

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS

Insumo para la candidatura presidencial · junio 2026

DECÁLOGO

Diez decisiones importantes frente al sistema de salud

El presente documento ofrece recomendaciones a través de un mapa técnico de los asuntos frente a los cuales el próximo gobierno tendrá que decidir sobre el sistema de salud. La ACHC presenta opciones para la ruta a elegir y pone sobre la mesa evidencia que informa cada decisión, el marco ACHC que la fundamenta y el indicador que permitirá saber si la decisión funciona.

Las diez decisiones están organizadas en tres marcos ACHC que articulan su agenda institucional: los Siete Propósitos Sociedad (estrategia de mediano y largo plazo), el Protocolo de Emergencia (tres acciones para la coyuntura) y la Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva (cuatro pilares para la reforma estructural). Anexo 1

Las decisiones se ordenan en tres bloques temporales: los **primeros 100 días (cinco decisiones)**, el **primer año (dos decisiones)** y el **mandato completo (tres decisiones)**. El bloque inicial concentra las medidas de estabilización financiera que materializan el Protocolo de Emergencia — restablecimiento de la confianza y Plan Extraordinario de Liquidez. El bloque del primer año despliega instrumentos como un fondo de garantías sector salud y una agenda integral para el talento humano, con efectos esperables más allá de los primeros doce meses. El bloque del mandato completo corresponde a la Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva articulada con la agenda nacional de resultados en salud y con la infraestructura regulatoria de las tecnologías sanitarias y la sustentabilidad ambiental.

Un cuarto bloque, **Horizontes heredados**, recoge dos procesos institucionales en curso cuya implementación efectiva forma parte del piso técnico sobre el cual se ejecutarán las decisiones.

PRIMEROS 100 DÍAS · Estabilizar el flujo financiero

01

DECISIÓN

Consolidar un Plan Extraordinario de Liquidez para el sector prestador

HORIZONTE	Decisión inmediata. El sector reportante a la ACHC tiene \$25,7 billones de pesos en cartera al cierre de 2025, de los cuales \$14,9 billones están en mora.
MARCO ACHC	Consolidación del tercer componente del Protocolo de Emergencia. Algunas medidas del Plan Extraordinario de Liquidez — giro directo, líneas Findeter, seguimiento a cartera — están en implementación parcial; la decisión ahora es completar el plan integral con los componentes aún pendientes: inyección de capital de emergencia, reestructuración de la deuda histórica, desinversión efectiva de reservas técnicas y destinación específica de fuentes fiscales. Sin la consolidación de este paquete como un todo articulado, las medidas aisladas no logran un efecto sistémico. Es también la condición habilitante para el Propósito Sociedad de mínimo vital para los prestadores.
EVIDENCIA	Concentración de cartera en mora con prestadores superior al 50 % durante ocho años continuos (Jun 2017 – Dic 2025); 91,1 % de las IPS reporta los retrasos en pagos como preocupación alta o crítica con el mayor consenso gremial documentado (Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025). Adicionalmente, la crisis de liquidez ya produce efectos documentados sobre la atención a la población. El análisis cualitativo de la Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025 registra que, instituciones han recurrido a cierres temporales de servicios previamente ampliados, mientras varios hospitales reportan ocupaciones de urgencias superiores al 200 %, con riesgos directos para pacientes y personal.
INDICADORES DE ÉXITO	Reducción de la concentración de cartera en mora por debajo del 45 % en 18 meses; trazabilidad pública del pago de la deuda histórica con prestadores; reversión documentable de cierres temporales de servicios en IPS que reportaron contracción de oferta por causa financiera.

02

DECISIÓN

Optimizar el proceso de giro directo de la UPC hacia los prestadores

HORIZONTE	Decisión inmediata. El giro directo opera actualmente con un piso del 80 %. La propuesta técnica de la ACHC es convertirlo en piso del 90 %, controlar la concentración de giros hacia la integración vertical, asegurar corresponsabilidad con la prestación de los servicios y eliminar variabilidad injustificable.
-----------	--

MARCO ACHC	Instrumento operacional del Plan Extraordinario de Liquidez (Protocolo de Emergencia) y, simultáneamente, mecanismo de restablecimiento de confianza — primera acción del Protocolo. Anticipa además uno de los cambios en la relación de poder que plantea la Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva: cambio de relaciones entre agentes sobre el flujo de recursos hacia quien presta el servicio.
EVIDENCIA	El mecanismo de giro directo de la ADRES ha sido un avance, pero su efectividad sigue condicionada a que las EPS autoricen o postulen los giros, lo que mantiene la discrecionalidad como punto de demora estructural y las diferencias en las asignaciones de recursos entre entidades (análisis cualitativo de la Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025).
INDICADORES DE ÉXITO	Porcentaje efectivo de giro directo a las IPS según su facturación y por encima del 90 % de la UPC en los doce meses siguientes; reducción medible de la dispersión de tiempos de pago entre prestadores, flujo constante, predecible y conforme al nivel de facturación.

