Power Up: el presente del futuro

Pausa estratégica, tecnología, cuidado distribuido, liderazgo colectivo y expansión poblacional: la agenda pendiente del hospital colombiano

Juan Carlos Giraldo Valencia [1]
Liliana Claudia Delgado [2]

Las ponencias inaugurales de los congresos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) han sido, durante más de dos décadas, piezas de diagnóstico sectorial, prospectiva sanitaria y propuesta gremial estructurada. Cada una acuñó una metáfora que sirvió de referente conceptual: el Hospital 360° en el 2014, la Gobernanza Aumentada en el 2018, el Espacio en Blanco en el 2022, Abrir el Rumbo en el 2024. La ponencia inaugural del XVI Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas adopta la metáfora del Power UP —el momento, en el lenguaje de los videojuegos, en el que un personaje recibe un aumento de sus capacidades y puede enfrentar la partida en mejores términos—. La metáfora no es decorativa: nombra con precisión lo que el sector prestador colombiano necesita hoy, un impulso que potencie capacidades existentes y habilite un nivel de juego que antes no era posible.

Power UP es una propuesta gremial de la ACHC para los años que vienen: la posición del prestador colombiano —anclada en el 55.º Informe de Cartera Hospitalaria, la Encuesta de Preocupaciones Directivas 2025 y el ICRS 2026 sobre 99 sistemas de salud— frente al momento político que Colombia atraviesa. La serie se organiza en una arquitectura 1+4. La Pausa despliega hacia AFUERA un diagnóstico compartido y un decálogo de diez decisiones dirigidas al Gobierno electo; los cuatro poderes restantes —Aceleración, Intangibilidad, Invencibilidad y Expansión— operan desde ADENTRO y describen el ajuste operativo que el prestador puede iniciar hoy, sin esperar a que la conversación estructural esté resuelta. La aspiración que los cinco comparten es directa: potenciar lo que somos para convertirnos en lo que el sistema necesita que seamos.

"Un Power UP no mejora la misma partida. Habilita otra".

[1] Director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Médico y cirujano de la Universidad de Caldas; diploma en Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales de la CEPAL; especialista en Alta Dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP; magíster en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana; máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud de la Universidad de Barcelona.

[2] Asesora del Área de Investigación de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Economista de la Pontificia Universidad Javeriana; magíster en Cooperación Internacional al Desarrollo de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

Chequeo
Ejecutivo

Los Nogales
Clínica

Tu salud

es una de las **decisiones más**

importantes que tomas.



Realiza una valoración completa de tu estado de salud con un chequeo diseñado para priorizar tu equilibrio y bienestar.

Un servicio integral pensado para personas que valoran su tiempo y buscan **una experiencia médica ágil, humana y respaldada por tecnología.**

Plan **Esencial**	Plan **Élite**	Plan **Platino**

Vigilado Supersalud

3102151055 sólo whatsapp

chequeosejecutivos@clinicanogales.com

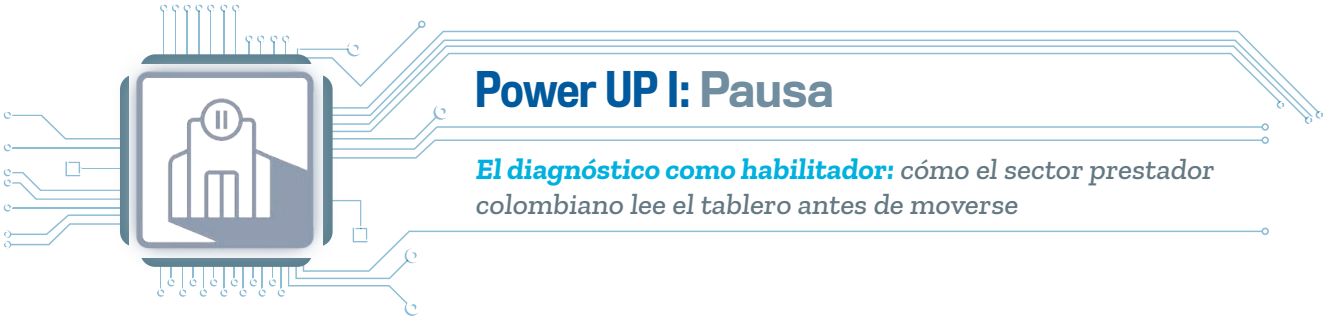
Científicamente avanzados, **humanamente cálidos.**

Contáctanos

@losnogalesclinica

IVR: (601) 5937000
www.clinicanogales.com

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.



Power UP I: Pausa

El diagnóstico como habilitador: *cómo el sector prestador colombiano lee el tablero antes de moverse*

El primero de los cinco poderes es paradójico. Cuando el debate público sobre el sistema de salud colombiano opera bajo presión permanente, la propuesta gremial inicial no es acelerar: es pausar. La distinción entre novato y experto en el mundo *gamer* aplica al hospital contemporáneo. El novato, cuando el juego se complica, presiona más botones. El experto detiene el reloj, lee el estado del sistema y decide el siguiente movimiento. La Pausa no es inacción: es la habilidad técnica que habilita el movimiento correcto.

El poder de la Pausa es la capacidad institucional de detenerse a diagnosticar dónde estamos, qué se manejó bien y qué no, con qué evidencia contamos y qué decisiones habilitan las siguientes. Su tesis central es que la coyuntura colombiana del 2026 obliga a un giro con respecto al orden que Abrir el Rumbo propuso en el 2024: no se puede llegar a lo estructural sin pasar antes por lo urgente.

1. Encuadre: invertir el orden es reconocer la realidad

La ponencia inaugural del XV Congreso de la ACHC propuso en el 2024 una secuencia de trabajo gremial en cuatro columnas: acuerdos como sociedad, aportes del sector prestador, manejo de la coyuntura y reforma estructural (Giraldo Valencia y Delgado, 2024). Dos años después, dos de aquellas columnas permanecen vigentes —los acuerdos como agenda a largo plazo y los aportes del sector como documentación sostenida de experiencias exitosas—; la tercera, el manejo de la coyuntura, quedó pendiente y hoy es la que obliga al giro.

El diagnóstico gremial del 2026 desplaza el orden. La coyuntura se ha convertido en la variable que amenaza la continuidad de la operación del sistema y la nueva secuencia es explícita: coyuntura → aportes del sector → acuerdos como sociedad → reforma estructural. La coyuntura entra primero, no como capítulo emergente sino como precondición de todo lo demás. La formulación que ordena todo lo que sigue es directa: invertir el orden no es ceder; es reconocer la realidad para llegar a lo estructural. La Pausa no renuncia a la reforma: la habilita mediante la estabilización previa de las condiciones que la hacen posible.

2. Alcance: la coyuntura tiene números y voz

La segunda operación de la Pausa consiste en documentar la coyuntura con precisión medible, integrando tres fuentes propias de la ACHC (tabla 1): el 55.º Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria con corte a diciembre del 2025 y el reporte de 232 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS); la Encuesta de Principales Preocupaciones Directivas 2025, aplicada a 75 IPS sobre seis dimensiones, y el Índice Comparado de Rendimiento de los Sistemas de Salud (ICRS) edición 2026, que la Asociación desarrolla desde el 2009 sobre 99 sistemas de salud.

Tabla 1.

Los cinco indicadores críticos de la coyuntura hospitalaria colombiana

Indicador	Valor	Lectura
Deuda total con prestadores	$25,7 billones	Crecimiento del 7,0 % entre junio y diciembre del 2025. Reporte consolidado de 232 IPS.
Cartera en mora superior a 60 días	$14,9 billones	Equivalente al 58 % de la deuda total. La proporción de cartera vencida define hoy la vulnerabilidad operativa del prestador.
Cartera concentrada en diez EPS con medida de intervención	$12,6 billones	El 70 % de la deuda total de las EPS está concentrada en diez aseguradoras bajo medida de la Superintendencia Nacional de Salud.
Morosidad de las EPS con medida de intervención	65,6 %	Aumento de 6,5 puntos porcentuales con respecto al corte de junio del 2025. La brecha se ensancha en los seis meses observados.
IPS con preocupación alta o crítica por la coyuntura financiera	91,1 %	Consenso más amplio de la Encuesta de Preocupaciones Directivas 2025. No es percepción minoritaria: es lectura compartida por la casi totalidad del sector.

Fuente: elaboración propia con base en ACHC (2026a) y Delgado (2026).

La cifra que ordena la lectura no es el monto absoluto sino la combinación de tres elementos: la deuda vencida representa el 58 % del total, la concentración en aseguradoras intervenidas alcanza el 70 % de la deuda de las entidades promotoras de salud (EPS) y el consenso gremial sobre la gravedad supera el 91 %. Leídos en conjunto configuran una amenaza a la continuidad operacional: no es una crisis futura sobre la cual advertir, es una crisis presente sobre la cual decidir.

La Encuesta de Preocupaciones Directivas permite ordenar la coyuntura con un mapa que trasciende lo financiero. Medida en índice de preocupación —proporción de directivos que reportan preocupación alta o crítica— y en índice de urgencia —proporción que reporta preocupación crítica—, la lectura por dimensión arroja: crisis financiera y sostenibilidad (78,1 % y 54,4 %), con el ítem de retrasos en pagos concentrando el 91,1 %, el mayor consenso del estudio; talento humano en salud (43,2 % y 16,1 %); infraestructura, tecnología y operaciones (41,9 % y 15,6 %); entorno regulatorio (57,1 % y 25,0 %); sustentabilidad ambiental (28,9 % y 6,9 %), la cifra más baja del mapa, y transición hacia el nuevo modelo del sistema (82,1 % y 50,9 %) (Delgado, 2026).

El hallazgo no obvio es que la principal preocupación estructural no es la crisis financiera —aunque sea la más aguda en urgencia inmediata—, sino la transición hacia el nuevo modelo. El 82,1 % de los directivos manifiesta preocupación alta o crítica por la transición, pero solo la mitad de ellos (50,9 %) la considera urgente. Esa divergencia entre preocupación y urgencia es la firma técnica de un problema estructural que aún no ha detonado su crisis operacional. La formulación que se desprende es directa: cinco de las seis dimensiones no se resuelven únicamente con flujo de caja; se resuelven con decisión.

El puente entre coyuntura y estructura lo aporta el ICRS 2026, que evalúa el desempeño de 99 sistemas de salud mediante análisis de componentes principales sobre catorce variables (ACHC, 2026b). Colombia ocupa la posición 38, con puntaje de 82,95 y clasificación en el Clúster 8. La posición sitúa al sistema colombiano en el tercio superior global —resultado que merece lectura cuidadosa cuando se contrasta con la percepción interna del sector— aunque separado por una brecha significativa del top del *ranking*.

3. Acciones: cuatro palancas estructurales

El ICRS 2026 identifica cuatro palancas del sistema colombiano frente a sus pares del clúster superior. No son las únicas variables medibles, pero sí las de mayor sensibilidad al desempeño agregado (tabla 2).

Tabla 2.

Palancas estructurales del sistema colombiano según ICRS 2026

Palanca	Brecha de Colombia frente al top	Lectura estructural
Talento humano (densidad de enfermería por 10.000 habitantes)	Colombia 15,73 (promedio Clúster 10: 109,5; razón de 1:7 con respecto al top del clúster).	La brecha más pronunciada del sistema. La densidad de enfermería es la segunda palanca operativa que más contribuye al desempeño agregado. La proyección de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anticipa once millones de trabajadores de salud faltantes al 2030.
Gasto público en salud como porcentaje del PIB	Colombia 8,1 % (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]: 9,2 %; Japón: 10,2 %; brecha estructural de 2,1 puntos porcentuales).	Equivalente a aproximadamente $46,3 billones deflactados al 2025. El pendiente es discutir el nivel estructural de financiamiento del sistema, no únicamente el valor de la unidad de pago por capitación (UPC).
Índice de cobertura efectiva de la cobertura sanitaria universal (UHC, por su sigla en inglés), indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	Colombia 82 (promedio Clúster 10: 85; brecha de 3 puntos en la escala original de la OMS [0–100]).	La cobertura efectiva estructura tres dimensiones distintas de la nominal: amplitud poblacional —quién está cubierto—, profundidad de servicios —qué se cubre— y protección financiera —cuánto se cubre por prepago frente al gasto de bolsillo—. Colombia supera en 14 puntos la media global (68) y se sitúa a 3 puntos del promedio de los diez sistemas de mejor desempeño: el margen es real pero moderado, y la prioridad está en cerrar las brechas internas de acceso efectivo.
Fortaleza institucional-correlación con desempeño del sistema	Spearman $\rho = 0{,}834$; $R^2 = 0{,}615$ (99 países). Colombia por encima de la banda predictiva del modelo.	El sistema de salud colombiano obtiene mejores resultados de los que cabría esperar dado su nivel de solidez institucional: rinde por encima de lo que el modelo predice para un país con su perfil de gobernanza. Cuando se incorpora la calidad de la gobernanza al análisis, la capacidad del modelo para explicar las diferencias entre países mejora en 15 puntos porcentuales, más que con cualquier otra variable: es el factor con mayor capacidad de mejorar el desempeño del sistema si se fortalece.

