AGOSTO - OCTUBRE • 2026 • AÑO 27 • Nº 157

HOSPITALARIA

WWW.REVISTAHOSPITALARIA.ORG

ISSN digital: 2745-0740
ISSN impreso: 0123-8760



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Power Up:
el presente del futuro

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

Salud Total EPS-S

Red Inteligente de Prestadores

- La integración a través de interfaz de datos (API), conecta automáticamente los sistemas de las IPS con la EPS, permitiendo gestionar y direccionar servicios en tiempo real durante la atencion al paciente.



Beneficios para todos

PACIENTES

- Menos desplazamientos.
- Menores tiempos de espera.
- Mayor satisfacción en la atención.

EPS

- Mayor eficiencia operativa.
- Eliminación de tareas manuales repetitivas.
- Automatización de autorizaciones y direccionamientos.

IPS

- Menos carga administrativa.
- Liberación automática de direccionamientos.
- Información disponible para la facturación de servicios.

Vigilado Supersalud

Conectamos procesos, facilitamos la atención.

Tu salud no es a medias debe ser *total*

Contenido

2 EDITORIAL

» A la expectativa

4 DE PORTADA

» Power Up: el presente del futuro

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

34 AGENDA GREMIAL

» La ACHC presentó al nuevo Gobierno propuestas para fortalecer al sector prestador

» Meditech 2026 creció en visitantes y participación internacional

» El Congreso de la ACHC presentó soluciones para el presente y futuro del sector

» 4.º Simposio de Soluciones Exitosas: experiencias de la industria para la gestión hospitalaria

» La ACHC otorgó el Galardón Nacional Hospital Seguro a seis reconocidas instituciones de Colombia

» La ACHC celebró setenta años de trabajo junto al sector hospitalario colombiano

46 NOTAS DEL SECTOR

» Clínica Shaio: innovación, conocimiento y logros que transforman la atención dentro y fuera del hospital

» Laboratorio Keralty de la Clínica Colsanitas fortalece la excelencia diagnóstica con acreditación ONAC

» Recomendaciones a las IPS para garantizar continuidad del servicio ante impactos del fenómeno de El Niño

52 INTERNACIONAL

» La OPS presentó los logros recientes y desafíos persistentes en salud en países de las Américas

54 NOS PREGUNTAN

» La salida normativa para las IPS frente el sismo del 10 de agosto del 2026

60 DE NUESTROS PATROCINADORES

» Seguridad hospitalaria: anticipar riesgos para proteger la atención

62 DE LOS PACIENTES

» Establecen contenidos mínimos y suficientes para programas de nefroprotección en Colombia

64 CIFRAS DEL SECTOR

»Defensoría identificó principales barreras de acceso en salud y propuso agenda para reducir vulneraciones y mejorar resultados

66 GLOSARIO

HOSPITALARIA

AGOSTO - OCTUBRE • AÑO 27 • Nº 157

WWW.REVISTAHOSPITALARIA.ORG

ISSN digital 2745-0760

ISSN impreso 0123-8760

• EDITOR
Roberto Esguerra Gutiérrez

• COORDINADORA EDITORIAL
Ayde Cristancho Cristancho

• COMITÉ EDITORIAL
Roberto Esguerra Gutiérrez , Gloria Arias, Henry Gallardo, Juan Carlos Giraldo V, Diego Rosselli Cock, Gabriel Carrasquilla Gutiérrez , Carlos Edgar Rodríguez, Ayde Cristancho.

Periodista free lance, Olga Lucia Muñoz.

JUNTA DIRECTIVA 2025 - 2027

• PRESIDENTA
Hospital Infantil Los Ángeles - Doris Sarasty Rodríguez (San Juan De Pasto)

• VICEPRESIDENTES
Fundación Santa Fe De Bogotá - Henry Mauricio Gallardo Lozano (Bogotá)
Clínica Cardio Vid - Carlos Alberto Lozano Muñetón (Medellín)

• PRINCIPALES
Clínica Palmira - Fernando Humberto Bedoya Herrera (Palmira)
Clínica Universitaria Bolivariana - Carlos Alberto Restrepo Molina (Medellín)
Servicios Especiales de Salud - Hospital Universitario de Caldas - Juan Felipe Valencia Ríos (Manizales)
Fundación Javeriana de Servicios Médicos Odontológicos Interuniversitarios
Carlos Márquez Villegas, Javesalud - Sergio Andres Navarrete (Bogotá)
Clínica El Rosario - Hna. Ángela María Vélez Restrepo (Medellín)
Clínica Reina Sofía - Lyda Bosa Abril (Bogotá)

• SUPLENTES
Hospital Pablo Tobón Uribe - Antonio José Lopera Upegui (Medellín)
Fundación Valle Del Lili - Marcela Granados Sánchez (Cali)
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl - Mauricio Tamayo Palacio (Medellín)
Clínica de Occidente S. A. - Antonio José Dager Fernández (Cali)
Clínica de la Costa Ltda. - Alberto José Cadena Bonfanti (Barranquilla)
ESE Hospital Universitario de la Samaritana - Jorge Andrés López (Bogotá)
Corporación Salud UN, Hospital Universitario Nacional - Oscar Dueñas Araque (Bogotá)
Clínica Versalles S. A. - Andrés Córdoba Zawadzky (Cali)

• REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES
Stryker - Santiago Restrepo

• REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS
Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) - Jamel Henao Cardona

• MIEMBROS HONORARIOS
Roberto Esguerra Gutiérrez
Andrés Aguirre Martínez

• INVITADOS PERMANENTES
Asociación de Hospitales del Valle (ASOHOSVAL) - Ligia Elvira Viafara
Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (ACISD) - Adriana Ortegón

• SECRETARIA JUNTA DIRECTIVA
Fabiola Alba Muñoz

• DIRECTOR GENERAL
Juan Carlos Giraldo Valencia

HOSPITALARIA es una publicación periódica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. HOSPITALARIA copyright 2008. Derechos reservados, inclusive los de traducción. Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley de los países signatarios de las comisiones panamericana e internacional del derecho de autor. El contenido es responsabilidad de los autores, por tanto los conceptos emitidos en los artículos no comprometen las opiniones de los editores ni de las empresas patrocinadoras. Las empresas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.

Para correspondencia por favor dirigirse a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Cra. 4 Nº 73-15, Bogotá.
PBX: (1) 312 4411 - FAX: (1) 312 1005
E-mail: comunicaciones@achc.org.co
https://revistahospitalaria.org/

DIRECTOR CREATIVO/DISEÑO GRÁFICO
Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com
ALMA DIGITAL SAS

DIAGRAMACIÓN
Nathaly Sarmiento - Paula Osorio

IMPRESIÓN
ALMA DIGITAL SAS

COMERCIALIZACIÓN PUBLICIDAD
Cila María Russi
publicidadhospitalaria@achc.org.co

ILUSTRACIÓN PORTADA
William Fernando Vega Correa
Magnific IA

A la expectativa

Todo inicio de gobierno genera expectativas, pero en esta ocasión para el sector de la salud estas son mucho más altas que en otras oportunidades, debido a dos circunstancias especiales: la llegada de un presidente con una visión radicalmente opuesta a la de su predecesor, por una parte, y la gravísima crisis de la salud que encuentra el nuevo Gobierno, por la otra.

Durante la campaña presidencial, Abelardo de la Espriella esbozó un plan para afrontar la crisis del sector que incluía un plan de choque de diez billones de pesos en los primeros noventa días para aliviar las finanzas; un plan inmediato de entrega de medicamentos vitales y procedimientos para pacientes críticos; revisión y actualización de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) —se mencionó la posibilidad de un incremento antes de terminar el 2026—; mantener las entidades promotoras de salud (EPS), pero someterlas a un mayor control; un proceso de conciliación de las cuentas antiguas para diseñar un plan de pago… estas, entre otras, son las que probablemente impactarían más al sector prestador.

Estos anuncios generaron tranquilidad y optimismo, en especial por la posibilidad de unos recursos que permitieran aliviar la aguda crisis financiera que tiene al borde el colapso a muchas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las cuales han tenido que recurrir a cierre de servicios o disminución de personal.

Aun en estas circunstancias tan críticas, el sector hospitalario realizó a finales de julio el XVI Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, que se llevó a cabo con completo éxito junto con la feria Meditech, eventos que sirvieron de marco para la celebración de los 70 años de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y los 34 años del Congreso, que se inició en 1992.

Durante el congreso el director general presentó, en su ya tradicional ponencia inaugural, la propuesta gremial "Power Up: el presente del futuro", cuya síntesis se publica en este número de *Hospitalaria*. En ella se plantea la estrategia gremial para los próximos años y se enumeran las diez decisiones que se esperan tome el Gobierno que está iniciando, organizadas en tres horizontes: urgencia (primeros cien días), ajuste (primer año) y estructura (mandato completo). En el bloque de urgencia se incluyen: el plan extraordinario de liquidez para el sector prestador, optimizar el proceso de giro directo, identificar y asignar fuentes fiscales específicas para la liquidez del sector prestador, definir la posición del estado frente a las EPS intervenidas y actualizar la metodología del cálculo y corregir el rezago de la UPC.

Para el primer año, en el bloque de ajuste se espera la creación de un fondo de garantía para el sector salud y definir una agenda integral para el talento humano. En el bloque de estructura, que debería completarse en el periodo de gobierno, se espera la definición de la estructura del aseguramiento y la

asignación explícita de la gestión del riesgo en salud y del riesgo financiero. También se espera que se establezca una agenda nacional de resultados en salud y se establezcan sus metas. Finalmente, se busca definir el marco regulatorio para la inteligencia artificial, la telemedicina y la sostenibilidad ambiental.