03 DECISIÓN Identificar y asignar fuentes fiscales específicas para la liquidez del sector prestador — empezando por los 0,5 puntos del IVA social	
HORIZONTE	Decisión presupuestal del primer ciclo fiscal. La ACHC ha propuesto que se identifiquen y asignen fuentes fiscales con destinación específica al pago de la deuda histórica con prestadores y al apalancamiento de medidas extraordinarias de liquidez. Los 0,5 puntos del IVA social asignados a salud constituyen la fuente más inmediata y concreta, pero el alcance de la decisión incluye otras fuentes potenciales — excedentes de la ADRES, recursos del FONSAET, regalías, líneas de cooperación o impuestos saludables — cuya viabilidad dependerá de la <i>negociación</i> técnica con el Ministerio de Hacienda en el marco del nuevo gobierno.
MARCO ACHC	Pilar de financiación del Plan Extraordinario de Liquidez (Protocolo de Emergencia) y primer paso hacia el Pacto de Sostenibilidad (Propósito Sociedad 3): asegurar que el gasto público en salud cuente con fuentes trazables y establezca una senda de crecimiento sostenida en el tiempo. La destinación específica de cualquiera de estas fuentes funciona como ejercicio piloto de la formulación inteligente que propone la Ruta Lógica — recursos asignados con propósito explícito, verificables y vinculados a resultados medibles en la reducción de la deuda hospitalaria.
EVIDENCIA	Las EPS bajo medidas de intervención (Intervenidas para administrar y vigilancia especial) mantienen una mora del 65,6 % sobre \$12,6 billones. La cartera vencida sigue creciendo dado que la mayoría de EPS con y sin intervención no cumplen con los indicadores de permanencia del sistema.
INDICADOR DE ÉXITO	Al menos una fuente fiscal destinada al pago de la deuda hospitalaria formalizada en el Presupuesto General de la Nación del primer ciclo fiscal; reporte público trimestral del uso de estos recursos con trazabilidad por agente deudor y monto desembolsado a prestadores.

04 DECISIÓN Definir la postura del Estado frente a las EPS bajo medida de intervención y establecer un régimen de insolvencia específico	
HORIZONTE	Decisión política y técnica simultánea. Las EPS bajo medidas de la Superintendencia Nacional de Salud a diciembre de 2025 concentran más de \$12,3 billones de la deuda con prestadores (intervenidas para administrar). El gobierno debe decidir entre tres rutas — capitalización con compromisos verificables, liquidación ordenada o continuidad del modelo actual de intervención — y, simultáneamente, establecer un régimen de insolvencia con reglas específicas para aseguradores en salud, distintas de las normas del sistema financiero general, que defina oportunamente el procedimiento aplicable ante cualquier liquidación presente o futura.
MARCO ACHC	Conecta directamente con el restablecimiento de la confianza (primera acción del Protocolo de Emergencia) y con la transformación de roles que plantea la Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva. La forma en que se resuelva la situación de las EPS intervenidas anticipa el contenido del cambio en la relación de poder entre aseguradores, prestadores y Estado regulador. El régimen de insolvencia es el instrumento que convierte esa definición caso a caso en regla permanente: protege a la red hospitalaria frente al riesgo financiero del asegurador, garantizando continuidad de atención a la población incluso ante la liquidación de cualquiera de sus pagadores.
EVIDENCIA	La concentración de mora en estas EPS aumentó 6,5 puntos porcentuales en seis meses (59,1 % en junio 2025 a 65,6 % en diciembre 2025); su deuda total creció en \$1,4 billones en el mismo periodo. La inestabilidad de interlocución con interventores invalida acuerdos previos de manera reiterada; el 87,5 % de las IPS reporta como crítica la recuperación de cartera con EPS en liquidación, y los procesos actuales, regidos por normas del sistema financiero diseñadas para otro tipo de entidades, reducen sistemáticamente las acreencias reconocidas a prestadores (Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025; 55° Informe de Cartera Hospitalaria a diciembre 2025).
INDICADORES DE ÉXITO	Reducción de la concentración de mora de estas EPS por debajo del 55,0 % en 18 meses; régimen de insolvencia específico para aseguradores en salud adoptado normativamente con prelación reconocida a acreencias hospitalarias documentadas; protocolos de liquidación verificables y públicos antes de que se ejecute cualquier nueva liquidación. Conexión directa con la creación del fondo de garantía propuesto en la Decisión 06.

05

DECISIÓN

Actualizar la metodología de cálculo, corregir el rezago en la información con la cual se calcula la UPC y garantizar su traslado.

