a su información).
- Participación con formación técnica: pacientes en comités de evaluación tecnológica con reglas claras.
- Veeduría digital con trazabilidad institucional y tiempos de respuesta.



Hoja de ruta de implementación 2026–2030 (en secuencia gobernable)

0–100 días: decisiones irreversibles

- Decreto/acto de política para “verdad financiera”: metodología, gobernanza y cronograma.
- Instalación de tablero público de oportunidad y pagos (mínimos).
- Diseño de separación de flujos (arquitectura contable/fiduciaria).
- Ruta administrativa expeditiva en Supersalud (plazos, trazabilidad, ventanilla).
- Plan nacional de interoperabilidad con cronograma y certificación.

2026–2027: estabilización y verdad

- Auditoría escalonada (80/20 → 100%) y certificación del punto inicial.
- Activación de instrumentos extraordinarios de saneamiento solo para deuda neta certificada y con condicionalidad.
- Inicio de migración hacia pagos prospectivos en canastas priorizadas, con pilotos medibles.
- Normas de portabilidad/interoperabilidad y primeras certificaciones.

2027–2029: transformación estructural

- Transición regional hacia GSV con KPIs y remuneración explícita.
- Giro directo universal con auditoría inteligente bajo debido proceso y tiempos máximos.
- Despliegue de infraestructura interoperable (multi-nube) y repositorio mínimo nacional.
- Escalamiento de GRD/PGP, bandas tarifarias, y expansión del componente de valor.

2029–2030: consolidación y valor

- Pago por resultados operando con indicadores maduros (PROMs/PREMs).
- Evaluación de impacto real de redes integradas (mortalidad evitable, reingresos, control de crónicos, acceso territorial).
- Ajuste fino de la prima integral con datos de vida real y determinantes sociales.
- Consolidación de investigación clínica y acuerdos de entrada gestionada.



Un marco para gobernar, no para polarizar

Este documento no pretende ser una promesa de campaña ni un manifiesto ideológico. Es una propuesta de **ingeniería institucional**: mecanismos, incentivos, secuencias y métricas. Reconoce fallas del mercado y fallas del Estado, y propone corregirlas con reglas, tecnología, transparencia y resultados en salud. La discusión real no es “quién tiene la razón”, sino **qué diseño permite cumplir derechos con sostenibilidad**, en un país diverso, fiscalmente restringido y con una ciudadanía que ya no acepta excusas.

El reto para cualquier aspirante a la Presidencia y su futuro ministro de Salud es simple de enunciar y difícil de ejecutar: **hacer que el sistema funcione con verdad financiera, redes resolutivas, pagos oportunos, datos interoperables y decisiones clínicas basadas en evidencia**. Todo lo demás —incluida la retórica— es secundario.

Carlos Felipe Muñoz Paredes

CEO & Fundador

www.consultorsalud.com

gerencia@consultorsalud.com



+57 317 644-1947
+57 317 323-7246



info@consultorsalud.com



Carrera 7 # 156-68, **North Point**,
Torre 3 oficina 1004. **Bogotá, D.C**