Estos son algunos de los aspectos que analiza el documento, cuya lectura cuidadosa recomendamos como un ejercicio necesario en cada institución y en el sector. Un aspecto que merece destacarse y se plantea como el primer paso es la "pausa", que es la invitación a la reflexión necesaria antes de iniciar las acciones propuestas.

Cuando escribimos estas líneas el nuevo Gobierno ha completado sus primeros sesenta días, que iniciaron con el terremoto del 10 de agosto que estremeció al país, ocasionando daños devastadores en algunas zonas y fue particularmente grave en la afectación de muchas estructuras de salud, lo cual agravó aún más la situación ya crítica en que se encontraba el sector. Además, demandó la inmediata destinación de los recursos disponibles, posponiendo todas las otras prioridades identificadas.

> » **El tiempo pasa, y aunque los planes anunciados crean un ambiente de optimismo,** es urgente que se conviertan en acciones concretas lo más pronto posible, ya que el margen de maniobra es mínimo en la mayoría de las instituciones. «

En este orden de ideas, al comenzar el tercer mes de gobierno parece claro que el plan de choque hasta ahora se circunscribe a la entrega de medicamentos y la ejecución de procedimientos represados, en donde según las cifras oficiales ya se ha alcanzado cerca del 30 % de la meta establecida, lo cual es una noticia positiva. ¡Los pacientes deben ser la prioridad siempre!

Los anunciados diez billones no están disponibles y seguramente se demorarán en llegar, lo que genera preocupación, pues la iliquidez es la mayor urgencia que afrontan los prestadores. Entretanto, la ministra de Salud se ha comprometido a garantizar el flujo corriente de manera prioritaria para aliviar en algo la falta de liquidez.

En este escenario los prestadores siguen haciendo esfuerzos para atender a los pacientes que demandan sus servicios y apoyando al Gobierno en la atención a los afectados por el terremoto, así como en sus planes inmediatos para garantizar la continuidad de los servicios.

Sin embargo, el tiempo pasa, y aunque los planes anunciados crean un ambiente de optimismo, es urgente que se conviertan en acciones concretas lo más pronto posible, ya que el margen de maniobra es mínimo en la mayoría de las instituciones. Por tanto, es comprensible que todo el sector se encuentre a la expectativa.

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

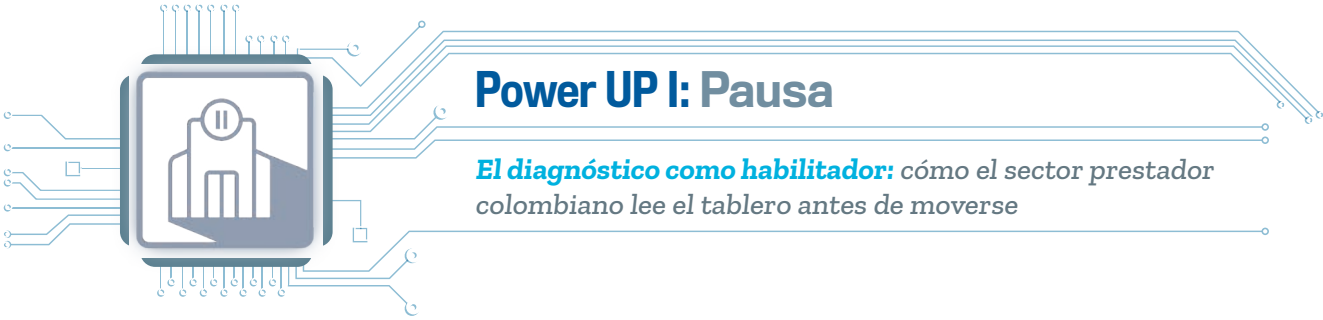
Científicamente avanzados, **humanamente cálidos.**

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.

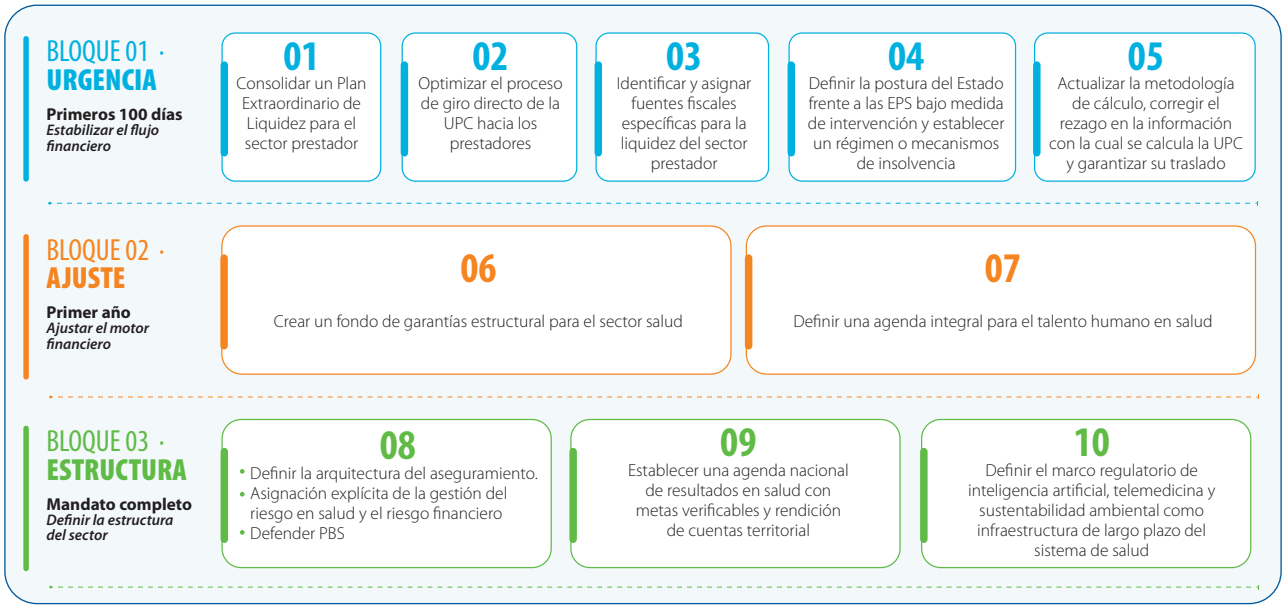
4. Impacto: atalaya y decálogo

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.

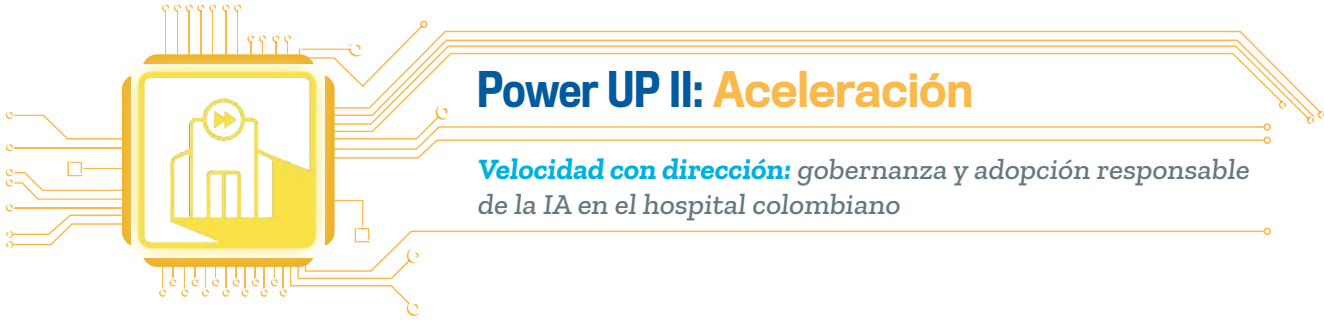
Es precisamente esa atalaya —la que aprecia la complejidad entera en lugar de atender cada urgencia por separado— la que permite proponer un orden nuevo. De esa lectura de conjunto emerge el decálogo: no una lista de buenas intenciones, sino una salida concreta, organizada en tres bloques temporales 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.

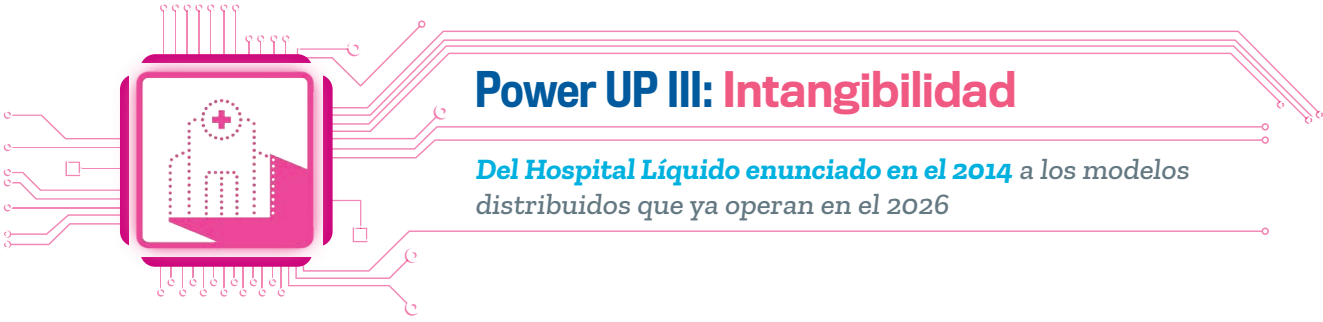
4. Impacto y caso colombiano

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.