HORIZONTE	Decisión técnica del primer ciclo. La UPC se calcula actualmente con un rezago de información de dos años respecto de los costos reales de los servicios prestados. La ACHC propone reducir ese rezago a un máximo de doce meses y potenciar la calidad y verificabilidad de la información que alimenta el cálculo.
MARCO ACHC	Materialización directa del Propósito Sociedad 6: reconocer desde la realidad costos más transparentes y unidades de crecimiento justas que a la vez se reflejen en un mínimo vital de las IPS. La potencia económica del sistema no debe detenerse solo en el incremento del valor de la UPC reconocida a las EPS, esta debe trasladarse a los demás agentes del sistema, a contratos y remuneraciones. Un pacto social y de equilibrio al interior del sistema de salud.
EVIDENCIA	El 85,7 % de las IPS reporta el ajuste de UPC como preocupación alta; el 82,1 % reporta como crítica la falta de traslado de incrementos UPC a tarifas de prestadores (Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025).
INDICADOR DE ÉXITO	UPC 2027 calculada con rezago no superior a 12 meses y auditoría independiente; garantía del traslado de incrementos UPC a tarifas a prestadores.

PRIMER AÑO · Ajustar el motor financiero del sistema

06

DECISIÓN

Crear un fondo de garantías estructural para el sector salud

HORIZONTE	Decisión normativa del primer año. La propuesta técnica de Salud Progresiva ACHC (2022) plantea un fondo de garantías estructural que respalde el pago de acreencias hospitalarias ante cualquier liquidación, presente o futura.
MARCO ACHC	Instrumento estructural del Propósito Sociedad 6 (mínimo vital para prestadores) y soporte institucional para los cambios en la relación de poder de la Ruta Lógica. El fondo de garantías protege al prestador frente al riesgo financiero del asegurador (no es una media de rescate al asegurador). La distinción es técnica pero políticamente potente: no salva a las EPS, asegura que la red hospitalaria — pública, privada y mixta — pueda seguir atendiendo pacientes incluso ante la liquidación de cualquiera de sus pagadores.

EVIDENCIA	El 87,5 % de las IPS reporta como crítica la recuperación de cartera con EPS en liquidación; los procesos actuales se rigen por normas del sistema financiero diseñadas para otro tipo de entidades, lo que reduce sistemáticamente las acreencias reconocidas a prestadores (Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025).
INDICADOR DE ÉXITO	Fondo de garantías estructural operativo con financiamiento blindado; al menos un caso de liquidación EPS resuelto bajo el nuevo régimen con cobertura efectiva de acreencias hospitalarias documentadas; protocolo de activación replicable ante futuras liquidaciones; mecanismos de control y régimen de vigilancia que garanticen el estricto cumplimiento.

07	DECISIÓN Definir una agenda integral para el talento humano en salud
HORIZONTE	Decisión de política pública intersectorial del mandato. Colombia enfrenta un déficit estructural de fuerza laboral sanitaria que abarca formación, distribución territorial, retención, condiciones de empleo y planificación prospectiva. El país registra 24,77 médicos por cada 10.000 habitantes frente a un promedio de 45 en los países del clúster con mejores resultados en el ICRS 2026; en personal de enfermería la brecha es aún más pronunciada: 15,13 por 10.000 habitantes frente a 118 en ese mismo grupo de referencia. Los factores que alimentan esta escasez son múltiples y se refuerzan mutuamente: bajos salarios (43,9 %), migración profesional hacia mercados con mejores condiciones (43,1 %), agotamiento laboral (37,5 %), condiciones de trabajo desfavorables (29,2 %), falta de incentivos y reconocimiento (27,8 %) y una baja tasa de graduados en campos de salud que compromete la reposición generacional (15,3 %). La decisión exige articulación entre Minsalud, MinEducación, DNP, MinHacienda, universidades y gremios profesionales, con horizonte de mandato completo a fin de que se redefina la política del talento humano en salud que responda a las necesidades.
MARCO ACHC	La decisión materializa el Propósito Sociedad 2 de la Ruta Lógica: garantizar un recurso humano suficiente y altamente capacitado para el futuro del sector salud en Colombia. Este propósito se despliega en tres ejes — formación integral y desarrollo de talento, distribución equitativa y retención, y planificación estratégica de la fuerza laboral — que operan como condiciones necesarias e interdependientes. La revalorización del talento humano es, además, uno de los instrumentos centrales que sostiene la administración regulada: sin personal de salud suficiente, adecuadamente distribuido y en condiciones laborales dignas, ningún modelo institucional produce resultados.