Fuente: elaboración propia con base en ACHC (2026b) y OMS (2023).

Tres de las cuatro palancas describen brechas, y cada una formula una pregunta operativa distinta. La de enfermería: con qué talento humano se prevé hacer todo lo que se está proponiendo. La de gasto público: el pendiente no es solo discutir el valor de la UPC año a año sino abrir la conversación sobre el nivel estructural de financiamiento, sin la cual las discusiones anuales serán siempre correctivas de un desequilibrio de base.

La de cobertura efectiva: los porcentajes de afiliación, cercanos al 99 %, describen la cobertura nominal —lo que desde la ACHC hemos denominado cobertura pixelada, una imagen que a distancia parece completa pero que al acercarse revela vacíos—, mientras el índice SDG 3.8.1 describe la efectiva —amplitud poblacional, profundidad de servicios y protección financiera— (OMS, 2023), de modo que la brecha de diez puntos identifica el margen real en acceso significativo, no en afiliación formal.

La cuarta palanca aporta un ángulo positivo y el hallazgo específico de esta edición. Al introducir la efectividad del gobierno en el modelo de regresión jerárquica —después de controlar por gasto, enfermería y camas—, el R^2 se incrementa en 15,0 puntos porcentuales, de 0,497 a 0,648: la contribución marginal independiente más alta de todas las variables del sistema y la única claramente significativa en el modelo final. La lectura de política es directa: un país puede gastar más y formar más profesionales, pero si la capacidad operativa de sus instituciones —la calidad de la burocracia, la continuidad de las políticas, la coordinación entre niveles de gobierno— no acompaña esa inversión, los insumos no se traducen proporcionalmente en desempeño sanitario. Colombia se ubica por encima de la banda predictiva del modelo: el sistema produce resultados superiores a los que su fortaleza institucional anticiparía.

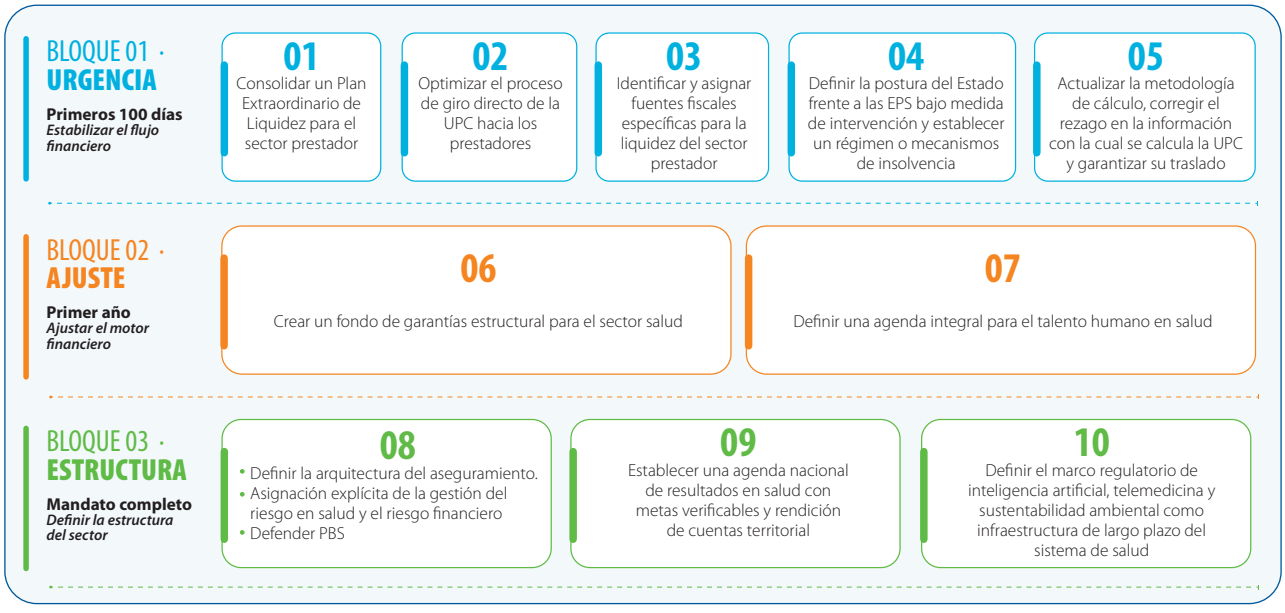
4. Impacto: atalaya y decálogo

La habilidad que la Pausa promueve es la construcción de una atalaya: un punto de observación elevado desde el cual se leen simultáneamente, no en secuencia, cinco dimensiones que operan al mismo tiempo sobre el sistema de salud: (1) la coyuntura financiera que presiona, con las cifras de la tabla 1; (2) los avances concretos del trabajo gremial sostenido —giro directo, protección de la prestación independiente, reconocimiento de anticipos y la exploración de mecanismos como la liberación de reservas técnicas, la reestructuración de pasivos y la creación de fondos de contingencia para la cartera hospitalaria—; (3) las palancas estructurales identificadas por el ICRS 2026; (4) las tendencias demográficas y epidemiológicas, con el 16,5 % de la población latinoamericana proyectada como mayor de 60 años en el 2030 y una doble carga que obliga al país a enfrentar lo infeccioso mientras lo crónico ya lo alcanzó, y (5) las megatendencias globales —once millones de trabajadores de salud faltantes proyectados al 2030, la huella ambiental del sector y el marco emergente de tratados internacionales que redefinen las reglas de la inteligencia artificial (IA) en salud, la regulación de plataformas digitales y la operación transfronteriza de servicios—. Quien no se adapta a esas reglas termina operando bajo marcos que otros diseñaron.

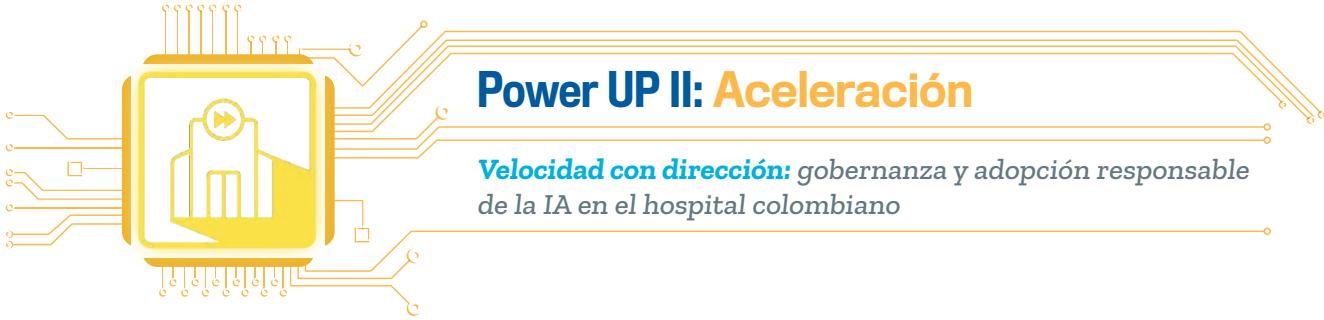
Es precisamente esa atalaya —la que aprecia la complejidad entera en lugar de atender cada urgencia por separado— la que permite proponer un orden nuevo. De esa lectura de conjunto emerge el decálogo: no una lista de buenas intenciones, sino una salida concreta, organizada en tres bloques temporales y dirigida tanto al Gobierno entrante como a la sociedad colombiana en su conjunto (ACHC, 2026c).

Figura 1.

Decálogo ACHC: diez decisiones, tres horizontes, junio del 2026



La Pausa se sitúa en el trabajo gremial de afuera hacia adentro. Los cuatro Power UP restantes se despliegan desde adentro y describen el ajuste operativo que cada IPS puede iniciar mientras el nivel estructural se decide en la conversación pública. El vínculo es explícito: la Pausa fija el diagnóstico compartido; los cuatro poderes internos habilitan el movimiento. La habilidad técnica es la misma: detenerse a leer el tablero antes de moverse.



Power UP II: Aceleración

Velocidad con dirección: *gobernanza y adopción responsable de la IA en el hospital colombiano*

En la ponencia inaugural del XIII Congreso, en el 2018, propusimos el concepto de Gobernanza Aumentada y describimos cuatro atributos aumentados —sistema de decisiones basado en IA, reconexión cognitiva, cadena de ideación e interacción extendida— que combinan las facultades humanas con las capacidades tecnológicas (Giraldo Valencia y Delgado, 2018). Entonces la IA en salud era materia de conversación prospectiva. Ocho años después, el 81 % de los médicos estadounidenses declara usarla en su práctica profesional frente al 38 % en el 2023 (AMA, 2026). La Aceleración ya no es una discusión sobre si adoptar: es una discusión sobre cómo gobernar lo que ya está adentro.

El poder de la Aceleración es la transformación del prestador mediante cambios de velocidad en la adopción de tecnología, buscando optimizar recursos y redirigiendo el curso de la institución en busca de mejores resultados. Su tesis central es que la velocidad sin dirección no es aceleración sino descontrol, y que la dirección la da el factor humano, no la tecnología.

Cada Power UP se desarrolla en cuatro momentos: el *encuadre*, que sitúa el cambio de contexto que hace necesaria la transformación; el *alcance*, que delimita actores, recursos y fronteras institucionales; las *acciones*, que traducen el diagnóstico en medidas concretas y medibles, y el *impacto*, que anticipa los efectos esperados tanto a nivel del sistema como de la institución hospitalaria. El poder de la Aceleración inicia esta secuencia.

1. Encuadre: tres elementos determinan la velocidad y uno la retarda

El primer elemento es la infraestructura tecnológica (anchos de banda, procesamiento, almacenamiento, conectividad 5G/IoT, datos en nube, robótica, impresión 3D biomédica): la avenida por donde transitan los desarrollos y la capa donde la aceleración ya ocurrió. El segundo es el ritmo de la innovación aplicada, que circula por esa avenida en forma de herramientas concretas (IA generativa, IA agentiva, edición genética, robótica clínica, realidad ampliada) a una velocidad exponencial que el dirigente hospitalario percibe de manera lineal; esa brecha entre la curva real y la percepción institucional es en sí misma un riesgo estratégico: lo que hoy parece un horizonte distante puede estar operativo mucho antes de lo previsto. El tercero es el factor humano, que no determina la velocidad sino la dirección: sin profesionales formados para integrar la tecnología, sin gobernanza del dato y sin protocolo de validación, no hay aceleración real; hay adquisición de equipos.

A los tres anteriores se suma un factor que retarda: la regulación. La percepción frecuente en el sector es que hay que esperar el decreto, el lineamiento o la resolución antes de actuar; la realidad es la inversa, porque la regulación va rezagada frente a una tecnología que se gobierna prácticamente sola. En Colombia, el CONPES 4144 del 2025 definió la Política Nacional de Inteligencia Artificial

con seis ejes y un presupuesto indicativo cercano a 479.000 millones de pesos (DNP, 2025), pero el marco específico para IA en salud sigue en construcción: la Resolución 1732 del 2026, que establece las nuevas condiciones de habilitación, no incorpora aún criterios para la validación y la supervisión de sistemas de IA clínica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2026b).

La aceleración ya está instalada

La evidencia de despliegue a escala no es prospectiva: *es retrospectiva.*

Evidencia internacional: Un estudio de mejora de calidad evaluó el efecto de un *ambient AI scribe* —sistema que escucha la consulta, la transcribe y genera la nota clínica estructurada— sobre 263 clínicos de seis sistemas de salud en Estados Unidos durante 30 días, y documentó una reducción del desgaste profesional del 51,9 % al 38,8 %, junto con menor carga cognitiva de documentación, menor tiempo de documentación fuera del horario laboral y mayor atención focalizada en el paciente (Olson *et al*., 2025). Un ensayo aleatorizado pragmático con 238 médicos de 14 especialidades confirmó que quienes usaron escribas de IA ambiental redujeron el tiempo dedicado a la escritura de notas clínicas frente al grupo de control (Lukac *et al*., 2025).

Evidencia colombiana: La Fundación Valle del Lili, en Cali, desarrolló un modelo de aprendizaje automático para predecir la inasistencia a citas de medicina interna, publicado en revista indexada, con una exactitud del 84,8 % (Ocampo Osorio *et al*., 2025). No es un piloto: es un modelo en producción, entrenado con datos del hospital. El Hospital Militar Central y LaCardio, en Bogotá, implementaron Unidades de IA Clínica con la plataforma OxLER, con una decisión que vale documentar: no arrancaron por la herramienta sino por la gobernanza: primero definieron quién es dueño del dato, cómo se protege y bajo qué reglas éticas opera el algoritmo (Prada, 2026a).

2. Alcance: cuatro frentes donde la tecnología cambia cómo trabajamos

La Aceleración no es un frente único: opera simultáneamente en cuatro ámbitos donde la tecnología modifica la práctica clínica y administrativa del hospital (tabla 3).