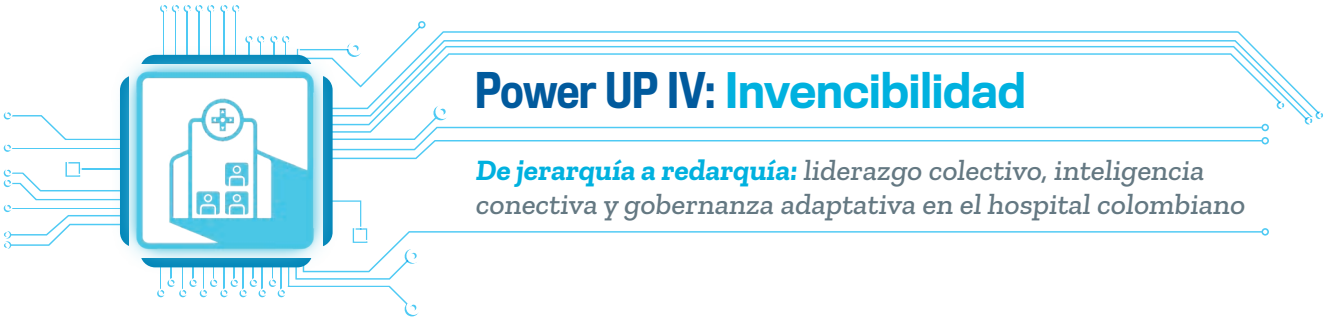
4. El centro de comando funciona con menos personal del esperado. Un centro virtual puede atender 150 pacientes con 20 clínicos: la operación remota es notablemente más eficiente en persona que la presencial equivalente. Este es el argumento de escalabilidad que hace posible el modelo hub-and-spoke y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

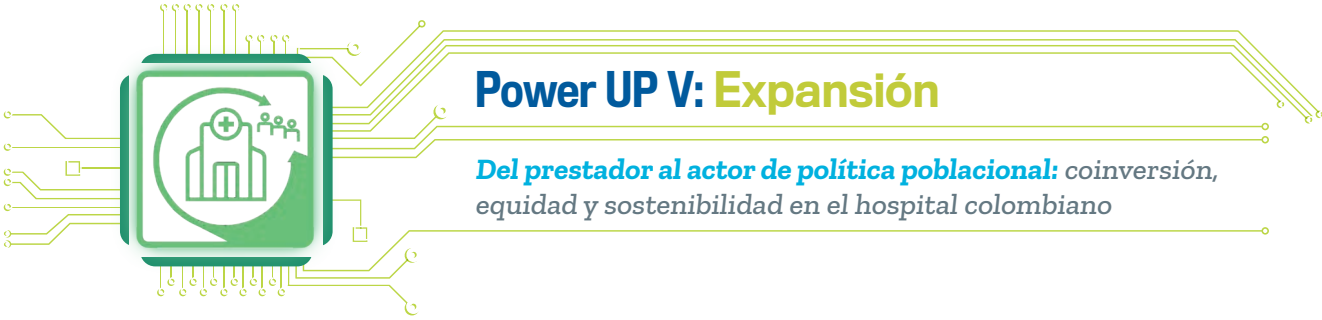
La Invencibilidad bien instalada produce cuatro impactos verificables: soluciones colaborativas que emergen del cruce entre unidades y no del mandato de la cabeza; calidad gerencial mejorada por triangulación de competencias; cultura menos dependiente de líderes individuales, y aumento de transparencia.

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).

La ACHC presentó al nuevo Gobierno propuestas para fortalecer al sector prestador



Los miembros de la Junta Directiva expresaron sus preocupaciones a la señora Ministra Ana María Vesga y pidieron celeridad en los mecanismos para garantizar el flujo de recursos en el sector.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, en dos comunicaciones enviadas a la nueva ministra de Salud y Protección Social, Ana María Vesga Gaviria, y en reunión con el director general, Juan Carlos Giraldo Valencia, presentó las prioridades del sector prestador y ofreció su capacidad técnica para contribuir a la búsqueda de soluciones. Posteriormente, la ministra se reunió con la Junta Directiva del gremio para analizar la situación que atraviesan los hospitales y clínicas del país.

En las comunicaciones, la ACHC compartió su *Decálogo: diez decisiones importantes frente al sistema de salud,* elaborado como aporte a la agenda sectorial del nuevo Gobierno. El gremio señaló que algunos de los cambios requerirán un trabajo sostenido entre las autoridades y los distintos actores del sistema, mientras que otros demandan decisiones prontas por su impacto en la operación de las instituciones y en la continuidad de la atención.

Entre las medidas urgentes, la Asociación reiteró la necesidad de consolidar un plan extraordinario de liquidez que permita aliviar las dificultades financieras de los prestadores. También propuso optimizar el giro directo de recursos a hospitales y clínicas, identificar fuentes fiscales específicas para apoyar su liquidez y avanzar en decisiones frente a las entidades promotoras de salud (EPS) intervenidas. Además, señaló la necesidad de actualizar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la creación de un fondo de garantías para el sector.

La ACHC reiteró, además, su disposición para compartir con el ministerio sus estudios, investigaciones e información sobre el flujo de recursos. Para el gremio, atender las dificultades de financiación de la red prestadora es una condición necesaria para sostener los servicios de salud y proteger la capacidad de respuesta de las instituciones.

En una segunda comunicación dirigida a la ministra, la Asociación presentó propuestas para proteger a las instituciones afectadas por el terremoto del 10 de agosto en el país y que, pese a los daños y las dificultades operativas, continuaron atendiendo tanto a las personas afectadas por la emergencia como a los demás pacientes.

Una de las medidas planteadas fue establecer un pago por disponibilidad, de acuerdo con el grado de

afectación de cada institución. Este mecanismo buscaría contribuir al sostenimiento del personal de salud en aquellos casos en los que los daños hayan limitado la prestación de servicios y, con ello, los ingresos necesarios para remunerar a los equipos de trabajo.

> **» Para apoyar la recuperación de la infraestructura y la dotación,** la ACHC propuso facilitar el acceso de las IPS a créditos blandos, mediante líneas de financiación pública y mecanismos de garantía. «

Para apoyar la recuperación de la infraestructura y la dotación, la ACHC propuso facilitar el acceso de las IPS a créditos blandos, mediante líneas de financiación pública y mecanismos de garantía. Asimismo, solicitó dar prioridad en el giro directo de recursos a las instituciones públicas, privadas y mixtas ubicadas en las zonas afectadas, de manera que cuenten con liquidez para mantener su operación durante la emergencia.

El gremio planteó también estudiar el uso excepcional y provisional de una parte de las reservas técnicas de las EPS para financiar medidas de apoyo y pagar cartera pendiente a las IPS. Estas propuestas, señaló la Asociación, deben acompañarse de acciones de alcance general para conciliar y depurar cuentas, normalizar los contratos y garantizar un flujo de recursos hacia los prestadores.

Con las comunicaciones enviadas y la reunión de la ministra con su Junta Directiva, la ACHC abrió un espacio de interlocución con el nuevo Gobierno.

Meditech 2026 creció en visitantes y participación internacional

La IX Feria Internacional de la Salud, Meditech 2026, recibió a más de 12.700 visitantes entre el 28 y el 31 de julio en Corferias, Bogotá.

En Meditech 2026, organizada por Corferias, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y Messe Düsseldorf North America, cerca de trescientos expositores de dieciséis países presentaron las últimas tecnologías médicas e innovaciones en salud. Los países participantes fueron Austria, Brasil, Canadá, China, Colombia, Dinamarca, Francia, Alemania, India, Italia, Malasia, Singapur, Corea del Sur, España, Taiwán y Estados Unidos.

El evento confirmó, una vez más, la posición de Bogotá como el principal punto de encuentro de la



El acto de apertura de Meditech 2026 contó con la presencia de Andrés López Valderrama, Presidente de Corferias; María Fernanda Atuesta, Presidenta de la FOC; Juan Carlos Giraldo, Director General de la ACHC y los representantes de Messe Düsseldor, socios de la feria.












Cerca de trescientos expositores de dieciséis países presentaron en Meditech 2026, las últimas tecnologías médicas e innovaciones en salud.

industria de tecnología médica en las regiones Andina, Pacífico y Caribe, reuniendo a fabricantes, distribuidores, prestadores de servicios de salud y tomadores de decisión del sector para impulsar oportunidades de negocio, intercambio de conocimiento y colaboración regional.

"Los negocios cerrados durante estos cuatro días son la respuesta del sector a los retos actuales. Cada contrato de tecnología, cada *software* adquirido y cada alianza firmada se traduce en diagnósticos más rápidos, cirugías más seguras y hospitales más eficientes. El compromiso de inversión de las clínicas colombianas para proteger la vida de sus pacientes es más fuerte que nunca", afirmó Juan Carlos Giraldo, director de la ACHC.

Entre las novedades de esta edición, estuvo la Arena CEATH, un espacio en el que nueve finalistas presentaron desarrollos tecnológicos ante expertos y visitantes. La iniciativa culminó con reconocimientos a cuatro compañías de la industria de la salud en innovación, calidad y sostenibilidad, además de un galardón elegido por el público.