EVIDENCIA	El ICRS 2026 aporta una jerarquía empírica clara sobre la asociación entre recursos del sistema y desempeño sanitario. De los tres recursos evaluados — personal de enfermería, personal médico y camas hospitalarias —, enfermería es el que más fuertemente se asocia con mejores resultados en salud, por encima del personal médico y, con mayor distancia aún, de la infraestructura física. El análisis de regresión jerárquica confirma este orden: una vez controlado el efecto del gasto sanitario, incorporar el personal de enfermería al modelo explicativo añade sustancialmente más capacidad predictiva que incorporar las camas hospitalarias, cuya contribución adicional es marginal. En otras palabras, la inversión en capital humano sanitario — particularmente en enfermería — discrimina el desempeño de los sistemas de salud con mayor poder que la inversión en infraestructura. En el plano nacional, la Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025 registra que el 62,2 % de las IPS percibe una disminución en la disponibilidad de médicos para contratar y el 49,3 % en enfermeras. La escasez de profesionales clínicos especializados afecta al 50 % del sector. La dimensión de talento humano ocupa el (43,2 %) del índice de preocupación global y se asocia a la restricción de liquidez que impide a las instituciones actuar sobre estos problemas, que aparecen subordinados a la urgencia financiera inmediata. La dimensión presenta, además, las brechas público-privadas más pronunciadas de todo el estudio.
INDICADOR DE ÉXITO	Incremento verificable de la dotación de personal de enfermería y cierre progresivo de la brecha frente a pares de clúster; reducción documentada de la disparidad urbano-rural en disponibilidad de personal sanitario; programa público de formación con contraprestación territorial diseñado, implementado y evaluado al cierre del mandato; línea de base y sistema de seguimiento del Observatorio de Talento Humano del Ministerio de Salud fortalecidos con indicadores de retención, migración y satisfacción laboral.

MANDATO COMPLETO · Definir la estructura del sector

Tres distinciones técnicas antes de entrar a la reforma estructural

Doble aceptación. El sistema de salud colombiano ha alcanzado avances que sería un error desconocer — cobertura del 82 %, posición 38 de 99 países en el ICRS 2026 — y simultáneamente arrastra dificultades estructurales que sería un error minimizar — \$25,7 billones en cartera con prestadores, brecha de 8,1 puntos en cobertura DPT3 frente a su clúster, 91,1 % de las IPS reportando los retrasos en pagos como preocupación crítica. Las decisiones de este bloque parten del reconocimiento simultáneo de ambas caras. No de la conformación con el *statu quo*, ni del diagnóstico de fracaso absoluto.

Cobertura pixelada. La cobertura es nominal. En la práctica, el acceso efectivo depende del lugar de residencia, de la EPS a la que se está afiliado y de la red contratada en cada territorio. Una cobertura real exige las tres dimensiones simultáneas — acceso, continuidad y coordinación — y solo así puede dejar de ser pixelada. Las decisiones estructurales de este bloque buscan que la cobertura formal se traduzca en cobertura efectiva para toda la población.

Aseguramiento no es sinónimo de EPS. El aseguramiento es un resultado sistémico que emerge de seis componentes: fuentes de financiación, ejercicios actuariales, UPC, planes de beneficios, red mixta de prestadores y entidades gestoras (EPS

y entes territoriales). Las EPS son un importante componente táctico mas no el centro estratégico. Confundir el todo con una de sus partes ha impedido durante décadas avanzar en la conversación de reforma. La pregunta técnicamente correcta debería plantear qué componente del aseguramiento requiere cuál transformación para que la cobertura deje de ser pixelada.

DECISIÓN	
08	Definir la arquitectura del aseguramiento y la asignación explícita de la gestión del riesgo en salud
HORIZONTE	Decisión estructural del mandato. La discusión nacional se ha simplificado en torno al falso dilema EPS sí o EPS no, pero desde lo técnico, esta pregunta tiene dos caras inseparables: cuál componente del aseguramiento requiere cuál transformación, y quién asume la gestión del riesgo en salud — coordinación de redes, modelos de gestión clínica, seguimiento poblacional y articulación territorial — una vez se redefine el manejo de los recursos. En la evaluación del aseguramiento es necesario definir si se transforma o elimina el riesgo financiero de las EPS. La Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva propone una administración regulada con ADRES 2.0 como acumulador de recursos, riesgos e información, junto con entidades administradoras reguladas en las que cambia la tenencia de los recursos, pero conservan funciones de coordinación, verificación, auditoría y logística — precisamente la gestión del riesgo en salud. En este punto la conversación nacional debe abordar la necesidad de nuevas fuentes de financiación que permitan incrementar el gasto sanitario total (al menos 1 punto adicional del PIB) en los próximos años.
MARCO ACHC	Núcleo de la Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva: sus cuatro pilares (formulación inteligente, definición de fronteras, transformación de roles, cambios en la relación de poder) convergen en esta decisión. La distinción entre gestión del riesgo financiero y gestión del riesgo en salud es el puente conceptual que permite preservar lo que funciona y transformar lo que falla: la ADRES 2.0 acumula recursos e información, pero no hace revisión de cuentas individual ni articula redes en territorio; las administradoras reguladas retienen funciones técnicas que ningún otro agente está diseñado para cumplir.
EVIDENCIA	El ICRS 2026 muestra que la financiación explica el 50 % de las diferencias de desempeño entre países y que la etiqueta del modelo no discrimina: catorce sistemas radicalmente distintos (Reino Unido, Cuba, Chile, Estonia, Sri Lanka, Costa Rica) comparten el clúster de desempeño de Colombia. La prioridad empírica está en cómo se gestiona cada componente, no en qué etiqueta lleva el modelo. La Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025 confirma la expectativa de reconfiguración sin diseño: los cambios en el relacionamiento con gestoras, fondo único y entes territoriales presentan la mayor brecha público-privada de toda la encuesta (42 puntos: 97 % privadas vs. 55 % públicas).
INDICADOR DE ÉXITO	Definición legislativa adoptada en los primeros dos años con asignación explícita de la función de gestión del riesgo en salud, entidad responsable y financiamiento diferenciado; cobertura efectiva (acceso, continuidad y coordinación) medible territorialmente; al menos un modelo territorial piloto con indicadores de coordinación de redes y seguimiento poblacional en operación; estabilización de la posición de Colombia en su clúster ICRS o ascenso al inmediatamente superior en la siguiente edición del índice.