Tabla 3.

Cuatro frentes operativos de la Aceleración

Frente	Qué cambia	Ejemplo operativo
Analítica + IA	Identificar áreas y pacientes con mayor necesidad. Modelos predictivos.	Valle del Lili: Predicción de inasistencia con el 84,8 % de exactitud (Ocampo Osorio *et al*., 2025).
Gestión de recursos	Predicción y planificación basadas en datos. Eficiencia operacional.	*Ambient AI scribes*: Reducción de desgaste profesional del 51,9 % al 38,8 % en 30 días (Olson *et al*., 2025).
Cuidado anticipado	Identificación temprana de problemas. Planificación de servicios.	Del paradigma retrospectivo ("¿cómo nos fue anoche?") al predictivo ("¿qué va a pasar mañana?").
Biología de enfermedades	Comprensión profunda. Nuevas líneas de investigación y terapias. Nuevos protocolos o algoritmos de atención.	Modelos multimodales que integran genómica, imagen y texto clínico.

Fuente: elaboración propia a partir de Philips (2026) y Giraldo Valencia y Delgado (2018).

» **En Colombia, la fragmentación de los sistemas de información entre IPS, la calidad variable de los registros y la ausencia de un estándar nacional** de validación de algoritmos configuran un escenario donde acelerar sin gobernar puede producir más daño que la inercia.«

La actualización 2026 del Future Health Index documenta que el 65 % de los clínicos aumentó el uso de herramientas de IA, con el 46 % reportando ahorros equivalentes a más de tres semanas laborales al año (132 horas) y el 65 % mayor confianza en sus decisiones clínicas (Philips, 2026). El cambio de paradigma se expresa en una formulación directa: el director que todos los días llega y pregunta "¿cómo nos fue anoche?" opera en un paradigma retrospectivo; la Aceleración lo lleva al predictivo ("¿qué va a pasar mañana y cómo nos preparamos?"). El giro no es retórico: requiere la capa de datos, la capa de modelos y la capa de gobernanza funcionando simultáneamente.

3. Acciones: invertir con criterio, formar con profundidad, gobernar con autoridad

Las tres palancas de la Aceleración no son tecnológicas sino institucionales, y son decisiones de junta directiva, no de área de sistemas.

- *Inversión con diagnóstico previo:* Ninguna adquisición antes de definir explícitamente el problema operativo o clínico por resolver y la métrica con la que se evaluará el resultado. El indicador de madurez del método no es cuántas soluciones se adquieren sino cuántas se evalúan y descartan antes de decidir.
- *Talento humano formado para integrar, no para usar:* Sin personal formado en informática de la salud, gestión de proyectos digitales, arquitectura de datos, validación clínica de algoritmos y comunicación digital, la tecnología se queda en el cajón. Formar para integrar es distinto de formar para usar: lo segundo es un curso; lo primero es un programa. En la Encuesta de Preocupaciones Directivas 2025, la formación del talento humano digital fue señalada como una de las tres prioridades del sector prestador (Delgado, 2026).
- *Políticas internas de gobernanza de datos:* Gobernar el dato significa instalar tres controles antes de que el primer modelo entre en producción. Protección: quién accede, con qué permisos y conforme al marco de habeas data vigente. Calidad: un dato clínico incompleto, no trazable hasta su fuente o no reproducible entre sistemas no alimenta un algoritmo, lo contamina. Ética: consentimiento informado cuando los datos alimentan modelos predictivos, protocolos de detección de sesgos y reglas de transparencia sobre qué hizo el algoritmo y por qué. Los tres deben formalizarse como políticas aprobadas por la junta directiva, integrarse a los procesos de acreditación y verificarse mediante auditorías periódicas. El problema de la IA en salud sin gobernanza no es la ineficiencia: es el daño clínico silencioso. En Colombia, la fragmentación de los sistemas de información entre IPS, la calidad variable de los registros y la ausencia de un estándar nacional de validación de algoritmos configuran un escenario donde acelerar sin gobernar puede producir más daño que la inercia.

Cinco lecciones de la Aceleración

Síntesis operativa con base en AMA (2026), *Lukac et al. (2025), Lamb et al. (2026) y Siegel et al. (2025).*

1. El indicador del método es cuánto se descarta: El agente inteligente no se mide por cuántas soluciones adquiere sino por cuántas evalúa y descarta antes de decidir. Advocate Health evaluó más de 225 proyectos de IA antes de seleccionar 40. En un mercado saturado de ofertas para salud, la capacidad de decir "no" es más estratégica que la capacidad de comprar.

2. El 81 % de adopción no significa el 81 % de gobernanza: El 81 % de los médicos ya usa IA profesionalmente, pero solo el 2 % de los grandes sistemas de salud encuestados en seis países la ha desplegado en toda la organización (Siegel *et al*., 2025). La brecha entre uso individual y gobernanza institucional es donde se acumula el riesgo de *shadow AI*, que hace referencia al uso de herramientas por parte de profesionales sin conocimiento, autorización ni supervisión del área de gobernanza de datos, lo que impide auditar insumos, resultados y riesgos de las decisiones que esas herramientas informan.

3. La IA no reemplaza tiempo clínico; lo redistribuye: Los estudios sobre *ambient AI scribes* muestran reducción del tiempo de documentación, no aumento del tiempo con el paciente. La decisión de qué hacer con el tiempo liberado —más pacientes, más calidad por consulta o más tareas administrativas— es institucional, no tecnológica. Sin esa decisión explícita, el tiempo liberado se reabsorbe. Es exactamente la tensión que la Gobernanza Aumentada identificó en el 2018: la tecnología aumenta la capacidad del profesional, pero solo la gobernanza institucional determina si esa capacidad se traduce en mejor atención o simplemente en más producción.

4. Gobernar antes de implementar no frena la innovación; la hace sostenible: El Hospital Militar Central y LaCardio construyeron la estructura de gobernanza antes de cualquier despliegue algorítmico: propiedad del dato, reglas éticas y protocolo de auditoría. Ese orden es contraintuitivo en un sector que asocia innovación con velocidad, pero es el que la evidencia internacional sustenta (Prada, 2026b; Fundación Cardioinfantil-LaCardio, 2025).

5. La brecha ya no es tecnológica; es de método: Para Colombia la pregunta ya no es si tenemos la tecnología, sino si tenemos el método para integrarla y ampliarla a todos los prestadores. La tecnología está disponible en la nube, a bajo costo, con interfaces abiertas. Lo que no está disponible es el protocolo de validación clínica, el recurso humano en el área de tecnología, el marco de auditoría y la voluntad de junta directiva de invertir en gobernanza antes que en herramientas.

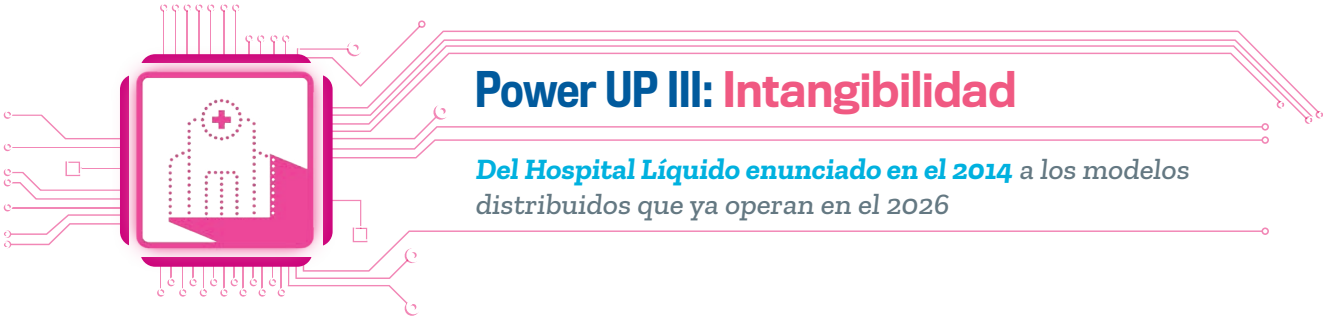
4. Impacto y caso colombiano

La urgencia se comprende mejor al observar que tres de los cuatro actores del ecosistema ya se aceleraron y el cuarto sigue percibiendo linealmente. La tecnología está acelerada y los profesionales también, con cerca del 70 % de quienes adoptaron estas herramientas haciéndolo por iniciativa propia, sin formación ni protocolo institucional (Philips, 2026); y los pacientes, por su parte, llegan acelerados a la consulta, con información clínica en el teléfono, preguntas informadas y comparación de opciones terapéuticas. Lo que queda expuesto es la brecha institucional: no es de voluntad individual sino de gobernanza de una adopción que ya ocurrió sin permiso.

Cuatro instituciones colombianas, documentadas en la edición 154 de la *Revista Hospitalaria*, constituyen la primera generación de Unidades de Inteligencia Artificial Clínica en el país (Prada, 2026a). La Fundación Valle del Lili, en Cali, opera un modelo de predicción de inasistencia a citas de medicina interna con el 84,8 % de exactitud (Ocampo Osorio *et al*., 2025): no es una prueba de concepto sino un algoritmo en producción que informa la programación diaria. El Hospital Militar Central y LaCardio implementaron la plataforma OxLER invirtiendo el orden habitual —gobernanza del dato primero, algoritmo después—: antes de desplegar definieron quién es dueño del dato, cómo se protege y bajo qué reglas éticas opera. Lo que estos casos demuestran es que la aceleración con dirección está al alcance del sector con o sin marco regulatorio nacional de IA en salud. El marco ayudaría, pero su ausencia no impide actuar.

La advertencia que acompaña a la evidencia internacional sobre *ambient AI scribes* es tan documentada como sus beneficios: estos sistemas aún inventan detalles, suavizan lenguaje clínico y requieren revisión y firma humana. Reducen carga administrativa, no responsabilidad clínica. En Colombia, donde la calidad del registro es variable y la infraestructura de historia clínica electrónica no es uniforme, su despliegue exige un estándar de validación que hoy no existe, aunque ya hay señales de mercado: empresas como Telepatía operan en el país con soluciones de documentación clínica asistida por IA, y la ACHC ha formalizado un convenio con esta compañía para facilitar el acceso de sus instituciones afiliadas a estas herramientas.

El poder de la Aceleración se sintetiza en la búsqueda de la transformación del prestador mediante cambios de velocidad en la adopción de tecnología, con el fin de OPTIMIZAR recursos, y redirigiendo el curso de la institución en pro de mejores resultados.



Power UP III: Intangibilidad

***Del Hospital Líquido enunciado en el 2014** a los modelos distribuidos que ya operan en el 2026*

En la ponencia inaugural del XI Congreso, en el 2014, recogimos el concepto de Hospital Líquido (H2O) para describir la ampliación de los ámbitos de atención más allá del edificio físico (Giraldo Valencia y Delgado, 2014). El término fue acuñado en el 2009 por el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y sistematizado desde el 2011 por Jorge Juan Fernández y su equipo (Fernández, 2012), sobre la base sociológica de la modernidad líquida de Bauman (2000). Nosotros lo trajimos al debate colombiano hace doce años como propuesta prospectiva. Hoy la infraestructura tecnológica, la evidencia clínica y los marcos regulatorios han convertido esa figura en una realidad instalada.

El poder de la Intangibilidad es la implementación de atención multimodal —el paciente atendido en presencial, remoto y domiciliario dentro de un único episodio— que produce omnipresencia sanitaria mediante sistemas de salud distribuidos y descentralizados. Su unidad operativa deja de ser la cama-día y pasa a ser el episodio de atención, con implicaciones directas sobre la arquitectura hospitalaria, los modelos de contratación, el perfil del talento humano y la relación entre prestador, asegurador y paciente.

GRUPO BIOSANO
SICMAFARMA®

El futuro de la salud comienza por garantizar lo esencial



El sistema de salud enfrenta grandes desafíos: **garantizar el acceso oportuno** a los tratamientos, fortalecer la sostenibilidad y asegurar la continuidad de la atención a los pacientes.
En este escenario, la disponibilidad de **medicamentos esenciales** y la **confiabilidad de la cadena de suministro son fundamentales.**

En **Sicmafarma**, trabajamos para contribuir al **acceso a soluciones farmacéuticas esenciales**, acompañando al sector hospitalario con conocimiento especializado, relaciones de confianza y una gestión orientada a las necesidades del mercado institucional.
Con **más de 15 años de trayectoria y presencia en Colombia y Ecuador**, reafirmamos nuestro compromiso con las instituciones de salud y los actores del sistema, **convencidos de que el futuro también depende de garantizar aquello que no puede faltar.**



Sicmafarma

#CuidamosLoEsencial

Comprometidos con el acceso a medicamentos esenciales y un suministro confiable para el sector hospitalario.