- Innovación: Suministros Radiográficos recibió el premio por su sistema de resonancia magnética uMR Ultra.
- Calidad: WX Medtech SAS ganó con su dispositivo WX2.
- Sostenibilidad: Stryker se llevó el premio por su Sistema de Gestión de Residuos Neptune 3.
- Reconocimiento del Público: Energymed Solutions recibió el cuarto premio, definido exclusivamente por la votación de los asistentes durante las presentaciones en la Arena CEATH.

Con este formato, la feria amplió las oportunidades de interacción en torno a las soluciones propuestas por sus expositores e integró la exhibición de nuevas tecnologías con el relacionamiento y la conversación sobre el futuro del sector hospitalario.

La décima edición de Meditech se realizará en julio del 2028.

El Congreso de la ACHC presentó la agenda para el presente y futuro del sector















Los asistentes destacaron la calidad de la agenda presentada en el XVI Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas

El XVI Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, realizado el pasado 29 y 30 de julio en Corferias, Bogotá, reunió a cerca de ochocientos participantes que hicieron parte de una jornada académica centrada en las nuevas tendencias de la gestión hospitalaria que les entregó herramientas para la gestión diaria en sus instituciones.

Durante dos días, veinticinco conferencistas y panelistas de orden internacional compartieron perspectivas sobre atención basada en valor, sostenibilidad ambiental para instituciones de salud, eficiencia hospitalaria, talento humano, cambios demográficos y hospitales inteligentes. La agenda combinó el análisis de la coyuntura colombiana con experiencias internacionales útiles para orientar las decisiones de hospitales y clínicas.

El Congreso también abrió una conversación entre directivos de instituciones referentes de Iberoamérica: el Hospital Sírio-Libanês, de Brasil; el Hospital Universitario La Paz, de España; el Hospital Universitario Austral, de Argentina, y la Fundación Valle del Lili, de Colombia. Sus experiencias pusieron sobre la mesa

distintas formas de fortalecer la gestión, la cultura institucional, la innovación y la sostenibilidad.

Una de las novedades de esta edición fue la instalación de tres salas paralelas, dedicadas al gobierno corporativo, la sostenibilidad ambiental y la implementación de inteligencia artificial en salud. Estos espacios permitieron profundizar en asuntos que en la actualidad forman parte de los temas estratégicos de las instituciones prestadoras de servicios de salud.











"Los desafíos son enormes, pero también lo es la capacidad de nuestras instituciones para innovar, para adaptarse y seguir cumpliendo su misión con compromiso, ética y excelencia. La esperanza de un cambio positivo siempre ha estado latente en este sector, que le ha demostrado al país valentía y resiliencia en los peores momentos; por ello, nunca dejaremos de innovar de crecer y de aprender", indicó en el acto de instalación la Dra. Doris Sarasty, presidente de la Junta Directiva de la ACHC, a la vez que invitó al sector y a todos los agentes del sistema de salud colombiano a construir una agenda común que priorice la vida, la calidad y la sostenibilidad financiera del sistema.







La ACHC reunió nuevamente al sector en torno al conocimiento, el intercambio de experiencias y la construcción de respuestas para el presente y el futuro de la atención en salud.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

AGRADECE
EL APOYO DE SUS MIEMBROS PATROCINADORES:

B|BRAUN SHARING EXPERTISE

BIOART TECNOLOGÍA PARA LA VIDA

bionexo

EXPERTOS SEGURIDAD

Johnson&Johnson MedTech

OSIGU

PHILIPS

SIEMENS Healthineers

stryker

4.º Simposio de Soluciones Exitosas: experiencias de la industria para la gestión hospitalaria













Cerca de 280 directivos y profesionales participaron en el 4.º Simposio de Soluciones Exitosas de Entidades Aliadas del Sector Hospitalario, realizado el pasado 28 de julio y organizado por la ACHC como apertura de su agenda académica en Meditech 2026.

En esta edición del Simposio, reconocidas compañías como Stryker, B. Braun, Johnson & Johnson MedTech, Philips, Siemens Healthineers, Bioart, Bionexo, Osigu y Expertos Seguridad, compartieron con el sector salud soluciones y casos de éxito enfocados en temas como la sostenibilidad y la eficiencia en quirófanos, la seguridad y la trazabilidad de dispositivos médicos, la transformación del ciclo de ingresos, las aplicaciones de inteligencia artificial en oncología, las nuevas tecnologías quirúrgicas y la planeación de compras y abastecimiento.

Más allá de presentar desarrollos tecnológicos, el Simposio permitió examinar cómo estas soluciones pueden contribuir a resolver problemas concretos de la operación hospitalaria.

"Como Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas nos sentimos orgullosos de programar estrictamente el simposio y propiciar este foro, este espacio de encuentro. Esta iniciativa tiene vocación de permanencia y expansión… La idea de gestionar la generosidad de ustedes y de promover el acercamiento entre los miembros de la industria y las instituciones prestadoras










de servicios de salud es una idea correcta y es una idea necesaria. Por lo tanto, el gremio seguirá impulsándola y mejorándola", indicó el doctor Juan Carlos Giraldo Valencia en la apertura del Simposio.

Con cuatro ediciones realizadas, el Simposio se consolida como parte de la propuesta de valor de la ACHC para sus empresas afiliadas y como un punto de encuentro para acercar conocimiento, experiencias y capacidades de la industria a hospitales y clínicas.

Todas las presentaciones pueden ser consultadas en: https://achc.ott10.com/es/videos

La ACHC otorgó el Galardón Nacional Hospital Seguro a seis reconocidas instituciones de Colombia

Seis instituciones de salud colombianas fueron reconocidas con el VIII Galardón Nacional Hospital Seguro, categoría Excelencia en Seguridad del Paciente, durante la ceremonia realizada en el marco del XVI Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, en Meditech 2026. El reconocimiento es el resultado de un riguroso proceso de evaluación que comprendió la revisión de informes de postulación, visitas de campo y la valoración de un jurado internacional.

Las instituciones galardonadas en esta edición del premio fueron:

- Hospital Infantil Los Ángeles (Pasto, Nariño).
- Clínica El Rosario Sede Tesoro (Medellín, Antioquia).



El Galardón Nacional Hospital Seguro exalta a las instituciones que demuestran resultados de excelencia soportados en una atención cada vez más segura, confiable y cercana con sus pacientes.

» Este reconocimiento exalta el trabajo de organizaciones que han demostrado que la excelencia se construye con liderazgo, cultura de seguridad, mejoramiento continuo y un profundo compromiso con la calidad de la atención. «



- Organización Clínica Bonnadona Prevenir sede Barranquilla (Barranquilla, Atlántico).
- Fundación Hospital San Vicente Paúl (Rionegro, Antioquia).
- Clínica del Caribe (Barranquilla, Atlántico).
- Clínica El Rosario Centro (Medellín, Antioquia).













"Felicitamos a las seis instituciones galardonadas por hacer de la seguridad del paciente un compromiso permanente y una prioridad estratégica. Este reconocimiento exalta el trabajo de organizaciones que han demostrado que la excelencia se construye con liderazgo, cultura de seguridad, mejoramiento continuo y un profundo compromiso con la calidad de la atención. Con su ejemplo, inspiran al sector salud colombiano a seguir elevando los estándares en beneficio de los pacientes y de la sociedad", afirmó el doctor Juan Carlos Giraldo, director de la ACHC.

La ACHC también otorgó un reconocimiento especial a las tres instituciones prestadoras de salud (IPS) de atención domiciliaria que participaron en el piloto de adaptación de la metodología a este tipo de servicios: Alivia IPS, IPS Cuidado Seguro en Casa y HealthLife IPS. Estas entidades no compitieron por el galardón; su participación permitió a la ACHC identificar los ajustes necesarios para extender la metodología a la atención domiciliaria, un entorno donde el cuidado depende directamente de la coordinación entre pacientes, familias y cuidadores.

La categoría Alta Confiabilidad y Prácticas Ultraseguras fue declarada desierta; en esta oportunidad, ninguna institución de las postuladas alcanzó el nivel de desarrollo requerido para el otorgamiento de este reconocimiento.

La ACHC celebró setenta años de trabajo junto al sector hospitalario colombiano

En el marco del XVI Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, la ACHC conmemoró sus setenta años con un acto dedicado a reconocer a las personas e instituciones que han contribuido a construir su historia.

Durante la celebración, la presidenta de la Junta Directiva recordó que la trayectoria del gremio ha estado marcada por la defensa de los principios, la búsqueda de consensos y el diálogo. Señaló que el aniversario es también una oportunidad para reflexionar sobre el presente del sistema de salud y tomar las decisiones que necesitan los prestadores. Frente a los desafíos actuales, destacó la valentía y la resiliencia con que las instituciones hospitalarias han sostenido su labor, así como su capacidad para seguir innovando y cuidando a los colombianos.

La ACHC concedió la Medalla al Mérito José del Carmen Acosta, en grado de Comendador, su máxima distinción institucional, a los expresidentes de la Junta Directiva Roberto Esguerra Gutiérrez, Andrés Aguirre Martínez y Luis Ignacio Mejía Ángel.



La ACHC exaltó y agradeció la gestión de los líderes del sector y compañías de la industria de la salud, que a lo largo de la historia han apoyado la gestión del gremio.



La celebración de los 70 años de trabajo de la ACHC por el fortalecimiento del sector prestador de servicios de salud, permitió el reencuentro de importantes líderes del sector salud colombiano.

También rindió homenaje a ocho instituciones fundadoras que continúan vinculadas al gremio: Fundación Hospital La Misericordia, Clínica del Caribe, Instituto Nacional de Cancerología, Clínica Palermo, Hospital Militar Central, Hospital San Pedro de Pasto, Hospital Universitario de La Samaritana y ESE Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios.