09 DECISIÓN Establecer una agenda nacional de resultados en salud con metas verificables y rendición de cuentas territorial	
HORIZONTE	Decisión como objetivo de política pública sanitaria. El sistema de salud colombiano mide exhaustivamente su actividad financiera y administrativa, pero carece de una agenda explícita de resultados en salud con metas verificables, desagregación territorial y rendición de cuentas pública. El debate sectorial se concentra en la arquitectura del aseguramiento, el flujo de recursos y la reforma institucional, mientras los indicadores que reflejan el impacto del sistema sobre la vida de las personas — mortalidad evitable, cobertura efectiva de inmunización, carga de enfermedad prevenible, esperanza de vida saludable — permanecen como datos de contexto, no como objetivos de política con responsable y plazo. La decisión es si la próxima presidencia establece esa agenda como eje articulador del mandato o si continúa priorizando los indicadores de proceso sobre los indicadores de resultado.
MARCO ACHC	Núcleo del Propósito Sociedad 1: reorientar el sistema hacia indicadores de calidad de vida — más vida, mejor vida, mayor calidad de vida. Una agenda de resultados en salud materializa además el Propósito Sociedad 4 (PBS robusto y progresivo) en su dimensión preventiva, donde cada peso invertido en intervenciones de alto retorno sanitario — inmunización, atención perinatal, gestión de enfermedades crónicas — es la prueba más concreta de la agregación de valor al paciente (Protocolo de Emergencia). Es también la condición de verificabilidad para la formulación inteligente que propone la Ruta Lógica: sin indicadores de resultado medibles y trazables territorialmente, no hay forma de saber si las decisiones estructurales del mandato están funcionando.
EVIDENCIA	El ICRS 2026 identifica un patrón consistente: Colombia obtiene un puntaje compuesto de 82,95 (Clúster 8, desempeño alto), pero la desagregación por componentes revela brechas frente a sus pares de clúster en indicadores de resultado sanitario — cobertura DPT3, mortalidad neonatal, mortalidad materna, mortalidad en menores de cinco años — que contrastan con un desempeño financiero y de cobertura nominal más favorable. La naturaleza rezagada de los datos internacionales no invalida el hallazgo estructural: el sistema prioriza la medición de sus insumos y procesos sobre la medición de sus resultados en salud, lo cual impide verificar si las mejoras recientes reportadas en algunos indicadores son sostenidas, territorialmente homogéneas o coyunturales. La Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025 confirma esta lógica: el 96,4 % de los directivos prioriza liquidez y el debate está dominado por variables financieras, mientras la agenda de resultados clínicos y sanitarios queda desplazada.
INDICADOR DE ÉXITO	Agenda nacional de resultados en salud adoptada formalmente en el primer año, con al menos diez indicadores de resultado sanitario — no de proceso — con metas cuantificadas, desagregación territorial y responsable institucional explícito; sistema de reporte público semestral de avance; trayectoria verificable de cumplimiento de las metas ODS 3 pertinentes al cierre del mandato; reducción documentable de las brechas territoriales en los indicadores priorizados.