Síguenos en nuestras redes sociales:
SICMAFARMA S.A.S.
@sicmafarma_sas

www.sicmafarma.com.co

ventas@sicmafarma.com

1. Encuadre: por qué ahora y qué ya opera

La Intangibilidad más que a una moda tecnológica responde a una realidad demográfica, epidemiológica y financiera que hace del modelo centrado en el hospital un diseño insuficiente para el volumen y el perfil de demanda que Colombia ya enfrenta. En el 2025, el 15,4 % de la población colombiana era mayor de 60 años (8,17 millones de personas). El índice de envejecimiento, que mide cuántas personas mayores de 65 años hay por cada 100 menores de 15, pasará de 93 en el 2025 a más de 200 hacia el 2055, lo que significa que los adultos mayores duplicarán a la población infantil. Hacia el 2070, uno de cada tres colombianos superará los 75 años; Colombia envejecerá a un ritmo más acelerado que el que registró Japón, sin haber completado antes la transición hacia sistemas de cuidado de larga duración equivalentes (DANE, 2025). El 45,5 % de las personas con enfermedad crónica diagnosticada son ya mayores de 60 años, en un país que no completó la transición epidemiológica antes de asumir la crónica. El cruce de esa presión con la financiera documentada en la Pausa hace difícil sostener inversiones sin retorno operativo temprano y aumenta el atractivo de modelos que liberan capacidad hospitalaria sin exigir infraestructura física adicional. Esto hace de la Intangibilidad una necesidad operativa y no solo una opción estratégica. La atención distribuida se materializa hoy en cuatro modelos operativos que conviven en los sistemas maduros (tabla 4).

Tabla 4.

Cuatro modelos de atención distribuida que ya operan

Modelo	Qué es	Estado en Colombia
Monitorización remota	*Wearables* (dispositivos electrónicos que se portan), sensores domésticos y plataformas de alertas en tiempo real. En Estados Unidos, 398 hospitales en 39 estados habían recibido a abril del 2025 la exención (*waiver*) de los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).	Categorías definidas por la Resolución 1644 del 2026, con telemonitoreo entre ellas. Su uso es creciente en instituciones de alta complejidad: la Fundación Clínica Shaio opera desde el 2020 el programa Sensórica de telemonitoreo remoto cardiovascular y lidera SaludTIC, un proyecto con el Ministerio TIC que monitorea en tiempo real trece indicadores de salud con IA en hospitales de regiones apartadas, posicionándola como el primer centro médico de América Latina en implementar este tipo de programa (MinTIC, 2024).
Atención virtual	Consulta extendida mediante video y chat asincrónico. El 65 % de los clínicos aumentó el uso de IA en su práctica y el 46 % reporta ahorros de más de tres semanas laborales al año (Philips, 2026).	Institucionalizada en varias IPS de alta complejidad. La Resolución 1644 del 2026 regula su prestación y la Resolución 1732 del 2026, su habilitación.
Hospitalización domiciliaria	Atención de nivel hospitalario en el hogar del paciente. Reduce mortalidad, uso de cuidados intensivos y complicaciones asociadas al hospital frente a la modalidad intramural.	Operación en más del 80 % del territorio nacional; ahorros hasta del 45 %; un 74 % menor probabilidad de infecciones nosocomiales (Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria. ACISD, 2025).
Omnicanal	Integración de atención presencial, remota y domiciliaria en un único expediente y episodio. El paciente transita entre modalidades sin fragmentar la información clínica.	Modelo menos desarrollado. Depende de la interoperabilidad efectiva instalada regulatoriamente en el 2025 (Resolución 1888 del 2025).

Fuente: elaboración propia con base en Kelly (2025), Philips (2026), ACISD (2025) y Ministerio de Salud y Protección Social (2025b, 2026a, 2026b).

La consolidación de la modalidad domiciliaria está sustentada por evidencia reciente y de gran escala: un estudio sobre 15.871 beneficiarios de Medicare emparejados por características clínicas documentó mortalidad intrahospitalaria del 0,4 % en el grupo domiciliario frente al 3,6 % en el tradicional y menor escalamiento a cuidados intensivos (3,5 % frente al 7,9 %) (Vakkalanka *et al.*, 2026). Otro

estudio en el Reino Unido con 2.905 episodios documentados entre el 2021 y el 2024 arrojaron reducción de estancia cercana a tres días, reduciendo el costo por día-cama en el 80 % en comparación con el hospitalario tradicional (Shaw *et al*., 2026).

» En infección urinaria complicada, la atención domiciliaria de nivel hospitalario tuvo menor costo por día y costos totales similares a los de la atención intrahospitalaria. «

La evidencia colombiana es aún incipiente pero está creciendo, y es la que debe orientar la conversación sectorial local. Un estudio de costos con cohortes retrospectivas del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá comparó 239 pacientes con infección urinaria complicada que finalizaron su atención de manera intrahospitalaria con 68 atendidos en el servicio de atención domiciliaria de nivel hospitalario. No encontró diferencias significativas en mortalidad a 30 días (el 2,1 % intrahospitalario frente al 5,9 % domiciliario; $p = 0{,}114$) ni en reingresos no programados (el 11,7 % frente al 13,2 %; $p = 0{,}679$). El costo por día fue menor en la modalidad domiciliaria ($554.685 frente a $756.100; $p < 0{,}001$) y, en el modelo ajustado, el de la atención intrahospitalaria resultó un 20,4 % mayor ($p = 0{,}039$). Los costos totales fueron similares ($9.558.334 en la domiciliaria frente a $8.767.141 en la intrahospitalaria; $p = 0{,}112$), con un tiempo total de atención más prolongado en la cohorte domiciliaria (mediana de 17 frente a 12 días; $p < 0{,}001$). Los autores concluyen que la modalidad domiciliaria reduce el costo por día, con costos totales similares, y que sugiere ser segura (Lombo Moreno *et al*., 2023). La lectura para el sector es que su ventaja económica neta depende de optimizar la duración de la atención. En el ámbito oncológico, el Instituto Nacional de Cancerología opera atención domiciliaria desde hace más de una década, y la Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (ACISD) anunció la construcción de una hoja de ruta nacional para la quimioterapia domiciliaria (ACISD, 2025). En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud publicó en abril del 2025 el Lineamiento Técnico-Operativo SDS-GTS-LN-002 para la hospitalización en modalidad extramural domiciliaria, complementado por la Circular 009 del 2025: el primer estándar territorial explícito sobre la modalidad en Colombia y referente para otros entes territoriales (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2025). En el ámbito gremial, la ACHC inició un piloto con instituciones domiciliarias en el marco del Galardón Nacional Hospital Seguro, para calibrar los estándares de seguridad del paciente en el domicilio; una señal de que la infraestructura de calidad del sector empieza a reconocer que la seguridad del paciente no termina en la puerta del hospital.

El modelo omnicanal, por su parte, depende de una condición que solo empezó a instalarse regulatoriamente en el 2025: la interoperabilidad efectiva de la historia clínica entre instituciones. La Ley 2015 del 2020 estableció el marco de la Historia Clínica Electrónica Interoperable y la Resolución 1888 del 2025 la operativizó mediante el Resumen Digital de Atención en Salud (RDA), con implementación obligatoria a partir de abril del 2026 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025b). La Intangibilidad deja de ser, en este sentido, una discusión sobre telemedicina y pasa a ser una discusión sobre gobernanza del dato clínico entre ámbitos.

2. Alcance: tres transformaciones simultáneas

Reducir la Intangibilidad a un componente tecnológico es la lectura más superficial y la más frecuente. La transformación es simultánea en tres dimensiones que interactúan entre sí (tabla 5).

Tabla 5.

Tres transformaciones simultáneas que la Intangibilidad exige

Dimensión	Modelo tradicional	Modelo distribuido
Modelo de atención	Centrado en el hospital físico. Camadía como unidad económica de contratación y medición.	Extendido en territorio y hogar. Episodio de atención como unidad económica, independiente del ámbito físico.
Relación con el paciente	El paciente acude (evento puntual); expedientes fragmentados entre instituciones y ámbitos.	El paciente es acompañado continuamente (continuum y contiguum asistencial); datos en flujo compartido.
Trabajo clínico	Roles fijos (sincronía); equipos colocalizados en la misma unidad física.	Roles nuevos (equipos distribuidos); sincronía y asincronía simultáneas.

Fuente: elaboración propia con base en Shi *et al*. (2024).

La transición cambia la unidad económica al episodio de atención: el conjunto integrado de servicios que el paciente recibe en torno a un problema clínico, con independencia del ámbito físico. La referencia internacional más reciente es el *Transforming Episode Accountability Model,* obligatorio desde enero del 2026 para 741 hospitales estadounidenses, que sustituye el pago por servicio por un pago agrupado cubriendo la cirugía y los treinta días posteriores al alta (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024). Para Colombia es un norte, no una plantilla trasplantable: ilustra que el episodio puede ser la unidad económica de contratación cuando existe infraestructura de datos que permita medirlo, y que la modalidad domiciliaria deja de ser un centro de costo separado para convertirse en un componente del mismo episodio.

En el modelo tradicional el paciente acude, recibe atención y regresa, y el expediente se fragmenta por episodios inconexos; en el distribuido los datos fluyen entre dispositivos personales, plataformas de telemonitorización, registros clínicos y equipos asistenciales. Nombramos ese cambio como *contiguum* asistencial en la ponencia Espacio en Blanco de 2022 (Giraldo Valencia y Delgado, 2022): el término proviene de la asistencia humanitaria internacional, donde surgió en los años noventa como alternativa al modelo lineal de *continuum*, y lo adaptamos a la atención en salud porque, a diferencia del *continuum* —que implica secuencia temporal ordenada—, el *contiguum* admite la superposición simultánea de ámbitos que la Intangibilidad produce. La primera revisión sistemática del campo identificó que lo que más varía entre modelos exitosos y fallidos no es la tecnología, hoy disponible en el país, sino la reorganización del trabajo clínico y la definición del perfil profesional (Shi *et al*., 2024).

3. Acciones: lo que el sector prestador puede impulsar

La revisión Cochrane sobre hospitalización domiciliaria de admisión evitada marcó un giro en la agenda del campo: la evidencia de efectividad clínica y costo-efectividad ya está establecida; lo que falta son estrategias de implementación y escalamiento (Edgar *et al*., 2024). La agenda del sector prestador colombiano no requiere, en consecuencia, probar que la Intangibilidad funciona, sino resolver cómo se implementa a escala. Tres movimientos la definen:

- *Rediseñar los espacios, elegir un modelo operativo y transformar la mentalidad institucional.* El primer movimiento no es tecnológico sino arquitectónico y organizacional: áreas modulares adaptables, espacios equipados para telemonitorización y puertas de entrada digitales distribuidas en la comunidad como nodos periféricos de la red. La decisión determinante es el modelo operativo: el geográfico tradicional exige que el paciente resida cerca del hospital y es simple en lo regulatorio pero limitado por la geografía; el *hub-and-spoke* con centro de comando virtual

separa la supervisión clínica de la ejecución presencial y contrata localmente los servicios que exigen desplazamiento al domicilio (Maniaci *et al*., 2023), lo que ofrece a prestadores multirregionales una vía de escalamiento que el primero no permite. En cualquiera de los dos, la inversión en plataformas debe priorizar la conexión con el RDA, el estándar de interoperabilidad de historia clínica electrónica que el Ministerio de Salud y Protección Social está desplegando en el país: sin esa conexión, el expediente del paciente domiciliario queda aislado del resto de la red asistencial. Pero ni la mejor plataforma ni el modelo más sofisticado funcionan sin un cambio previo de mentalidad: directivos, equipos clínicos y áreas administrativas necesitan abandonar la lógica de que atender es sinónimo de tener al paciente dentro del edificio. El *mindset* del hospital sin paredes parte de una premisa distinta —el hospital no es un lugar, es una capacidad— y esa transición cultural es, en la práctica, la barrera más subestimada y la palanca más determinante del despliegue.

» **El mindset del hospital sin paredes parte de una premisa distinta** –el hospital no es un lugar, es una capacidad– y esa transición cultural es, en la práctica, la barrera más subestimada y la palanca más determinante del despliegue. «

- *Formalizar la hospitalización domiciliaria en todas las complejidades.* La agenda gremial más consolidada en Colombia la construye ACISD, que formalizó el objetivo de una hoja de ruta nacional adaptada al contexto colombiano (ACISD, 2025). En paralelo, Hurtado y Castellanos Ramírez (2025) plantearon en la edición 154 de esta revista cinco pasos para su integración a las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud: consolidar evidencia local de impacto clínico y económico, incluir el modelo como componente estructural en la planificación de redes, promover alianzas entre prestadores y aseguradores, actualizar la normativa para habilitar servicios de mediana complejidad en modalidad extramural y formar talento humano para atención en el domicilio. A esas cinco condiciones se suma una definición pendiente en el nivel nacional: la clasificación del prestador domiciliario en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y su ubicación dentro de las redes territoriales. Esa formalización exige del sector intrahospitalario una revisión de cómo percibe a las instituciones de atención domiciliaria. Durante años la relación operó bajo un supuesto implícito: lo domiciliario era un complemento de lo hospitalario, o a lo sumo un suplemento para descomprimir la capacidad instalada. La evidencia acumulada obliga a una reclasificación: las instituciones de atención domiciliaria son pares del prestador intrahospitalario, no auxiliares. La advertencia estratégica es directa: si el sector intrahospitalario continúa tratando lo domiciliario como suplemento prescindible, las instituciones domiciliarias tienen la trayectoria, la evidencia y —progresivamente— el marco regulatorio para convertirse en sustituto. La progresión complemento → suplemento → sustituto no es una amenaza retórica; es la dinámica que la evidencia internacional documenta en los sistemas donde la hospitalización domiciliaria alcanzó escala sin que el sector intrahospitalario la integrara a tiempo.