El acto concluyó con un cóctel en el que afiliados, homenajeados y aliados compartieron un momento de celebración por las siete décadas de la Asociación.

Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá

Facultad de **Psicología**

Nueva

Especialización en

Orientación Socio-Ocupacional

Ayuda a otros a encontrar su camino
¡Construye el tuyo!

Prepárate para acompañar decisiones que transforman vidas y conecta la educación, el talento y las oportunidades laborales.

Da el siguiente paso en tu carrera.

¡Inscríbete ahora!



SNIES 118708

| VIGILADA MINEDUCACIÓN |

Clínica Shaio: innovación, conocimiento y logros que transforman la atención dentro y fuera del hospital

Desde el primer día de funcionamiento, la Fundación Clínica Shaio ha sido pionera en el desarrollo de la medicina y la prestación servicios de salud en Colombia, al convertirse en el primer centro cardiovascular que existió en el país.

Esa trayectoria pionera se ha mantenido a lo largo de sus casi setenta años de operación, a través de hitos como el primer marcapasos cardiaco externo, desarrollado por el doctor Jorge Reynolds en 1958; la primera angioplastia coronaria, realizada en el país en 1982; el primer trasplante simultáneo de corazón y riñón, realizado en el 2002; la adquisición del primer robot Davinci y la realización de la primera cirugía robótica en el país en el 2018; la implementación de la primera central de telemonitoreo en tiempo real en el país, implementada en el 2023 con el programa de Sensórica, y el implante de marcapasos sin electrodos en ese mismo año.



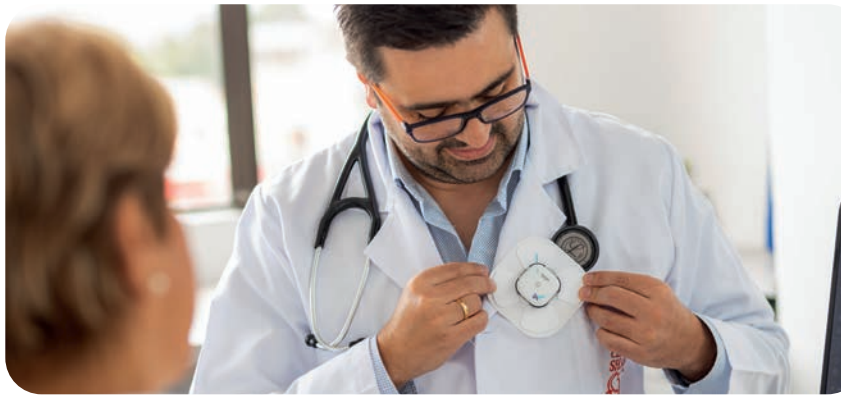
La Clínica Shaio se prepara para celebrar 70 años liderando la medicina vascular de alta complejidad en Colombia.

Los logros también se reflejan en los resultados asistenciales y en la experiencia de quienes reciben atención. La Shaio reporta, por ejemplo, un tiempo de 33 minutos desde el ingreso a urgencias hasta la obtención de la imagen cerebral en pacientes con ataque cerebrovascular, y una supervivencia al egreso del 65 % en su programa de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). A estos indicadores se suman una satisfacción general del 91,9 % y un 95,4 % de pacientes que volverían a atenderse en la institución y la recomendarían, respectivamente. Estas cifras muestran cómo la investigación, los equipos especializados y la capacidad del talento humano se conjugan con una atención que busca ofrecer respuestas oportunas y construir confianza en los pacientes y sus familias.

La Fundación Clínica Shaio también ha consolidado reconocimientos internacionales que respaldan la calidad de su atención especializada. Entre estos se encuentran la certificación en ataque cerebrovascular de la Organización Mundial del Ictus (WSO), obtenida en el 2022; el reconocimiento como Centro de Excelencia en ECMO de la Organización de Soporte Vital Extracorpóreo (ELSO), ese mismo año, y en el 2024 la certificación en radioneurocirugía de la Sociedad Internacional de Radiocirugía Estereotáctica (ISRS). En el 2025 sumó los reconocimientos como centros de excelencia en insuficiencia cardiaca y síndrome coronario agudo bajo el modelo europeo EFQM, así como el reconocimiento Oro en atención del ataque cerebrovascular. Estos logros,

junto con la acreditación en salud otorgada por Icontec, acompañan su trabajo por integrar investigación, tecnología y equipos especializados en una atención de calidad para los pacientes.

El énfasis, según lo explica el Dr. Gilberto Mejía, director de la Shaio, es mostrar "resultados, no procesos". La investigación y la formación acompañan ese propósito: la Clínica reporta ocho patentes y más de 3.200 estudiantes que rotan cada año por la institución, además de desarrollos en impresión tridimensional, sensores y dispositivos propios.



La Clínica Shaio desarrolla Sensórica como una alternativa de monitorización al paciente en escenarios extrahospitalarios e intrahospitalarios.

Sensórica: una central clínica que permite cuidar a distancia

El programa Sensórica de la Fundación Clínica Shaio combina dispositivos médicos de monitorización remota con una central clínica ubicada en la institución, desde donde profesionales de la salud realizan vigilancia permanente de las variables fisiológicas y hemodinámicas de los pacientes.

Los dispositivos permiten obtener información de manera continua y no invasiva. En el caso del monitor de pecho, por ejemplo, es posible registrar hasta trece variables hemodinámicas, incluido el trazo electrocardiográfico de una derivación.



La central clínica de la Shaio, es monitoreada de manera permanente por un equipo médico multidisciplinario.

La información es recibida en la central de monitorización de Sensórica, donde un equipo conformado por profesionales de la salud analiza los datos y responde al sistema de alertas. La Clínica Shaio señala que esta monitorización funciona veinticuatro horas al día, los siete días de la semana. De esta manera, el paciente puede encontrarse fuera de la institución y continuar conectado a un equipo clínico que vigila su evolución.

Una tecnología que encontró una necesidad real

El terremoto registrado en el Valle del Cauca el pasado 10 de agosto, obligó al Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV) a activar un plan de contingencia y restringir parte de su capacidad de atención como consecuencia de las afectaciones en su infraestructura.

En medio de este escenario, surgió una alternativa que hasta hace pocos años habría parecido difícil de imaginar: realizar procedimientos cardiovasculares en el hospital y continuar el monitoreo del paciente fuera de sus paredes, con información clínica transmitida en tiempo real a un equipo especializado.

Para hacerlo posible, la Fundación Clínica Shaio puso a disposición del HUV cincuenta dispositivos del programa Sensórica, junto con el conocimiento y el acompañamiento necesarios para

implementar el modelo de monitoreo remoto. La iniciativa permitió articular tecnología, talento humano y capacidad hospitalaria de ambas instituciones en torno a una necesidad concreta: seguir cuidando a los pacientes cardiovasculares, incluso cuando la infraestructura disponible se encontraba limitada.

"Una emergencia como la que vivió el Valle del Cauca nos permitió demostrar que la tecnología puede ayudarnos a llevar el cuidado del paciente más allá de las paredes del hospital. Desde la Clínica Shaio pusimos nuestra experiencia, tecnología y capacidad de monitorización al servicio de una necesidad concreta: continuar vigilando a pacientes cardiovasculares aun cuando la capacidad física de una institución se encontraba limitada. Este tipo de tecnología también permite articular la atención de manera más eficiente, especialmente en situaciones como la actual, cuando existe una capacidad hospitalaria reducida y la infraestructura se encuentra comprometida", afirmó el Dr. Gilberto Mejía, director general de la Fundación Clínica Shaio.

El HUV aportó el conocimiento de sus pacientes y la atención asistencial, mientras que la Clínica Shaio aportó los dispositivos de Sensórica, su central de monitorización y el acompañamiento especializado para la vigilancia remota.

La iniciativa también contempla el apoyo al Hospital de Cartago, institución que hace parte de la red del Hospital Universitario del Valle y que, además, recibe pacientes provenientes de Pereira. Esta articulación amplía el alcance de la iniciativa y permite que la tecnología y el conocimiento compartido contribuyan a la continuidad del cuidado de pacientes cardiovasculares en distintos puntos de la región.

Laboratorio Keralty de la Clínica Colsanitas fortalece la excelencia diagnóstica con acreditación ONAC



Mario Isaza, Presidente de Laboratorio Keralty de Clínica Colsanitas, Johana Vargas, Gerente de Laboratorio Keralty de Clínica Colsanitas, Nidia Turmequé, Presidente de Clínica Colsanitas y Edwin Arvey Cristancho Pinilla - Director Ejecutivo del Organismo Nacional de Acreditación (Onac).

En un paso relevante para el fortalecimiento de la seguridad del paciente y la calidad del diagnóstico, el Laboratorio Keralty de la Clínica Colsanitas obtuvo la acreditación otorgada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), bajo la norma internacional ISO 15189:2022 (Código 25-LCL-002), para un grupo de pruebas de su portafolio de servicios.

"Esta acreditación representa el reconocimiento a la competencia técnica de nuestro laboratorio y al trabajo riguroso de nuestros equipos. Más allá del cumplimiento de un estándar internacional, reafirma

nuestro compromiso con resultados confiables y oportunos que contribuyan a decisiones clínicas seguras. Detrás de cada prueba hay un paciente y una familia que confía en nosotros, y esa responsabilidad nos impulsa a mantener los más altos estándares de calidad y mejora continua", afirmó Johanna Vargas, gerente del Laboratorio Keralty de la Clínica Colsanitas.