10 DECISIÓN Definir el marco regulatorio de inteligencia artificial, telemedicina y sustentabilidad ambiental como infraestructura de largo plazo del sistema de salud	
HORIZONTE	Decisión tecnológica y ambiental del mandato con efecto estructural de largo plazo. La adopción de IA en diagnóstico, gestión clínica, predicción de cartera y soporte administrativo, junto con la expansión sostenida de telemedicina, requiere un marco regulatorio claro: estándares de validación clínica, gobernanza de datos sanitarios, responsabilidad medicolegal y mecanismos tarifarios para servicios de telemedicina. Simultáneamente, la sustentabilidad ambiental hospitalaria — eficiencia energética, gestión de residuos, reducción de huella de carbono — tiene doble efecto: cumplimiento de compromisos climáticos del país y reducción de costos operativos hospitalarios en horizonte de 5 a 10 años. La decisión es si se construyen ambos marcos de forma proactiva e integrada, o si se permite que el sector adopte tecnologías sin reglas claras y aplaze indefinidamente la agenda ambiental por la presión de la coyuntura financiera.
MARCO ACHC	Expresión contemporánea del Propósito Sociedad 5: hacia un sistema integral de bienestar que amplía el horizonte de la salud, articulando atención sanitaria con servicios complementarios y con los determinantes ambientales de la salud. La telemedicina permite acercar el sistema a territorios donde la oferta física es insuficiente; la IA aplicada a predicción de cartera, gestión clínica y planeación territorial permite decidir con evidencia en tiempo real — ambas son herramientas de la formulación inteligente (Ruta Lógica). La sustentabilidad ambiental extiende el Propósito Sociedad 1 (más vida, mejor vida) hacia la salud planetaria como condición de la salud humana: el cambio climático es ya un determinante sanitario directo a través de enfermedades transmisibles, eventos climáticos extremos y migración. La integración de ambas agendas bajo una misma decisión reconoce que la infraestructura tecnológica y la infraestructura ambiental son inversiones complementarias del mismo horizonte temporal.
EVIDENCIA	El 35,7 % de las IPS reporta el uso de inteligencia artificial como preocupación, con mayor concentración en públicas (45 %) que en privadas (31,4 %); la telemedicina alcanza el 33,9 %. En sustentabilidad, el 44,6 % reporta como preocupación la inversión en eficiencia energética y 30,4 % los costos de gestión de residuos hospitalarios. Ambas dimensiones registran índices de urgencia bajos, lo cual no refleja irrelevancia sino desplazamiento por la emergencia financiera inmediata — su aplazamiento sistemático genera deuda de inversión acumulativa (Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025). La ACHC trabaja activamente en esta agenda a través de su Laboratorio Piloto de Gestión del Conocimiento Hospitalario, cuyo diagnóstico de línea base (82 IPS, 2024) encontró que solo el 32,4 % de las instituciones alcanza niveles superiores de madurez en gestión del conocimiento y que el 92,5 % enfrenta barreras tecnológicas significativas; el laboratorio ha documentado, no obstante, aplicaciones operativas de IA en diagnóstico clínico, farmacia inteligente, asignación de turnos y analítica con Power BI en instituciones que desarrollaron soluciones internas de bajo costo (Informe Toolkit Consolidado Nacional de Gestión del Conocimiento, ACHC, 2025). La preocupación moderada en ambos frentes es la oportunidad de regular antes de que la adopción cree hechos consumados.

INDICADOR DE ÉXITO	Marco regulatorio de IA y telemedicina publicado y operativo en los primeros 30 meses, con gobernanza de datos sanitarios alineada a estándares internacionales; al menos cinco aplicaciones de IA validadas clínicamente en uso en el sistema público y privado; cobertura tarifaria de telemedicina sostenible al cierre del mandato; política sectorial de sustentabilidad ambiental hospitalaria adoptada en los primeros tres años con línea de financiamiento verde operativa.
--------------------	--

Mapa consolidado de actores

Las diez decisiones del Decálogo tienen, cada una, su propio mapa de coaliciones. Consolidarlos en una sola figura permite una lectura transversal del campo institucional que la próxima presidencia tendrá que activar para ejecutarlas. La matriz cruza las diez decisiones (filas) con diez categorías consolidadas de actores (columnas) y asigna a cada cruce uno de tres niveles de involucramiento: protagonista — el actor convoca, decide y ejecuta — corresponsable — aporta capacidad técnica o normativa — o interlocutor — afectado o consultado. La codificación cromática conserva la lógica del documento: rojo para los primeros 100 días, ámbar para el primer año y verde para el mandato completo.

La figura admite dos lecturas complementarias. La lectura por filas identifica la coalición específica de cada decisión y permite anticipar la mesa técnica que habrá que convocar para resolverla. La lectura por columnas identifica la transversalidad de cada actor a lo largo del mandato — qué tan recurrente es su participación y, por tanto, qué interlocuciones requieren sostenibilidad estructural frente a aquellas que se activan solo para decisiones puntuales. El mapa no es un cronograma ni un organigrama; es un instrumento para anticipar dónde se concentra la responsabilidad institucional y dónde requerirá la nueva administración construir mayoría técnica.

Tres observaciones se desprenden de una primera lectura. El Ejecutivo de salud — Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud — aparece como protagonista en ocho de las diez decisiones, lo que confirma que cualquier interlocución sectorial debe estructurarse en torno a su capacidad operativa. La ADRES es protagonista en cinco decisiones y corresponsable en cuatro adicionales: el rediseño del operador fiscal — la ADRES 2.0 de la Ruta Lógica — es, en términos prácticos, una agenda transversal del mandato y no solo el contenido de la Decisión 8. El bloque del mandato completo dispersa los actores con mayor amplitud que los bloques anteriores; las decisiones estructurales (08 a 10) requieren coaliciones que incluyen academia, entes territoriales y sociedad civil como corresponsables, no solo como consultados — coherente con la naturaleza deliberativa de la reforma estructural.