- *Formar el profesional que hoy no existe en la nómina.* El hospital necesita un profesional que opere en presencial, remoto y domiciliario con la misma solvencia clínica. La experiencia internacional identifica la búsqueda de personal idóneo

—particularmente de enfermería— como el reto principal incluso en sistemas con recursos abundantes, y estructura la respuesta en cuatro perfiles: enfermero de visita domiciliaria, enfermero de comando o telemonitorización, médico comunitario y proveedor de práctica avanzada para la supervisión clínica. Ninguna universidad colombiana forma hoy este perfil a la escala requerida, y su cierre exige acuerdos entre el sector prestador, las facultades de medicina y enfermería y el Ministerio de Educación Nacional, con horizonte de al menos cinco años. La brecha formativa es el cuello de botella más significativo para el despliegue de la Intangibilidad en el sistema colombiano, y a ella se suma una revisión pendiente del modelo de contratación clínica interno: reconocer la sincronía y la asincronía como modalidades legítimas de prestación exige instrumentos de evaluación y esquemas de remuneración adaptados a cada una.

Cinco lecciones de la implementación internacional

Síntesis operativa con base en Purarjomandlangrudi et al. (2025), *que identificó 42 lecciones en 16 estudios de implementación, y de McGlen et al. (2026) sobre ocho servicios del National Health Service (NHS) de Inglaterra.*

1. Identificar al paciente correcto es más difícil que atenderlo. La analítica que identifica candidatos elegibles desde la admisión hospitalaria es más determinante que la tecnología de monitoreo remoto. Los sistemas que resolvieron el cuello de botella lo hicieron con algoritmos que revisan admisiones en tiempo real y con una persona dedicada a explicar el programa al paciente. Sin analítica de identificación, el programa opera al ritmo de las referencias voluntarias del médico hospitalario, insuficiente para alcanzar masa crítica.

2. Ganar al médico hospitalario es más determinante que la infraestructura. El hospitalario es quien refiere pacientes al programa; sin su respaldo activo el volumen no despega. La solución documentada consiste en incrustar proveedores de práctica avanzada del programa domiciliario dentro del hospital y realizar visitas presenciales a los servicios de urgencias. La aceptación clínica interna es la variable individual que más determina el volumen de referencias, por encima de la tecnología y del contrato con el asegurador.

3. Contratar la logística domiciliaria, no construirla. Los programas más escalables contratan los servicios presenciales en el domicilio —transporte, dispositivos, suministros, medicamentos— con proveedores especializados en cada zona geográfica, en lugar de operarlos internamente. Esto reduce costos fijos, libera al hospital para concentrarse en la operación clínica y separa la escalabilidad del alcance geográfico de las visitas propias.

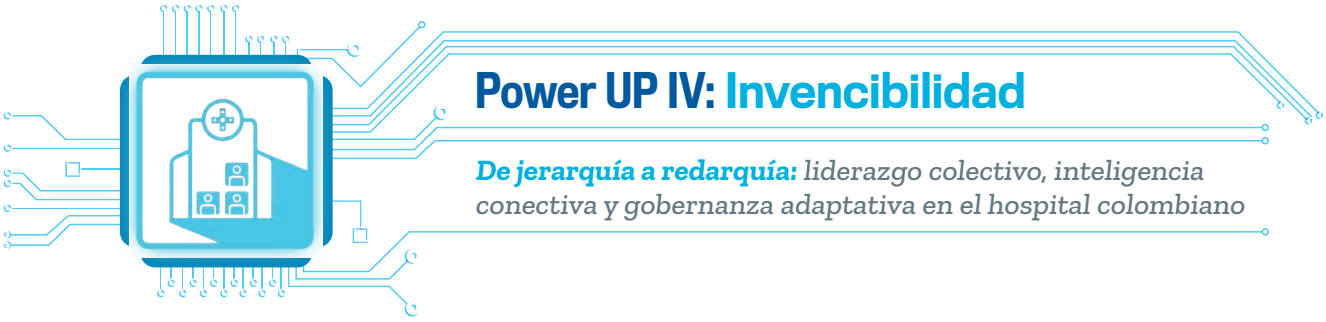
4. El centro de comando funciona con menos personal del esperado. Un centro virtual puede atender 150 pacientes con 20 clínicos: la operación remota es notablemente más eficiente en persona que la presencial equivalente. Este es el argumento de escalabilidad que hace posible el modelo hub-and-spoke y el que permite a un solo prestador atender territorio disperso sin replicar infraestructura hospitalaria.

5. La equidad no viene incluida en el modelo. La adopción de atención virtual es más baja en zonas rurales y en pacientes de menores ingresos. En Colombia, la brecha de conectividad y la inestabilidad habitacional pueden convertir la Intangibilidad en un servicio para quien ya tiene acceso, si el diseño no compensa activamente. Las decisiones de qué patologías cubrir primero, en qué territorios operar, con qué mecanismos de subsidio y con qué kit tecnológico entregado no son técnicas: son decisiones de equidad.

4. Impacto y caso colombiano

Sobre la base de la evidencia consolidada de ensayos aleatorizados que comparan atención virtual con hospitalización convencional (Malhis *et al*., 2026), la Intangibilidad amplía el acceso de grupos desfavorecidos y zonas rurales, reduce hospitalizaciones evitables en enfermedad crónica, mejora el uso de la capacidad instalada y la experiencia de pacientes y profesionales, y sostiene la continuidad en todas las etapas del episodio. El contraste entre la evidencia colombiana y la británica orienta la agenda local. El estudio del Hospital Universitario San Ignacio sugiere que, en infección urinaria complicada, la atención domiciliaria de nivel hospitalario es segura, tiene un menor costo por día y requiere un tiempo total de atención más prolongado que la intrahospitalaria; el del NHS muestra estancias tres días más cortas (Lombo Moreno et al., 2023; Shaw *et al.*, 2026). Una lectura posible es que el modelo evaluado en Colombia está orientado a completar el episodio en casa, mientras el británico lo está a acortar el episodio total. La diferencia no es tecnológica: es de gobernanza clínica y de definición de los umbrales de egreso hacia el domicilio. Y es exactamente el tipo de evidencia que la agenda propuesta por ACISD (2025) y por Hurtado y Castellanos Ramírez (2025) señala como prioritaria consolidar.

El poder de la Intangibilidad se sintetiza en una frase: implementación de atención multimodal, logrando la OMNIPRESENCIA mediante sistemas de salud distribuidos y descentralizados, basados en esquemas híbridos de atención.



Power UP IV: Invencibilidad

De jerarquía a redarquía: *liderazgo colectivo, inteligencia conectiva y gobernanza adaptativa en el hospital colombiano*

En la ponencia inaugural del XIII Congreso, en el 2018, propusimos el concepto de *humanismo aumentado*, en el marco de la gobernanza aumentada, para nombrar una forma de liderazgo hospitalario que combinaba las facultades humanas —criterio clínico, juicio ético, capacidad relacional— con las capacidades tecnológicas emergentes (Giraldo Valencia y Delgado, 2018). El debate se organizaba entonces en torno a la individualidad del líder aumentado. Ocho años después, la evidencia acumulada obliga a un desplazamiento: la unidad de análisis del liderazgo hospitalario ya no es el individuo aumentado, sino el colectivo conectado.

El poder de la Invencibilidad es la construcción deliberada de *capacidad directiva instalada* —término que proponemos como concepto propio para nombrar una cualidad estructural del hospital, no un atributo personal de su gerente— mediante tres movimientos simultáneos: el reemplazo de la decisión concentrada por la decisión distribuida, la sustitución del líder-estrella por la inteligencia conectiva del equipo y la sustitución de la rigidez normativa por la gobernanza adaptativa. Su tesis central es que la invencibilidad institucional no se compra ni se contrata afuera: se construye adentro, redistribuyendo el poder de decidir.

1. Encuadre: jerarquía y redarquía coexisten

La conversación sobre liderazgo hospitalario en Colombia durante

> **» Una institución que declara redárquica su cultura sin haber instalado mecanismos concretos opera,** en realidad, con la misma jerarquía de siempre revestida de vocabulario nuevo.**«**

dos décadas ha girado alrededor de un supuesto implícito: la calidad de la institución depende, en última instancia, de la calidad del gerente. Ese supuesto sostiene el diseño de las juntas directivas, los procesos de selección gerencial y los sistemas de rendición de cuentas del sector. La evidencia contemporánea lo pone en duda (Dewar *et al*., 2022): por sólida que sea su formación, ninguna persona concentra las competencias que hoy exige la gerencia hospitalaria en simultáneo.

El desplazamiento no es de la jerarquía a otra cosa; es de la exclusividad de la jerarquía a la coexistencia entre jerarquía y redarquía. El término, sistematizado en el ámbito iberoamericano por Ignacio Fernández (2024), designa una estructura horizontal en la que la decisión se distribuye según competencia y momento, y no según posición nominal. La jerarquía sigue siendo eficaz para tareas estables y conocidas —la firma de un contrato, la aprobación de un presupuesto—; la redarquía lo es para la complejidad y la novedad —la respuesta a un brote, el diseño de un nuevo modelo asistencial, la integración de una tecnología emergente—. Una institución que declara redárquica su cultura sin haber instalado mecanismos concretos opera, en realidad, con la misma jerarquía de siempre revestida de vocabulario nuevo.

La literatura biomédica de los últimos cinco años documenta con creciente precisión la relación entre estructura de liderazgo, seguridad psicológica y seguridad del paciente (Montgomery *et al*., 2025). La seguridad psicológica —la creencia compartida de que el equipo es un espacio seguro para asumir riesgos interpersonales— opera como mecanismo intermedio entre estructura organizacional y desenlace clínico, y funciona como recurso duradero incluso bajo restricción operativa severa (Bahadurzada *et al*., 2024), hallazgo relevante para un sector que enfrenta a la vez presión financiera, escasez de personal y cambio regulatorio. Del lado de la arquitectura organizacional, el marco de la Organización Sanitaria Adaptativa identifica siete capacidades centrales, entre ellas la decisión distribuida, la comunicación abierta entre unidades y el aprendizaje rápido a partir del error (Carter y Burke, 2023).

Colombia dispone, además, de un cuerpo normativo que enmarca la gobernanza institucional del sector y que rara vez se lee como precondición de la Invencibilidad: la Circular Externa 003 del 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud sobre Código de Conducta y Buen Gobierno Organizacional bajo el principio "cumpla o explique"; la Resolución 1440 del 2024 sobre estatutos de contratación de las Empresas Sociales del Estado (ESE), y el Decreto 858 del 2025, que consagró la gobernanza participativa multinivel como principio operativo del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025a). El marco existe. Lo que se discute aquí no es si es necesario construir esa arquitectura, sino con qué método hacerla operacional.

2. Alcance: del YO al CO

El alcance de la Invencibilidad se despliega en dos movimientos que reorganizan la cabeza institucional del hospital y comparten una operación gramatical: el desplazamiento del YO al CO (COlaboración, COincidencia, COordinación e inteligencia COnectiva).

El primer aspecto cambia el balance entre humanidad y tecnología, de una adopción lineal dirigida por el área de sistemas a una en que la voz clínica participa desde el diseño; el segundo cambia el liderazgo, de la decisión unipersonal con información centralizada a una red interna donde el conocimiento es compartido y la decisión se distribuye por competencia y momento. La formulación expresa una arquitectura emergente humano-agentiva en la que las decisiones no salen de una persona sino de un tejido relacional que integra humano, equipo e IA.

» **La formulación que aporta la Unidad Clínica de Inteligencia Artificial de la Fundación Cardioinfantil-LaCardio lo sintetiza:** la IA no viene a sustituir al médico ni a reducir el encuentro humano; viene a darle más herramientas «

El primer movimiento refina la tesis de que la adopción tecnológica sin dirección humana produce descontrol, pues no basta con que la institución tenga profesionales formados; se requiere que la voz clínica participe en el diseño de las decisiones tecnológicas desde el momento cero, no como validador tardío. La formulación que aporta la Unidad Clínica de Inteligencia Artificial de la Fundación Cardioinfantil-LaCardio lo sintetiza: la IA no viene a sustituir al médico ni a reducir el encuentro humano; viene a darle más herramientas para tomar mejores decisiones, anticiparse al riesgo y cuidar con mayor precisión (Cabrera, 2026). El mismo autor identifica seis condiciones que la integración real de la IA en el flujo clínico exige: procesos revisados, equipos entrenados, interoperabilidad de datos, infraestructura robusta, liderazgo clínico y un ecosistema país que articule academia, industria y Gobierno; sin voz clínica en la mesa de decisión tecnológica, ninguna de las otras cinco se sostiene.