Uno de los aspectos más relevantes de esta acreditación es el respaldo técnico a las pruebas de tamizaje neonatal, en cumplimiento de los lineamientos del Programa Nacional de Tamizaje. Estas pruebas contribuyen a la identificación oportuna de patologías congénitas y metabólicas desde los primeros días de vida, facilitando intervenciones tempranas y mejores resultados en salud.

El aval otorgado bajo la norma internacional ISO 15189:2022 fortalece un modelo de atención centrado en la seguridad y la calidad, con beneficios para pacientes y profesionales de la salud:

- Confiabilidad diagnóstica: Resultados sustentados en procesos analíticos controlados y validados para apoyar la toma de decisiones clínicas.
- Competencia y trazabilidad: Evaluación rigurosa de la idoneidad del personal, la tecnología, los procesos y la infraestructura.

» **Uno de los aspectos más relevantes de esta acreditación es** el respaldo técnico a las pruebas de tamizaje neonatal, en cumplimiento de los lineamientos del Programa Nacional de Tamizaje. «

- Gestión preventiva del riesgo: Control de variables en las etapas preanalítica, analítica y posanalítica para reducir riesgos que puedan afectar la seguridad clínica.
- Reconocimiento internacional: Cumplimiento de una norma técnica internacional específicamente diseñada para los laboratorios clínicos.
- Mejora continua: Evaluaciones periódicas que promueven la revisión permanente de los procesos y el mantenimiento de altos estándares de calidad.

Con esta acreditación, el Laboratorio Keralty de la Clínica Colsanitas reafirma una forma de trabajo que pone la calidad del diagnóstico al servicio del paciente. El fortalecimiento permanente de los procesos del laboratorio se traduce en mejores herramientas para orientar las decisiones médicas, acompañar oportunamente los procesos de salud y contribuir a una atención más segura y efectiva.



El talento humano de los laboratorios de Keralty recibió el certificado acreditación ONAC

Recomendaciones a las IPS para garantizar continuidad del servicio ante impactos del fenómeno de El Niño

Para evitar, enfrentar o mitigar efectos del fenómeno de El Niño que puedan impactar la continuidad de los servicios de salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Meteorológica Mundial (OMM) y el Ministerio de Salud y Protección Social impartieron recientemente directrices y recomendaciones a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Estas entidades advierten que las condiciones de El Niño continúan intensificándose y que, según diversos modelos climáticos, alcanzarían su máxima intensidad entre noviembre del 2026 y enero del 2027.

El documento *Recomendaciones para fortalecer la seguridad no estructural de los establecimientos de salud ante los fenómenos hidrometeorológicos extremos,* publicado por la OPS en el 2024, entrega medidas para reducir estos riesgos. Sus objetivos son proteger a pacientes y trabajadores, mantener las operaciones, disminuir las pérdidas económicas y fortalecer la respuesta hospitalaria. Las orientaciones se articulan con el componente de seguridad no estructural del índice de seguridad hospitalaria y con la identificación de amenazas del entorno.

En los elementos arquitectónicos, se recomienda reparar y adecuar techos y paredes con materiales reflectantes y aislantes térmicos que reduzcan la absorción de calor. También conviene incorporar zonas de sombra y espacios de enfriamiento, así como favorecer la ventilación cruzada donde resulte apropiada.

Para proteger las líneas vitales, es necesario mantener en condiciones adecuadas los sistemas de climatización, ventilación, electricidad, agua y alcantarillado. Las instalaciones eléctricas y los equipos electrónicos deben contar con protección frente al sobrecalentamiento, mientras que los sistemas de comunicación requieren baterías o fuentes de energía de respaldo.

En cuanto a los equipos médicos, medicamentos y suministros sensibles al calor, deben almacenarse lejos de la radiación solar directa y bajo condiciones ambientales controladas. El monitoreo de temperatura y humedad, especialmente en áreas críticas, permite detectar oportunamente situaciones que puedan afectar su integridad o funcionamiento.

Gestión del agua y continuidad durante la sequía

La disponibilidad de agua segura es una prioridad. Las instituciones deben revisar periódicamente sus redes, reparar de inmediato las fugas e incorporar dispositivos de bajo consumo. También deben establecer protocolos de uso eficiente para lavanderías, esterilizadores y otros equipos o servicios que dependen del agua, evitando su desperdicio en actividades exteriores.

Como respaldo, se recomienda disponer de cisternas o depósitos protegidos, cubiertos y sellados. La captación de agua lluvia puede apoyar usos no críticos, como el riego; cualquier aprovechamiento que requiera tratamiento debe incluir vigilancia y garantía de su calidad. Asimismo, es necesario mantener reservas adecuadas de suministros críticos, incluida el agua estéril requerida para determinados procedimientos.

En el entorno hospitalario, las plantas adaptadas a la sequía y los techos verdes pueden contribuir

al aislamiento térmico y a reducir las necesidades de enfriamiento. Asimismo, deben reforzarse las medidas de protección contra incendios y vigilarse la calidad del aire interior ante posibles incendios cercanos.

Instrucciones para Colombia

La Circular Externa Conjunta 023 del 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS) establece instrucciones para la preparación y la respuesta del sector ante los efectos en salud de la temporada seca y del fenómeno de El Niño para el periodo 2026-2027. Para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), públicas y privadas, las medidas buscan asegurar una atención accesible, oportuna, segura, pertinente y continua, con especial énfasis en niños, adolescentes, gestantes, personas mayores, comunidades étnicas y pacientes con enfermedades crónicas.

Las IPS deberán disponer de servicios y capacidad instalada suficientes para atender a la población afectada, fortalecer el *triage* y mantener la coordinación con los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), para facilitar la referencia y la contrarreferencia.

También deberán reforzar su capacidad clínica, diagnóstica y de laboratorio para abordar el síndrome febril agudo, las enfermedades transmitidas por vectores, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, las intoxicaciones y otros eventos asociados a las condiciones climáticas. Esto incluye intensificar la búsqueda activa de casos, la vigilancia epidemiológica, la detección temprana de brotes y la notificación conforme a los lineamientos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Las instituciones deberán activar sus Comités Hospitalarios de Emergencias e implementar los Planes Hospitalarios de Emergencia y de contingencia, ajustados a los riesgos de cada territorio. La preparación debe incluir inventarios y disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos, oxígeno medicinal, hemocomponentes, insumos críticos y medios diagnósticos.

Prevención y fortalecimiento de capacidades

La circular contempla la capacitación del talento humano, la verificación de la adherencia a protocolos y guías de atención, así como la implementación de acciones de mejoramiento. Exige reforzar la bioseguridad, la prevención de infecciones asociadas a la atención, la limpieza, la desinfección, la gestión de residuos y, cuando corresponda, el control de vectores, y también proporcionar mascarillas a los sintomáticos respiratorios.

Las IPS deberán fortalecer la vacunación según los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones y promover la educación de pacientes, familias, cuidadores y comunidades sobre autocuidado, prevención de enfermedades y reducción de riesgos climáticos.

Finalmente, deberán monitorear la demanda de urgencias, hospitalización, cuidados intensivos y consulta externa para anticipar necesidades de expansión. Los prestadores con servicios de urgencias o internación deberán mantener actualizada la información de capacidad instalada, disponibilidad y ocupación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), y suministrar información complementaria a las autoridades territoriales o al CRUE cuando sea requerida para responder a emergencias.

Referencias

Ministerio de Salud Protección Social e Instituto Nacional de Salud. (2026). Circular Externa Conjunta 023 de 2026. *Directrices, instrucciones y acciones para la preparación y respuesta sectorial frente a los efectos en salud ante la temporada seca, y la actual ocurrencia del fenómeno de "El Niño" 2026-2027*. D. O. 53553.

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Recomendaciones para fortalecer la seguridad no estructural de los establecimientos de salud ante los fenómenos hidrometeorológicos extremos*. OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/61779

Organización Panamericana de la Salud. (2026). *Análisis de la situación de salud pública: El Niño en las Américas, 2026-2027*. OPS/OMS. https://www.paho.org/sites/default/files/2026/07/phsa-elnino-eegional-2026-es.pdf

La OPS presentó los logros recientes y desafíos persistentes en salud en países de las Américas

Pese a las limitaciones financieras y a un entorno de salud pública cada vez más complejo, los países de las Américas alcanzaron logros significativos en salud entre julio del 2025 y junio del 2026, indicó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su 63.º Consejo Directivo.

En el informe "Generar logros en materia de salud en la Región de las Américas mediante la resiliencia y la innovación", el director de la OPS, Jarbas Barbosa, destaca que en dicho periodo la organización y sus Estados miembros respondieron a desafíos urgentes de salud pública y a la par continuaron fortaleciendo los sistemas de salud, las instituciones y las alianzas necesarias para mejorar la atención y los resultados en salud a largo plazo.

Aunque los países enfrentaron una presión creciente sobre los sistemas de salud, al mismo tiempo respondieron a brotes de enfermedades, a desastres de origen natural y desastres relacionados con el clima, a la carga continua de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y a los desafíos persistentes en el acceso a la salud y a los servicios de salud.