Mapa consolidado de actores • Decálogo ACHC

Diez decisiones x once categorías de actores • por nivel de involucramiento

	Ejecutivo salud MinSalud • Supersalud	Hacienda y DNP	ADRES	Otros ministerios sectoriales	Congreso	EPS y aseguradores	Prestadores IPS • ACHC	Academia y talento humano	Entes territoriales	Información DANE • INS • OTH	Asociaciones de usuarios
01	●	●	●		○	●	●				○
02	●	○	●			●	●			○	
03	●	●	●		●	○	●				○
04	●	●	●	○	●	●	●		○	○	●
05	●	○	●			○	●	●		○	
06	●	●	●	○	●	○	●				○
07	●	●	●	●	○		●	●	○	○	○
08	●	○	●		●	●	●	○	●	○	●
09	●	○	○	○	○	○	●	●	●	●	●
10	●	○		●	○	○	●	●	○	●	○

● Protagonista
convoca, decide, ejecuta

● Nivel de involucramiento
Co-responsable
aporta capacidad técnica o normativa

○ Interlocutor
afectado o consultado

Horizonte temporal: ● Primeros 100 días

● Primer año

■ Mandato completo

Fuente: elaboración ACHC con base en los mapas de actores del Decálogo - Junio 2026

HORIZONTES HEREDADOS · Dos procesos institucionales en curso

Más allá de las diez decisiones inevitables del mandato, dos materias requieren mención explícita por su carácter de continuidad institucional. No aparecen entre las decisiones de la próxima presidencia porque son procesos ya en marcha cuya implementación efectiva forma parte del piso técnico sobre el cual se ejecutarán las decisiones del mandato. Su inclusión aquí busca evitar que la rotación de gobierno interrumpa avances que requieren sostenibilidad operativa antes que producción normativa adicional.

Sistema único de información sectorial e interoperabilidad. El sistema cuenta con procesos de interoperabilidad en distintos grados de avance —historia clínica electrónica, facturación electrónica, RIPS, FT003, RUAF, formatos territoriales— cuya consolidación bajo una arquitectura única, con estándares verificables de calidad del dato, es condición técnica de la formulación inteligente y soporte operativo de la administración regulada. Veintiocho años de medición continua de cartera por parte de la ACHC confirman que solo un sistema integrado permite trazabilidad confiable de cartera, servicios y resultados clínicos. La Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025 registra que el 48,2 % de las IPS identifica la implementación de historia clínica electrónica y facturación electrónica como preocupación alta o crítica, y el 60,7 % señala la carga administrativa por reportes; cifras que no objetan el horizonte interoperable, sino que mapean las fricciones propias de la transición —ritmos de adopción heterogéneos, capacidades desiguales y costos de ajuste no compensados— que la política pública debe acompañar con plazos diferenciados, soporte técnico a prestadores públicos y de mediana complejidad, y gobernanza de datos explícita. La presidencia entrante hereda la responsabilidad de consolidar este proceso reduciendo la carga de reporte por consolidación de fuentes —no por su multiplicación— y manteniendo trazabilidad pública de los avances.

Cumplimiento efectivo de la Circular 015 sobre integración vertical. La normativa que controla la concentración de pagos en entidades de integración vertical existe y obliga. El mensaje predominante de los directivos hospitalarios en la Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025 es que el problema no es la ausencia de normas sino la falta de cumplimiento de las existentes. Esta es, por tanto, una decisión de aplicación administrativa antes que de producción normativa: requiere capacidad sancionatoria efectiva, reporte público anual y trazabilidad verificable de los giros hacia redes de integración vertical. En consonancia con este punto, es necesaria la reglamentación y definición de los gastos de administración de las EPS (Art. 23, Ley 1438 de 2011). El cumplimiento de la Circular 015 es expresión operativa del Propósito Sociedad 7 (calidad como eje de cooperación) y de los cambios en la relación de poder que plantea la Ruta Lógica.

Lo que ofrece la ACHC

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC pone a disposición de cada candidatura presidencial la totalidad de la evidencia que sustenta estas diez decisiones, junto con los tres marcos institucionales que las articulan: los Siete Propósitos Sociedad, el Protocolo de Emergencia y la Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva. El sector prestador no aspira a definir la ruta presidencial; aspira a que las decisiones se tomen con la mejor evidencia disponible, en el marco de una visión integral del sistema y con un mapa claro de los actores con los que será necesario construir las coaliciones de implementación.