El segundo movimiento reemplaza al líder-estrella por la inteligencia conectiva. El mayor riesgo institucional del hospital colombiano contemporáneo no es la incompetencia del líder, sino la excesiva dependencia de este: cuando la calidad de la operación depende del criterio de una sola persona lo que se pierde si esa persona se va, se enferma o se agota no es un cargo; es la capacidad de decidir. La inteligencia conectiva propone instalar mecanismos que produzcan capacidades superiores a la suma de las partes porque se cuida el tejido relacional que las conecta: reuniones que permiten disenso, sistemas de información compartidos, gobernanza de datos común, protocolos de decisión que incorporan múltiples miradas.

La evidencia empírica reciente lo confirma: un estudio sobre más de 2.000 casos clínicos simulados encontró que los colectivos híbridos humano-IA superaron a médicos individuales, a modelos de lenguaje solos y a colectivos homogéneos, particularmente en preguntas diagnósticas abiertas y complejas, porque la IA y la experticia humana cometen errores de naturaleza distinta (Zöller *et al*., 2025). En el vocabulario que proponemos para el debate sectorial colombiano, la COinteligencia hospitalaria integra el marco conceptual de asociación humano-IA sistematizado por Mollick (2024) y esa evidencia sobre inteligencia colectiva híbrida, y les suma una dimensión que ninguno de los dos desarrolla: la institucional. La COinteligencia hospitalaria opera cuando la inteligencia individual del profesional, la inteligencia colectiva del equipo clínico y la IA funcionan como un sistema conjunto de análisis y decisión —no como capas independientes ni como sustitutos secuenciales—, y esa arquitectura queda instalada como práctica organizacional, no como iniciativa personal.

3. Acciones: cuatro movimientos concretos

Confianza operativa y equipos que aprenden. El primer movimiento es cultural y exige acción diaria de la dirección: el aumento del reporte voluntario de eventos adversos, cuasieventos, riesgos e ideas de mejora. El punto de partida es el diagnóstico honesto: en la mayor parte de hospitales colombianos los profesionales asistenciales sobreestiman los errores propios y subestiman los aciertos, y ese sesgo alimenta el miedo a reportar.

La cultura del reporte se construyó durante años sobre una premisa necesaria: errar es humano. Esa premisa abrió la puerta a que los profesionales levantaran la mano sin miedo a la represalia, y su consolidación es un logro institucional que no debe subestimarse. Pero la confianza operativa que la Invencibilidad requiere exige un paso más: reconocer que acertar también es humano. El giro no es retórico; es el mecanismo que transforma la cultura del reporte en cultura de la decisión. Si lo primero es que el profesional levante la mano para reportar un error, lo segundo es que la levante para decidir: proponer una solución, asumir una responsabilidad clínica en su nodo, corregir un proceso sin esperar la instrucción superior.

Decisión distribuida y reducción del tiempo decisional: el segundo movimiento es estructural, puesto que reemplaza el patrón "todo sube al director" por "decide quién sabe". El indicador operativo es el tiempo decisional, el transcurrido entre la identificación de una decisión necesaria y su ejecución. La estructura jerárquica maximiza la coherencia, pero eleva ese tiempo; la redárquica lo reduce a costa de una exigencia nueva: mecanismos de coordinación lateral —comités multidisciplinarios con delegación explícita, protocolos de decisión clínica compartida, gobernanza del dato entre unidades— sin los cuales la decisión distribuida degenera en decisión fragmentada.

La objeción más frecuente es predecible: si todos deciden, ¿quién responde? Compartir el poder de decidir no equivale a delegar la autoridad. La autoridad formal —la responsabilidad jurídica, la rendición de cuentas ante la junta directiva, la firma del acto administrativo— permanece donde el ordenamiento la ubica; lo que se comparte es el poder operativo de la decisión, de modo que quien posee la competencia técnica y la información relevante decida en su nodo sin escalar al director general para su validación. La distinción resuelve la tensión aparente entre la unidad de mando que exige el marco jurídico público colombiano —particularmente en las ESE— y la flexibilidad que exige la complejidad operativa del hospital contemporáneo. No se trata de crear una organización sin cabeza, sino una donde la cabeza no sea el cuello de botella de todas las decisiones.

Liderazgo multinivel y rotación de la responsabilidad. En el modelo tradicional el líder es quien ocupa el cargo formal; en el redárquico, el liderazgo rota entre las personas del nodo según el momento, la competencia y la naturaleza del problema. La consecuencia es doble: la institución instala liderazgo en cada nodo y la carga individual se distribuye, lo que se traduce en indicadores de agotamiento profesional más bajos. La literatura sobre modelos *dyad* —dos líderes con perfiles complementarios— documenta mejoras en comunicación interprofesional, calidad gerencial y compromiso de los equipos (Waida *et al*., 2024). El desafío colombiano es de diseño formal, no teórico: las juntas directivas y los estatutos de las ESE pueden reconocer explícitamente estructuras de liderazgo compartido, siempre que se preserve la unidad de mando exigida por el marco jurídico.

Gobernanza adaptativa y gobierno que itera. El cuarto movimiento distingue el gobierno entendido como norma fija —un reglamento que se aprueba y se archiva— del gobierno como ciclo iterativo: diseño, ejecución, medición, ajuste y rediseño en periodos cortos. Es el movimiento sintético del poder que, cuando se instala correctamente, hace posibles los otros tres, porque otorga a la institución la capacidad de revisar sus propios mecanismos en función del aprendizaje acumulado.

Cinco lecciones de la Invencibilidad

Síntesis operativa con base en Dewar et al. (2022), *Fernández (2024), Montgomery et al. (2025), Bahadurzada et al. (2024) y Carter y Burke (2023).*

1. La preparación individual del gerente ya no es la palanca principal de la calidad institucional. Dos de cada tres directores generales de compañías de alto desempeño declaran, en retrospectiva, que el cargo no era lo que esperaban. La conclusión operativa no es que se necesitan mejores gerentes: es que se necesita menos dependencia del gerente. La calidad institucional depende cada vez más de la arquitectura organizacional que sostiene la decisión y menos de la persona que ocupa el cargo.

2. Jerarquía no es enemiga de redarquía. Son complementarias y su distribución es una decisión de diseño. La jerarquía sigue siendo necesaria para tareas estables y conocidas; la redarquía es superior para complejidad y novedad. La decisión clave de la junta directiva no es elegir entre las dos sino definir explícitamente en qué zonas de la operación opera cada una. Sin esa decisión, la institución tiende a jerarquizarse por defecto y pierde capacidad adaptativa.

3. La seguridad psicológica no es un valor: es un mecanismo, y produce desenlaces clínicos objetivos. La evidencia acumulada muestra que se relaciona con menores eventos adversos asociados a ventilación mecánica, mayor reporte de errores y mejor comportamiento de mejora en seguridad. No se trata de sensibilidad blanda: es palanca dura de calidad clínica. Instalarla requiere mecanismos concretos —canal de reporte no punitivo, retorno visible del reporte al equipo, respuesta pública de la dirección a los primeros incidentes reportados—.

4. La dependencia crítica de un líder es un factor de riesgo institucional, no una fortaleza. Cuando la calidad de la operación depende del criterio de una sola persona, la institución opera con vulnerabilidad estructural. La invencibilidad exige diseñar redundancia relacional o mecanismos donde el mismo conocimiento crítico y la misma competencia decisional existen en más de un nodo. Es lo que aquí denominamos capacidad directiva instalada: una cualidad del hospital, no de su gerente.

5. El gobierno que no itera se vuelve obsoleto antes de su próxima revisión. La velocidad del cambio tecnológico y regulatorio hace que un manual de gobierno aprobado una vez y revisado cada varios años quede desactualizado frente a decisiones que ya se están tomando en la operación. La gobernanza adaptativa exige ciclos cortos de diseño, ejecución, medición y ajuste, con la revisión de los propios supuestos incorporada al calendario institucional.

4. Impacto y caso colombiano

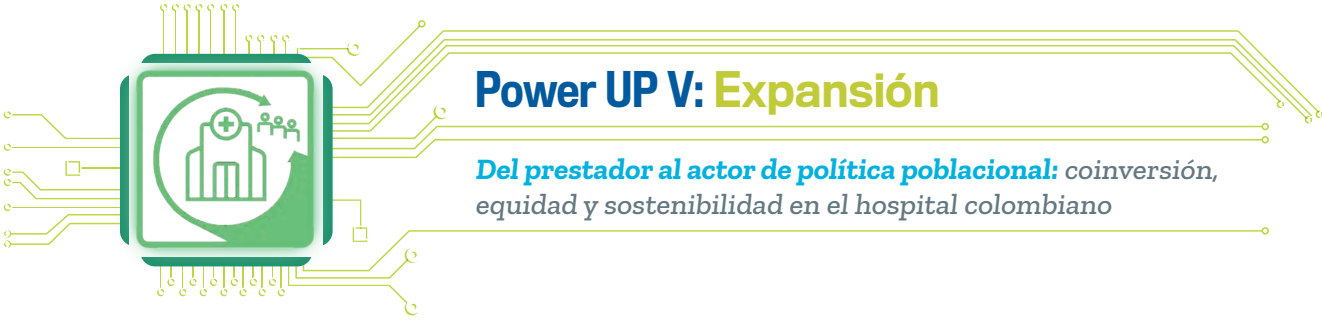
La Invencibilidad bien instalada produce cuatro impactos verificables: soluciones colaborativas que emergen del cruce entre unidades y no del mandato de la cabeza; calidad gerencial mejorada por triangulación de competencias; cultura menos dependiente de líderes individuales, y aumento de transparencia.

Lo que en la literatura anglosajona se nombra como *co-lead* o *dyad* opera en Colombia sin que aún se haya nombrado sistemáticamente. Al menos tres instituciones prestadoras lo ejecutan por diseño. El Hospital Militar Central y la Fundación Cardioinfantil-LaCardio están creando sus Unidades de Inteligencia Artificial Clínica, concebidas ante todo como estructuras de gobernanza de la estrategia hospitalaria de IA (Prada,

2026a). La formulación invierte el orden habitual del debate: la unidad de IA no se concibe primero como capacidad técnica para luego añadirle gobernanza; se concibe primero como gobernanza y luego se le añade capacidad técnica. Ese orden es la manifestación operativa más clara de lo que aquí denominamos capacidad directiva instalada. En LaCardio, la Unidad opera como espacio de decisión colegiada entre las áreas clínica, administrativa, jurídica, ética y tecnológica antes de la implementación de cualquier algoritmo en producción (Cabrera, 2026). Por otra parte, en la Fundación Valle del Lili articula las áreas clínicas, administrativas y tecnológicas para convertir los datos institucionales en decisiones oportunas, con proyectos que ya se encuentran en producción (Ocampo Osorio *et al.*, 2025). El marco de gobernanza institucional de la IA sistematizado en la edición 154 de esta revista sintetiza siete acciones exigibles a las direcciones hospitalarias: reconocer la gobernanza de la IA como responsabilidad institucional, crear una estructura formal, definir una política institucional, fortalecer la gobernanza del dato, evaluar los sistemas antes de su despliegue, integrarlos con seguridad al flujo clínico y capacitar al talento humano (Oyuela, 2026).

La conclusión operativa es que la redarquía hospitalaria en Colombia no es una aspiración futura: ya opera, y la Unidad de IA es su expresión institucional más visible. Lo que falta no es la práctica sino la teorización local que permita al resto del gremio identificar el patrón, nombrarlo y replicarlo. Es una tarea de gestión del conocimiento sectorial: ese saber existe como conocimiento tácito de sus equipos, que no ha sido codificado ni transferido, y el conocimiento que no se codifica no se replica. La agenda de investigación gremial 2026-2028 debe producir la evidencia sistemática que hoy no existe sobre modelos de liderazgo distribuido en hospitales colombianos.

El poder de la Invencibilidad se sintetiza en una frase: potenciar la excelencia en salud a través del liderazgo colectivo y la inteligencia conectiva, un enfoque transformador para líderes institucionales.



Power UP V: Expansión

***Del prestador al actor de política poblacional:** coinversión, equidad y sostenibilidad en el hospital colombiano*

En la ponencia inaugural del XV Congreso, en el 2024, propusimos el concepto de *propósitos sociedad*, en el marco de *abrir el rumbo*, para nombrar la responsabilidad del prestador con su entorno más amplio —los determinantes sociales de la salud, la carga de enfermedad territorial, los Objetivos de Desarrollo Sostenible— más allá del episodio clínico individual (Giraldo Valencia y Delgado, 2024). Aquella propuesta abrió una pregunta que la Expansión, dos años después, intenta responder: si el hospital tiene propósitos que exceden la prestación asistencial, ¿con qué método instala esa expansión sin diluir su misión clínica y sin comprometer su sostenibilidad financiera?