Se destacan los avances en las iniciativas bandera de la OPS: la Alianza por la Atención Primaria de la Salud en las Américas, Mejor Atención para Enfermedades No Transmisibles, la Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades, la Transformación Digital del Sector de la Salud, Cero Muertes Maternas Prevenibles y la Plataforma Regional de Innovación y Producción. Además, se amplió la cartera de los Fondos Rotatorios Regionales de la OPS, lo que amplió el acceso de los países a vacunas, medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

Avances destacados

Brasil validó en diciembre del 2025 la eliminación de la transmisión del VIH materno-infantil, convirtiéndose en el país más poblado del mundo en alcanzar este hito, y en abril del 2026 lo hizo Bahamas. En junio del 2026 se validó eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la hepatitis B en Islas Turcas y Caicos. En marzo del 2026 se verificó eliminación de la lepra en Chile, siendo el primer país de la región en lograrla. Y en julio del 2026, la Organización Mundial de la Salud (OMS) certificó la eliminación del tracoma como problema de salud pública en El Salvador.

También siguió recuperándose la inmunización en la región: el número de menores de 1 año no vacunados disminuyó de 1,3 millones a 1,1 millones, según las últimas estimaciones de la OMS y Unicef sobre la cobertura nacional de inmunización.

Con el liderazgo técnico de la OPS, los países avanzaron en la elaboración y la ejecución de planes para la eliminación de múltiples enfermedades. A junio del 2026, Brasil, Colombia, El Salvador y Panamá habían puesto en marcha planes nacionales para acelerar la eliminación de enfermedades, mientras que Chile, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Uruguay estaban en el proceso de elaborar sus planes.

Para responder a desafíos crecientes en salud mental la OPS puso en marcha en septiembre del 2025 la Iniciativa Regional de Prevención del Suicidio, que apoya estrategias nacionales más sólidas, amplía el acceso a la atención e integra los servicios de salud mental en la

atención primaria de salud (APS). También se lograron avances en la prevención y el control de enfermedades no transmisibles (ENT) por medio de la iniciativa HEARTS en las Américas, de la OPS. Al final del periodo del informe, esta iniciativa se había extendido a más de 14.000 centros de APS, lo que permitía llegar a un estimado de 50 millones de personas adultas.

El apoyo de la OPS también contribuyó a avances en la atención del cáncer infantil en toda la región. Los países ampliaron el acceso a tratamientos especializados, medicamentos de calidad y recursos técnicos para mejorar los resultados en la población infantil y adolescente afectada.

Por medio de los Fondos Rotatorios Regionales, se garantizó un acceso oportuno y equitativo a vacunas, tecnologías sanitarias y medicamentos esenciales, incluidos productos de alto costo. Los fondos apoyaron a los Estados miembros de la OPS en la compra de más de 214 millones de dosis de vacunas, más de 10 millones de pruebas de diagnóstico y más de 1 millón de tratamientos. Paralelamente, ampliaron su cartera para incorporar nuevos medicamentos de alto costo, como tratamientos para cáncer de mama y próstata, esclerosis múltiple y enfermedades raras como las de Fabry y Gaucher. Con las compras mancomunadas, se consiguieron precios hasta un 90 % más bajos que los precios informados por los países.

La OPS intensificó el apoyo técnico para ayudar a los países a responder a emergencias de salud pública y fortaleció la respuesta a una variedad de eventos, desde desastres a gran escala hasta brotes de enfermedades y crisis prolongadas. En el periodo analizado, la OPS movilizó 174 toneladas de productos, insumos y equipamiento médico para ayudar en la respuesta a emergencias y en preparación para futuros eventos de salud pública en toda la región. Se hicieron 51 envíos a 19 países y territorios. Y el sistema de vigilancia de la OPS analizó más de 2,2 millones de señales relacionadas con posibles eventos de salud pública, lo que contribuye a una detección más temprana y una respuesta más rápida.

Desafíos persistentes en salud pública

Pese a los avances en salud pública en las Américas entre julio del 2025 y junio del 2026, persisten brechas de vacunación y vigilancia que favorecen los brotes de enfermedades prevenibles. La región perdió en noviembre del 2025 la verificación de estar libre de transmisión endémica del sarampión y, durante el periodo analizado, notificó 38.336 casos y 75 muertes. La cobertura de sus dos dosis disminuyó al 88 % y al 78 %, respectivamente, lejos del 95 % necesario para prevenir brotes y con marcadas desigualdades entre países y dentro de ellos. También se registraron



161 casos y 71 muertes por fiebre amarilla, principalmente en Colombia y Venezuela, mientras los brotes de tosferina y difteria, y las deficiencias en vacunación y vigilancia de la poliomielitis evidenciaron desafíos persistentes.

En cuanto al VIH, aunque se lograron avances en diagnóstico y tratamiento y la OPS lanzó en diciembre del 2025 la Alianza para su Eliminación en las Américas, continúan las barreras de acceso a los servicios, especialmente entre las poblaciones con mayor riesgo de infección. Según Onusida, en el 2024 se registraron unas 170.000 nuevas infecciones y 38.000 muertes relacionadas con el sida. La evolución muestra diferencias subregionales: entre el 2010 y el 2024 las nuevas infecciones disminuyeron un 21 % en el Caribe, pero aumentaron un 13 % en América Latina, lo que refuerza la necesidad de ampliar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento.

La salida normativa para las IPS frente el sismo del 10 de agosto del 2026

Ante un desastre natural o ante actos humanos, si hay algo a lo que se aspira es a que las instituciones prestadoras de servicios de salud se mantengan en pie, pues es la garantía de que habrá un lugar al cual acudir a recibir atención.

Por
Fabiola Alba Muñoz
Jefe jurídica ACHC
María Helena Patiño,
Analista jurídica ACHC

La respuesta primaria para lograr esa estabilidad es un marco normativo que establezca los mecanismos y los requisitos de seguridad conforme a la técnica necesaria, con la consciencia de que habrá situaciones y ocasiones en las que, aun así, el impacto es inevitable.

Colombia ha adoptado normatividad sobre construcciones sismorresistentes con miras a que los diseños y construcciones sean capaces de resistir fuerzas sísmicas o de otra naturaleza y minimizar así la pérdida de vidas humanas. Mediante la Ley 400 de 1997, se dictaron estos parámetros.

Los ministerios de Salud han impulsado procesos de reforzamiento y atendido las dificultades expresadas por los obligados, así como flexibilizaciones a su cumplimiento, ampliando plazos para la realización de las acciones necesarias. El último plazo concedido para las acciones de evaluación y reforzamiento estructural venció el 19 de diciembre del 2024 (leyes 715 del 2001, 1450 del 2011; resoluciones 5381 del 2013, 5240 del 2017 y 2132 del 2021).

Colombia también hace parte del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, en el que se comprometió con la realización de acciones para reducir la pérdida de vidas humanas y bienes derivados de desastres, los daños en infraestructura y servicios básicos como los de salud y educación.

Si bien es comprensible la complejidad de esos ajustes y reforzamientos, ante los recientes desastres naturales surge el interrogante de qué tan preparados estamos para enfrentarlos en el sector salud. Del cumplimiento pleno de la normatividad de reforzamiento estructural, no existe inventario.

El sismo del pasado 10 de agosto del 2026, ocurrido recién posesionado el nuevo Gobierno, obligó a adoptar medidas de emergencia frente a unas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que ya venían sufriendo dificultades de orden financiero, siendo cada vez más difícil el desarrollo idóneo de sus servicios. En ese escenario, es preciso que las acciones se encaminen a la atención inmediata de la emergencia y a la adopción de mecanismos y asignación de recursos para recuperar la infraestructura afectada y lograr que las IPS puedan seguir funcionando y manteniendo la atención en salud de la población.

El Gobierno nacional hizo una declaratoria de desastre nacional; luego declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica y expidió normatividad para atender sus efectos y ajustar temporalmente algunas obligaciones,

y posteriormente expidió medidas dirigidas a reparar la infraestructura y fortalecer la red pública.

Para el sector prestador de servicios de salud, estas medidas deben tener un objetivo común: mantener la atención a la población, incluso cuando la infraestructura, los recursos y las condiciones habituales de funcionamiento se encuentren afectados.

De acuerdo con la información de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), con corte al 16 de octubre del 2026[1], se registraban cuatrocientos seis centros de salud afectados en su infraestructura.

A estos daños se sumaron dificultades administrativas que también impactaron la capacidad de respuesta de las instituciones. La destrucción o la inhabilitación de sedes, archivos y sistemas de información impedía que algunos prestadores reunieran y radicaran oportunamente los soportes exigidos para presentar sus reclamaciones.

Aunque al inicio la cuantificación de los daños hospitalarios se encontraba en fase de diagnóstico en territorio, la información posteriormente consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social permitió estimar de manera preliminar las necesidades para atender los daños en la infraestructura de la red hospitalaria de los municipios y departamentos afectados en aproximadamente un billón novecientos cuarenta y ocho mil treinta y siete millones ciento dieciséis mil seiscientos sesenta y siete pesos ($1.948.037.116.667)[2].

1. Declaratoria de desastre nacional

Mediante el Decreto 1171 del 11 de agosto del 2026[3] se declaró la situación de desastre de carácter nacional por el sismo del 10 de agosto, por un término de doce meses. La medida activó el régimen especial de la Ley 1523 del 2012[4], ordenó la elaboración del Plan de Acción Específico para la Recuperación y definió los mecanismos para identificar a los damnificados mediante el Registro Único de Damnificados (RUD).