Anexos · Materiales complementarios

El presente Decálogo se acompaña, según el formato de entrega, de tres piezas que sintetizan la producción técnica de la ACHC sobre la que se sustentan estas diez decisiones. Estos materiales se entregan impresos como anexos del documento físico o se adjuntan en el envío por correo electrónico, y deben leerse como complemento — no sustituto — del Decálogo.

- **Resumen ejecutivo · Abrir el rumbo** (infografía). Trayectoria del sistema de salud colombiano, Siete Propósitos Sociedad, Protocolo de Emergencia y Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva.
- **Resumen ejecutivo · Salud Progresiva**. Documento técnico ACHC (2022) que desarrolla la propuesta de administración regulada y los cuatro pilares de la reforma estructural.
- **Resumen · Encuesta de Preocupaciones Directivas ACHC 2025**. Hallazgos principales de la consulta a 75 IPS afiliadas (40 ítems en cuatro dimensiones), con los índices de preocupación y urgencia por dimensión.

Fuentes técnicas

- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2022). Ruta lógica hacia una salud progresiva [Documento técnico interno]. ACHC.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2025). Informe Toolkit Consolidado Nacional de Gestión del Conocimiento — Laboratorio Piloto de Gestión del Conocimiento Hospitalario. ACHC.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2026a). ICRS 2026 — Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo. ACHC.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2026b). 55° Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria — Corte a diciembre de 2025. Estudios Técnicos ACHC.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2026c). Encuesta de Principales Preocupaciones Directivas en Hospitales de Colombia 2025. ACHC.
- Giraldo Valencia, J. C., Delgado, L. C., & Cuadros, J. G. (2026). Abrir el rumbo: una trayectoria para el corto y mediano plazo del sistema de salud colombiano. ACHC.

Anexo 1

Marcos ACHC y conceptos operativos · Referencia rápida**Siete Propósitos Sociedad** *(estrategia de mediano y largo plazo, Abrir el rumbo)*

1. Reorientar el sistema hacia indicadores de calidad de vida — más vida, mejor vida, mayor calidad de vida.
2. Garantizar un recurso humano suficiente y altamente capacitado.
3. Pacto de sostenibilidad: aumentar el gasto público en salud con senda creciente y trazable en el tiempo.
4. Defender un Plan de Beneficios en Salud (PBS) robusto y progresivo como fundamento del derecho a la salud.
5. Hacia un sistema integral de bienestar — ampliando el horizonte de la salud más allá del PBS.
6. Reconocer desde la realidad costos más transparentes y unidades de crecimiento justas que reflejen el mínimo vital de las IPS.
7. Establecer la calidad como eje central de la cooperación y la colaboración.

Protocolo de Emergencia *(tres acciones para la coyuntura)*

1. Restablecimiento de la confianza mediante transparencia, comunicación efectiva y cumplimiento riguroso de compromisos con usuarios y proveedores.
2. Agregación de valor al paciente — mejora de la experiencia de atención y de los resultados clínicos.
3. Plan Extraordinario de Liquidez — inyección de capital de emergencia, reestructuración de deudas y optimización de flujos de pago.

Ruta Lógica hacia una Salud Progresiva *(cuatro pilares de reforma estructural)*

1. Formulación inteligente — recursos asignados con propósito explícito, verificables y vinculados a resultados.
2. Definición de fronteras — delimitación clara entre lo que se mantiene y lo que se transforma del sistema actual.
3. Transformación de roles — redistribución de funciones técnicas entre los agentes del sistema.
4. Cambios en la relación de poder — reordenamiento del flujo de recursos hacia quien presta el servicio.

Síntesis operativa: administración regulada con ADRES 2.0 como acumulador único de recursos, riesgos e información, y entidades administradoras reguladas que conservan la gestión del riesgo en salud (coordinación, verificación, auditoría, logística) sin tenencia de los recursos.

Conceptos operativos clave

ADRES 2.0. rediseño de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que la convierte en acumulador único de recursos, riesgos e información, sin asumir revisión individual de cuentas.

Administración regulada. modelo en el que las entidades administradoras conservan funciones de coordinación, verificación, auditoría y logística — la gestión del riesgo en salud, y son remuneradas por ello, sin tener la administración total de los recursos del sistema

Doble aceptación. reconocimiento simultáneo de los avances del sistema y de sus dificultades estructurales — punto de partida del bloque del mandato completo.

Cobertura pixelada. cobertura nominal alta pero acceso efectivo desigual en función del territorio, la EPS y la red contratada. Una cobertura real exige las tres dimensiones simultáneas: acceso, continuidad y coordinación.

Gestión del riesgo en salud. función técnica distinta de la gestión del riesgo financiero — coordinación de redes, modelos de gestión clínica, seguimiento poblacional y articulación territorial.

ICRS 2026. Índice Compuesto de Resultados en Salud calculado por la ACHC para 99 países, con metodología de Análisis de Componentes Principales (75/25) y clústeres K-means.