El poder de la Expansión es el desplazamiento del prestador desde la lógica del margen individual hacia la lógica del retorno de la inversión poblacional. Su tesis central es que el debate colombiano actual está atrapado en un

juego de suma cero —donde EPS, IPS y regulador tiran del mismo recurso en direcciones opuestas— y que la única salida operativa es un rediseño de suma positiva donde múltiples actores aportan distinto valor y reciben retorno diferenciado sobre un objetivo común: la salud de la población. Si la Invencibilidad propuso el desplazamiento del YO al CO, la Expansión propone el desplazamiento del YO al NOSOTROS.

1. Encuadre: del margen individual al retorno de la coinversión poblacional

La conversación pública del sistema de salud colombiano opera hoy sobre una estructura de suma cero: asegurador, prestador y Estado regulador comparten un conjunto finito de recursos sobre el cual cada uno tira en dirección opuesta al otro. La cartera de $25,7 billones documentada en la Pausa no describe solo un problema financiero; describe una arquitectura de incentivos donde cada actor optimiza su posición marginal a corto plazo y cuyo resultado agregado es predecible —polarización pública, bloqueo operativo, desgaste institucional—. La pregunta que domina el debate —cuánto margen le corresponde al privado o al público en la salud individual— es una pregunta de reparto de un pastel fijo, y mientras siga siendo la pregunta, la respuesta seguirá siendo el desgaste. La Expansión propone reemplazarla por otra: ¿qué gana cada actor cuando trabajan juntos en las condiciones que producen salud poblacional? La reformulación no es semántica: es contractual, financiera y política.

El pivote conceptual proviene de un debate que trasciende el sector salud. Thackara (2005) argumentó que el diseño de servicios en la era digital debía basarse menos en las cosas y más en las personas, tesis que reorientó la industria del diseño hacia servicios centrados en el usuario. Dos décadas más tarde, ese diseño centrado en el usuario individual empieza a percibirse como insuficiente cuando el problema que se aborda es de escala



¿TU ENTIDAD DE SALUD SALUD ESTÁ EN CRISIS FINANCIERA?

Recuperación Empresarial para el Sector Salud

SEÑALES DE ALERTA

- La **cartera supera los 120 días.**
- **Existen demandas** o procesos ejecutivos.
- Los **proveedores restringen** el suministro.
- La nómina **se paga con dificultad.**
- **La falta de liquidez** compromete la operación.

Contáctanos
317 6571282

Agenda una cita

info@ruedamantilla.com

www.ruedamantilla.com

poblacional. La secuencia que proponemos para el hospital contemporáneo es explícita: del centrado en el servicio al centrado en la persona, al centrado en la vida y, finalmente, al centrado en la población. Este último es el horizonte operativo de la Expansión.

El anclaje es firme. La Organización Mundial de la Salud adoptó en el 2016 el Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona (OMS, 2016), y el marco de Public Health 3.0 propone que los líderes locales operen como estrategas principales de salud comunitaria, articulando alianzas intersectoriales y actuando sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud (DeSalvo *et al*., 2017). La evidencia sobre el retorno de la inversión en salud pública (Masters *et al*., 2017) invita, trasladada al debate colombiano, a leer la cartera hospitalaria y la insuficiencia de la UPC no como problemas aislados de flujo, sino como síntomas de una arquitectura contractual que subinvierte, sistemáticamente, en la producción de salud poblacional. En Colombia el andamiaje existe: la Ley Estatutaria 1751 del 2015 estableció el carácter fundamental del derecho a la salud con enfoque territorial y de determinantes sociales, y la Resolución 100 del 2024 adoptó el Modelo de Planeación Integral para la Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

2. Alcance: del paradigma clínico-individual al comunitario-preventivo

La Expansión debe entenderse como una transición entre dos paradigmas que coexisten en el hospital contemporáneo, no como la sustitución de uno por otro. El clínico-individual sigue siendo indispensable para el ámbito hospitalario agudo, la atención especializada, la urgencia y la cirugía. Por su parte, el paradigma comunitario-preventivo se instala sobre esa base y la extiende hacia la promoción, la prevención primaria, la equidad, el bienestar y la sostenibilidad ambiental (tabla 6).

Tabla 6.

Del paradigma clínico-individual al comunitario-preventivo

Dimensión	Sistema actual (paradigma clínico-individual)	Futuro (paradigma comunitario-preventivo)
Modelo teórico	Modelo biopsicosocial: foco en la enfermedad ya presente.	Modelo socio-ecológico: perspectiva del curso de vida y equidad como eje.
Momento de la intervención	Prevención clínica y terciaria, una vez que la enfermedad ha avanzado a estadios tardíos.	Prevención primaria y promoción del bienestar antes de la aparición de la enfermedad.
Objetivo del sistema	Atender enfermedades y conductas específicas ya instaladas.	Sostener conjuntamente la prevención y el bienestar poblacional.
Sistema de datos	Fragmentado, disperso, articulado por episodio.	Compartido, accionable, en tiempo real, articulado por trayectoria vital.
Financiación	Distribuida desigualmente, con fuentes inconsistentes.	Financiación trenzada y mezclada entre múltiples fuentes con propósito común.
Estructura de agencia	Agencias gubernamentales de salud pública lideran la totalidad del trabajo.	Ecosistema de socios que colaboran para generar impacto colectivo.

Fuente: elaboración propia a partir de Muckle Egizi et al. (2021) y Community Commons & Well Being In the Nation Network (2020).

El marco más completo sobre este desplazamiento identifica seis capacidades organizacionales integradas: financiación alineada con prevención, datos compartidos, fuerza laboral reforzada, políticas orientadas a determinantes sociales, evidencia sobre retorno y estructuras de gobernanza intersectorial (Muckle Egizi *et al*., 2021). Ninguna de las seis es exclusivamente responsabilidad del hospital, pero ninguna prospera sin su participación activa. La Expansión consiste, en términos operativos, en que el prestador se posicione como socio explícito de cada una de las seis, no como su ejecutor único ni como su beneficiario pasivo.

Un marco complementario es el de las Siete Condiciones Vitales para la Salud y el Bienestar, desarrollado por ReThink Health —hoy The Rippel Foundation— y la Robert Wood Johnson Foundation: trabajo y riqueza con propósito, aprendizaje a lo largo de la vida, mundo natural próspero, necesidades básicas de salud y seguridad, vivienda humana, transporte confiable, y pertenencia y músculo cívico (The Rippel Foundation, 2017). Esta última condición —*belonging and civic muscle*— designa la capacidad de una comunidad para organizarse, actuar colectivamente y sostener vínculos significativos entre sus miembros; es, en otras palabras, el tejido asociativo y la confianza que permiten a una población movilizarse por su propio bienestar. El concepto importa para el debate colombiano, donde el capital social y el tejido cívico son variables típicamente ausentes del análisis de calidad hospitalaria, y abre una línea de trabajo específica para el sector prestador: contribuir deliberadamente a fortalecer ese músculo cívico de las poblaciones que atiende.

3. Acciones: alianzas, equidad y sostenibilidad

Alianzas: el codiseño comunitario como bisagra entre lo público y lo privado. El primer movimiento sustituye la disputa por el margen individual por el codiseño explícito con múltiples actores. No es filantropía ni responsabilidad social corporativa; es un rediseño contractual y financiero que permite que actores con lógicas distintas —hospital, asegurador, empresa privada, academia, comunidad organizada, Estado— aporten valor diferenciado sobre un objetivo común, con retornos verificables para cada uno. El instrumento desarrollado internacionalmente es la financiación trenzada y mezclada —la trenzada mantiene la trazabilidad de cada fuente dentro de un programa único; la mezclada las fusiona en un fondo común con reglas compartidas de gasto (Muckle Egizi *et al*., 2021)—. Ambas requieren una infraestructura contable y una gobernanza compartida que hoy no existe en el marco colombiano de contratación entre aseguradores y prestadores, pero que puede construirse mediante convenios interadministrativos, alianzas público-privadas y esquemas piloto en subredes territoriales.

> **» En la práctica contractual colombiana la palabra ha quedado reducida** a la lista nominal de afiliados que una EPS asigna a un prestador: un instrumento administrativo, no un concepto sanitario. «

La operacionalización exige, como paso previo, una corrección conceptual sobre lo que el sector entiende por población. En la práctica contractual colombiana la palabra ha quedado reducida a la lista nominal de afiliados que una EPS asigna a un prestador: un instrumento administrativo, no un concepto sanitario. La población, en el sentido en que la Expansión propone, es la totalidad de personas que habitan el territorio donde el prestador opera —afiliadas y no afiliadas, atendidas y no atendidas, visibles e invisibles para el sistema de información—. Quien define su población como la lista del contrato mide cobertura contractual; quien la define como el territorio mide salud poblacional. La Expansión solo opera sobre la segunda definición.

Equidad: al inicio del proyecto, no al final. En la práctica hospitalaria contemporánea la equidad tiende a aparecer al final —como criterio de evaluación *ex post* o como componente de informes de sostenibilidad— y no al inicio, donde debería ordenar el diseño de servicios. Tres decisiones la operacionalizan: desagregar sistemáticamente los indicadores de oportunidad, abandono y resultado clínico por estrato socioeconómico, zona geográfica y pertenencia étnica, como columna estándar de todos los tableros de gestión y no como capítulo adicional del informe

institucional; monitorear activamente las brechas internas de acceso entre servicios y perfiles de usuario, con umbrales de alerta operativos, y adoptar el índice de concentración de Gini aplicado a servicios por región como métrica de referencia sectorial. La agenda no es opcional: la Ley Estatutaria 1751 del 2015 establece la equidad como principio del sistema, y la ausencia de mediciones sistemáticas en la mayor parte de instituciones colombianas no responde a un vacío normativo, sino a la falta de una convención sectorial que la convierta en práctica de gestión estándar.

Sostenibilidad: empezar por lo medible. Los hospitales aportan cerca del 30 % de la huella sectorial, y la proporción tiende a crecer con el envejecimiento poblacional si no se instalan políticas específicas (OCDE, 2025). La agenda comienza por lo medible: instalar la medición de la huella institucional en energía, agua y residuos como línea de base; adoptar criterios ambientales, sociales y de gobernanza como quinta dimensión del cuadro de mando integral hospitalario; apostar por energías renovables y tecnologías limpias en las inversiones de infraestructura de nueva generación, y aplicar principios de economía circular a la gestión de residuos, dispositivos médicos reutilizables y cadena de suministro. Ninguna de estas medidas requiere reforma legal previa: su umbral de acción depende de una decisión gerencial, no de un cambio normativo.

Cinco lecciones de la Expansión

Síntesis operativa a partir de Thackara (2005), *OMS (2016), DeSalvo et al. (2017), Masters et al. (2017), Muckle Egizi et al. (2021), Community Commons & Well Being In the Nation Network (2020) y OCDE (2025).*

1. El debate del margen individual es un juego con perdedores garantizados. La disputa contemporánea sobre cuánto le corresponde a cada actor del sistema colombiano tiene como resultado agregado la polarización, el bloqueo y el desgaste del sector. La Expansión no propone repartir mejor el pastel; propone dejar de pelear por él y empezar a hacer uno más grande, medible en salud poblacional.

2. La equidad que se mide es la única equidad que se gestiona. Sin desagregación sistemática de indicadores por estrato, zona y pertenencia étnica, la equidad opera como retórica institucional y no como práctica de gestión. La incorporación del índice de concentración de Gini aplicado a servicios por región como métrica estándar del sector es una decisión gremial pendiente que no requiere reforma legal.

3. La sostenibilidad ambiental no es agenda ajena a la calidad clínica: es su condición. El sector salud genera más del 4 % de las emisiones de gases de efecto invernadero en los países de la OCDE, y esas emisiones producen carga de enfermedad que se atiende de vuelta en el mismo sector. La descarbonización hospitalaria no es responsabilidad social ambiental; es intervención clínica a mediano plazo.

4. El músculo cívico es una condición de salud, no una consecuencia. El marco de las Siete Condiciones Vitales del Bienestar ubica la pertenencia y la capacidad de organización comunitaria en el núcleo del modelo. Contribuir al fortalecimiento del tejido cívico no es acción de responsabilidad corporativa, sino intervención sanitaria formal con evidencia acumulada que la sostiene.

5. El retorno de la inversión en salud pública es de 14 a 1, y el debate colombiano lo ignora sistemáticamente. La revisión sistemática de Masters y colegas documentó un retorno mediano de 14,3 a 1 para intervenciones de salud pública, con retornos de hasta 27 a 1 en intervenciones de escala nacional. La subinversión en prevención y promoción no es prudencia fiscal; es una falsa economía cuyo costo agregado excede cualquier ahorro presupuestal aparente.

4. Impacto y agenda colombiana pendiente

La Expansión bien instalada produce impactos verificables en dos escalas. En la territorial, el hospital deja de medirse exclusivamente por su producción interna —camas, egresos, cirugías, consultas— y empieza a medirse por su contribución al estado de salud de la población de su área de influencia: indicadores agregados de morbilidad y mortalidad territorial, reducción de disparidades entre subpoblaciones del área de captación y contribución medible a la infraestructura sanitaria comunitaria. La transición no exige que el hospital abandone su misión clínica ni que asuma responsabilidades de otros actores; exige que instale mediciones territoriales complementarias a las institucionales y que reporte ambas con la misma periodicidad y rigor.

En la escala macro, la Expansión implica un reposicionamiento explícito de la institución hospitalaria como actor de política poblacional, con voz propia en la formulación de la agenda pública de salud, capacidad de contribución evidenciada por resultados verificables y representación gremial visible.

En Colombia, la evidencia sistematizada sobre casos de Expansión operando bajo estos principios es aún incipiente y constituye una oportunidad de investigación gremial en el horizonte 2026-2028. Instituciones prestadoras que operan explícitamente con enfoque poblacional-territorial —desde hospitales universitarios con programas de atención primaria comunitaria hasta redes territoriales con articulación intersectorial estructurada— existen y merecen documentación sistemática.

El poder de la Expansión se sintetiza en una frase: prestadores que crecen con la comunidad, expandiendo su valor con un cuidado ampliado, sostenible y responsable.

» **En Colombia, la evidencia sistematizada sobre casos de Expansión operando bajo estos principios** es aún incipiente y constituye una oportunidad de investigación gremial en el horizonte 2026-2028. «

Cierre

Del Hospital 360° enunciado en el 2014, pasando por la Gobernanza Aumentada del 2018, el Espacio en Blanco del 2022 y Abrir el Rumbo del 2024, cada ponencia inaugural del último cuarto de siglo aportó un componente conceptual que la serie Power UP integra hoy al debate sectorial. Cada uno de los cinco poderes se conecta con al menos una de esas ponencias previas: la Aceleración completa la reconexión cognitiva y la cadena de ideación enunciadas en el 2018; la Intangibilidad cumple, doce años después, la promesa del Hospital Líquido del 2014; la Invencibilidad convierte el humanismo aumentado individual del 2018 en una capacidad directiva instalada en el colectivo; la Expansión operacionaliza los Propósitos Sociedad del 2024, y la Pausa integra el diagnóstico compartido que hace posibles los cuatro movimientos anteriores.

Los cinco Power UP funcionan como un ecosistema: ninguno opera solo y cada uno habilita a los otros. La Pausa fija el mapa afuera; los cuatro poderes adentro ordenan el ajuste operativo del prestador sobre ese mapa. Un Power UP no optimiza lo que ya existe: transforma las condiciones en las que se juega. Quien lo recibe no es más rápido en la misma partida; es otro jugador, en otra partida, con capacidades que antes no tenía.

Cinco poderes organizan esa transformación para el hospital colombiano: una pausa que lee el tablero

completo antes de mover, y cuatro frentes simultáneos —en tecnología, en modelo de atención, en gobernanza y en responsabilidad poblacional— que cambian la naturaleza del juego institucional. Visión nueva, misión secular, enfoque audaz.

La aspiración del gremio es directa: me he transformado; soy más de lo que era.

Referencias

American Medical Association. (2026). *2026 physician survey on augmented intelligence.* AMA.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2026a). *55.º Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria-Corte a diciembre de 2025.* Área de Investigación y Proyectos, ACHC.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2026b). *Índice Comparado de Rendimiento de los Sistemas de Salud (ICRS 2026).* Área de Investigación y Proyectos, ACHC.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2026c). *Decálogo: diez decisiones, tres horizontes: junio de 2026.* ACHC.

Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria. (2025). *Hoja de ruta nacional Hospital at Home.* Segundo Simposio de Salud Domiciliaria, Cali, Colombia, 24 y 25 de julio de 2025. ACISD.

Bahadurzada, H., Kerrissey, M. J. y Edmondson, A. C. (2024). Speaking up and taking action: Psychological safety and joint problem-solving orientation in safety improvement. *Healthcare,* 12(8), 812.

Bauman, Z. (2000). Liquid modernity. Polity Press.

Cabrera, P. (2026). Una transformación que ya comenzó: la IA al servicio de la medicina humana y precisa. *Revista Hospitalaria,* (154).

Carter, J. y Burke, H. (2023). An adaptive healthcare organization can effectively respond to medical crises. *International Journal of Public Health, 68,* 1605581. https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605581

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024). *Transforming Episode Accountability Model — Final rule.* Federal Register.

Community Commons & Well Being In the Nation Network. (2020). *Seven vital conditions for health and well-being: A framework for collective well-being.* Community Commons

Delgado, L. C. (2026). *Encuesta de Principales Preocupaciones Directivas en Hospitales de Colombia 2025.* Área de Investigación y Proyectos, ACHC.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). *Proyecciones de población nacional y personas mayores en Colombia 2025-2070.* DANE.

Departamento Nacional de Planeación. (2025). *Documento CONPES 4144-Política Nacional de Inteligencia Artificial.* República de Colombia. DNP.

DeSalvo, K. B., Wang, Y. C., Harris, A., Auerbach, J., Koo, D. y O'Carroll, P. (2017). Public Health 3.0: A call to action for public health to meet the challenges of the 21st century. *Preventing Chronic Disease, 14,* 170017.

Dewar, C., Keller, S. y Malhotra, V. (2022). *CEO excellence: The six mindsets that distinguish the best leaders from the rest.* Scribner.

Edgar, K., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Gonçalves-Bradley, D. C., Wong, E. y Shepperd, S. (2024). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (3), CD007491.

Fernández, I. (2024). *Liderazgo redárquico.* LEAD Institute.

Fernández, J. J. (2012). *El caso del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.* Hospital Sant Joan de Déu.

Fundación Cardioinfantil-LaCardio. (10 de enero de 2025). *Precisión, eficiencia y ética: la apuesta de LaCardio con su Unidad Clínica de Inteligencia Artificial (UCIA).* https://www.lacardio.org/precision-eficiencia-y-etica-la-apuesta-de-lacardio-con-su-unidad-clinica-de-inteligencia-artificial-ucia/

Giraldo Valencia, J. C. y Delgado, L. C. (2014). Hospital 360°. *Revista Hospitalaria,* (99).

Giraldo Valencia, J. C. y Delgado, L. C. (2018). Gobernanza aumentada. *Revista Hospitalaria,* (120).

Giraldo Valencia, J. C. y Delgado, L. C. (2022). Espacio en blanco. *Revista Hospitalaria,* (143).

Giraldo Valencia, J. C. y Delgado, L. C. (2024). Abrir el rumbo. *Revista Hospitalaria,* (148).

Hurtado, J. A. y Castellanos Ramírez, J. C. (2025). Hospitalización domiciliaria para pacientes agudos. *Revista Hospitalaria,* (154).

Kelly, L. (julio de 2025). *Hospital at home for Medicaid enrollees* [Evidence roundup]. Center for Health Care Strategies. https://www.chcs.org/resource/hospital-at-home-for-medicaid-enrollees/

Lamb, J., Dahab, A. y Jones, J. (16 de abril de 2026). *Generative AI in healthcare: Adoption matures as agentic AI emerges.* McKinsey & Company. https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/generative-ai-in-healthcare-current-trends-and-future-outlook

Lombo Moreno, C. E., Muñoz Velandia, O. M. y Solano, A. E. (2023). Costos de atención domiciliaria de nivel hospitalario vs atención intrahospitalaria en infección de vías urinarias complicada. *Gerencia y Políticas de Salud, 22.* https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.cadh

Lukac, P. J., Turner, W., Vangala, S., Chin, A. T., Khalili, J., Shih, Y.-C. T., Sarkisian, C., Cheng, E. M. y Mafi, J. N. (2025). Ambient AI scribes in clinical practice: A randomized trial. *NEJM AI, 2(12),* AIoa2501000. https://doi.org/10.1056/AIoa2501000

Malhis, R. A., Bond, S. E., Sadeq, A. A., Shatnawi, R., Conway, B. R., Hasan, S. S. y Aldeyab, M. A. (2026). Virtual healthcare compared to hospital care for acute and post-acute illness in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *British Journal of Clinical Pharmacology, 92*(2), 374-395. https://doi.org/10.1002/bcp.70348

Referencias

Maniaci, M. J., et al. (2023). Implementation of a virtual and in-person hybrid hospital-at-home model. *BMC Health Services Research, 23*, 1099.

Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R. y Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health, 71*(8), 827-834.

McGlen, S. E., Woolley, S., Currie, G., Aldulaimi, D. y Lasserson, D. (2026). Enablers and barriers affecting implementation of hospital at home services in England: A regional qualitative study of hospital at home. *The Journal of Advanced Home Medicine, 1*(1), 14-26. https://doi.org/10.64919/001c.2696373

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Resolución 100 de 2024 [MIPIS].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). Decreto 858 de 2025.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). Resolución 1888 de 2025 [RDA].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2026a). Resolución 1644 de 2026 [telesalud y telemedicina].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2026b). Resolución 1732 de 2026 [habilitación].

Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (9 de septiembre de 2024). *Inicia una revolución en la telemedicina y el monitoreo remoto de pacientes con 'SaludTIC', proyecto del Ministerio TIC y la Fundación Clínica Shaio pionero en Latinoamérica* [Comunicado de prensa]. https://www.mintic.gov.co/portal/715/w3-article-395737.html

Mollick, E. (2024). *Co-intelligence: Living and working with AI*. Portfolio / Penguin.

Montgomery, A., et al. (2025). Psychological safety and patient safety: A systematic review. *PLoS ONE, 20*(4).

Muckle Egizi, A., et al. (2021). *The future of the public's health*. Deloitte Insights.

Ocampo Osorio, F., Pedroza Gomez, S., Rebellón Sanchez, D. E., Ramirez Fernandez, R., Tabares-Soto, R., Bravo-Ortíz, M. A. y Cruz Suarez, G. A. (2025). Predicting no-shows at outpatient appointments in internal medicine using machine learning models. *PeerJ Computer Science, 11*, e2762. https://doi.org/10.7717/peerj-cs.2762

Olson, K. D., Meeker, D., Troup, M., Barker, T. D., Nguyen, V. H., Manders, J. B., Stults, C. D., Jones, V. G., Shah, S. D., Shah, T. y Schwamm, L. H. (2025). Use of ambient AI scribes to reduce administrative burden and professional burnout. *JAMA Network Open, 8*(10), e2534976. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.34976

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona (A69/39)*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. OMS y Banco Mundial.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2025). *Decarbonising health systems across OECD countries*. OECD Publishing.

Oyuela, M. E. (2026). Gobernar la inteligencia artificial. *Revista Hospitalaria*, (154).

Philips. (2026). *Future Health Index 2026: AI in practice*. Royal Philips.

Prada, S. I. (2026a). Unidades de IA Clínica en Colombia. *Revista Hospitalaria*, (154).

Prada, S. I. (2026b). Inteligencia artificial para transformar la operación hospitalaria. *Revista Hospitalaria*, (154).

Purarjomandlangrudi, A., Ghapanchi, A. H., Stevens, J., Ahmadi Eftekhari, N. y Barnes, K. (2025). Lessons learned from governance and management of virtual hospital initiatives: A systematic review. *Nursing Reports, 15*(12), 451. https://doi.org/10.3390/nursrep15120451

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). Lineamiento Técnico-Operativo SDS-GTS-LN-002 y Circular 009 del 2025.

Shaw, M., Almogheer, B., Zinkin, E. y Keenan, N. G. (2026). Real-world outcomes from 2,905 episodes of hospital at home care: A propensity-matched cohort study. *Frontiers in Digital Health, 8*, 1716319. https://doi.org/10.3389/fdgth.2026.1716319

Shi, C., et al. (2024). Inpatient-level care at home. *BMC Medicine*, 22, 145.

Siegel, S., Särkkä-Hietala, M., Rekhraj, K. y Piteira Ganhão, F. (11 de diciembre de 2025). *2026 global health care outlook*. Deloitte Insights. https://www.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/life-sciences-and-health-care-industry-outlooks/2026-global-health-care-outlook.html

Superintendencia Nacional de Salud. (2018). Circular Externa 003 de 2018.

Thackara, J. (2005). *In the bubble: Designing in a complex world*. MIT Press.

The Rippel Foundation. (2017). *Vital Conditions for Health and Well-Being*. https://rippel.org/vital-conditions/

Vakkalanka, J. P., Young, T. L., Bianchi, G., Ullrich, F., Carter, K. D., Mohr, N. M. y Gutierrez, J. (2026). Outcomes associated with hospital at home vs traditional inpatient stay. *JAMA Network Open, 9*(5), e2610810. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.10810

Waida, E., et al. (2024). Can we dance together? The dyadic leadership model. *BMJ Open Quality*.

Zöller, N., et al. (2025). Human–AI collectives produce the most accurate differential diagnoses. *PNAS, 122*(24).