El decreto también incluyó mecanismos de financiación y creó la subcuenta temporal "SISMO 2026" dentro del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. Además, contempló transferencias a las entidades territoriales y medidas para facilitar la llegada de ayudas destinadas a atender la emergencia y avanzar en la rehabilitación, la reparación y la reconstrucción. Para el sector salud, esta declaratoria constituyó el marco inicial sobre el cual se construyeron medidas dirigidas a mantener y atender la prestación de los servicios y sus afectaciones en la red.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1852 del 13 de agosto del 2026, mediante la cual suspendió durante seis meses los efectos de la Resolución 1563 del 2026[5] relacionados con el reporte de enfermedades de alto costo, teniendo en cuenta que las afectaciones ocasionadas por el sismo podían limitar la capacidad de las instituciones para cumplir oportunamente con esta obligación. Luego, la Circular 028 del 14 de agosto del 2026[6] abordó directamente la continuidad de la atención en el marco de la situación de desastre.

La medida contempló aspectos relacionados con la coordinación de la red, la atención de los pacientes y las reclamaciones ante ADRES a través del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), incluyendo situaciones derivadas del traslado de pacientes desde instituciones afectadas.

[1] Reporte Situacional N.° 70 de la UNGRD, con corte al 7 de septiembre del 2026, a las 6:30 a. m.

[2] Véase considerandos del Decreto Legislativo 1415 del 2026.

[3] "Por el cual se declara una Situación de Desastre de Carácter Nacional".

[4] "Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones".

[5] "Por medio de la cual se establece el procedimiento para el reporte de datos e información relacionada con las enfermedades ruinosas y catastróficas, denominadas de alto costo, su validación, control de calidad y verificación de consistencia para el seguimiento oportuno por el Ministerio de Salud y Protección Social".

[6] Instrucciones a entidades promotoras de salud (EPS) y adaptadas sobre reclamaciones ante la ADRES por evento catastrófico o desastre natural derivadas de la declaratoria de situación de desastre nacional-sismo.

Estas disposiciones buscaron ajustar temporalmente el cumplimiento de algunas de las obligaciones de los agentes del sistema de salud, con miras a facilitar la prestación de los servicios de salud.

2. La Emergencia Económica, Social y Ecológica y las medidas para atender sus efectos

La declaratoria inicia con la expedición del Decreto 1261 del 19 de agosto del 2026, mediante el cual se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por grave calamidad pública.

La declaratoria tuvo una vigencia de treinta días calendario y estuvo dirigida a conjurar la crisis y evitar la extensión de los efectos derivados del sismo del 10 de agosto. El decreto habilitó al Gobierno nacional para adoptar, mediante decretos legislativos, las medidas necesarias para enfrentar la situación y realizar las operaciones presupuestales y de crédito público requeridas, así como disposiciones destinadas a adaptar temporalmente obligaciones de información y funcionamiento.

Por su parte, la Resolución 2018 del 28 de agosto del 2026[7] modificó excepcionalmente el plazo para el reporte de información relacionada con enfermedad renal crónica y sus precursoras, permitiendo realizar el reporte correspondiente al 2026 hasta el 30 de septiembre. La medida no eliminó la obligación ni modificó sus variables, estructura o contenido técnico; únicamente adaptó temporalmente el plazo frente a las dificultades operativas generadas por el sismo.

En la misma fecha, la Circular 30 del 28 de agosto del 2026[8] profundizó las instrucciones para la respuesta del sector salud, haciendo énfasis en la necesidad de mantener operativos los planes de emergencia y contingencia, la activación del comité hospitalario de emergencias, además de garantizar elementos indispensables para la prestación de los servicios, como talento humano, medicamentos, dispositivos médicos, hemoderivados, insumos, oxígeno medicinal, agua, energía y comunicaciones.

El Decreto Legislativo 1348 del 31 de agosto del 2026[9] modificó el ámbito territorial establecido por el Decreto 1261. Con base en la información actualizada de la UNGRD, incorporó a Caquetá y Santander y excluyó al Putumayo, al establecerse que las afectaciones allí identificadas no derivaban del sismo del 10 de agosto.

3. Recuperación y reconstrucción de la red de prestación de servicios de salud

Después de la fase inicial de marcos normativos, se expidió normatividad tendiente a recuperar la capacidad instalada que resultó afectada y la búsqueda de mecanismos para dar continuidad a la prestación de los servicios mientras se da la recuperación (Decretos Legislativos 1382, 1383 y 1389 del 9 de septiembre del 2026).

El Decreto Legislativo 1382[10] incorporó medidas financieras, administrativas e institucionales dirigidas a las entidades territoriales afectadas. Entre ellas se encuentra la suspensión durante el 2026 y el 2027 de ciertos términos de seguimiento y evaluación de programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado (ESE) clasificadas en riesgo medio o alto.

Asimismo, permitió durante el periodo establecido la reorientación de determinados recursos no comprometidos, saldos, excedentes y rendimientos financieros hacia gastos o proyectos relacionados con la emergencia, respetando las destinaciones constitucionales correspondientes. Se espera que esta medida permita que, más allá de la recuperación de la infraestructura, se brinden ayudas de orden financiero para las IPS.

[7] "Por el cual se declara una Situación de Desastre de Carácter Nacional".

[8] Instrucciones para la organización de la respuesta del sector salud, garantía de los servicios esenciales y recuperación ante la situación de desastre nacional.

[9] "Por medio del cual se modifica el ámbito territorial del Decreto Legislativo 1261 del 19 de agosto de 2026".

[10] "Por el cual se adoptan medidas financieras, administrativas e institucionales para las entidades territoriales en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por grave calamidad pública en parte del territorio nacional declarado mediante el Decreto 1261 de 2026 modificado a través del Decreto 1348 de 2026".

El Decreto Legislativo 1389[11] creó temporalmente una modalidad especial de obras por impuestos para la reconstrucción de los territorios afectados. La salud fue incluida expresamente dentro de las líneas de inversión, permitiendo que los proyectos estuvieran relacionados con aspectos como atención, recuperación, rehabilitación, reconstrucción, reposición, reforzamiento o mejoramiento de infraestructura y bienes afectados por la emergencia.

El Decreto Legislativo 1383[12] estableció una posibilidad excepcional para que las entidades territoriales afectadas pudieran utilizar, por una única vez, excedentes del sector salud del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET) destinados a infraestructura de la red pública de IPS necesaria para atender y conjurar los efectos de la emergencia.

Este mecanismo introduce una fuente extraordinaria de financiación; no obstante, su uso está sometido a requisitos de planeación, formulación, evaluación y viabilidad técnica por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y ha sido objeto de reparos por parte de algunos representantes sectoriales.

El Decreto 1415, por su parte, establece medidas frente a obligaciones y trámites e incorpora instrumentos financieros y administrativos con medidas extraordinarias para el sector salud, entre ellos: la exención durante doce meses de cuotas moderadoras y copagos para los damnificados registrados y validados; el uso de recursos territoriales para reparar y dotar la red pública afectada; transferencias directas para cubrir obligaciones laborales y garantizar la permanencia del talento humano; mecanismos de compra de cartera y créditos con tasa compensada para prestadores afectados; la suspensión por doce meses de los términos de prescripción de determinadas reclamaciones ante la ADRES, y la posibilidad de suspender hasta por cuatro meses ciertos trámites sanitarios ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), cuando los daños impidan atenderlos oportunamente.

Pasados dos meses de este infortunado desastre, podemos ver que garantizar la continuidad de los servicios de salud implica mucho más que mantener abiertas las IPS. La emergencia obligó a tomar medidas sobre distintos aspectos del sistema, la atención de los pacientes, la coordinación entre instituciones, la disponibilidad de talento humano e insumos, los reportes de información, la infraestructura, la financiación y el flujo de recursos.

Aunque ha habido flexibilizaciones en algunas disposiciones sobre trámites o la disposición recursos extraordinarios para paliar la situación, se mantienen obligaciones que no pueden detenerse como el pago al talento humano y a los proveedores para contar con los insumos necesarios para la atención. Una emergencia de esta magnitud demuestra que la continuidad de los servicios de salud no depende de una sola norma, sino de la capacidad del sistema para responder, adaptarse y reconstruirse, sin perder de vista su propósito esencial y el compromiso tanto del Estado como de los agentes del sistema de salud de garantizar la atención de la población.

Para el sector salud, en especial, el trabajo no termina con la expedición de los decretos y demás actos administrativos. Ahora corresponde revisar qué medidas le aplican a cada institución, dejar documentadas las afectaciones, utilizar los mecanismos disponibles y gestionar los apoyos necesarios para mantener los servicios mientras se avanza en la recuperación. En la tabla 1 se muestran las normas expedidas a la fecha.

[11] "Por el cual se autoriza una destinación excepcional de los recursos excedentes del sector salud del FONPET para la recuperación de la infraestructura de la red pública de IPS de las entidades territoriales afectadas".

[12] "Por el cual se habilita, por una única vez, un plazo extraordinario para presentar los requisitos habilitan tes con el fin de acceder a los recursos de la nómina de pensionados y excedentes del Fondo Nacional de Pensiones Territoriales - FONPET y se autoriza una destinación excepcional de los recursos excedentes del sector salud para la recuperación de la infraestructura de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a las entidades territoriales afectadas en desarrollo del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado mediante el Decreto 1261 del 19 de agosto de 2026, modificado por el Decreto 1348 del 31 de agosto de 2026".

Tabla 1.

Normas del sector salud expedidas en el marco de la emergencia ocasionada por el sismo del 2026

N.º	Tipo de norma	Número	Fecha	Asunto	Medidas principales
1	Decreto	1171	11/08/2026	Declaración de Situación de Desastre de Carácter Nacional	Declara la situación de desastre nacional por el sismo del 10 de agosto del 2026, por doce meses, prorrogables por un periodo igual con concepto favorable del Consejo Nacional para la Gestión del Riesgo. Activa el régimen especial de la Ley 1523 del 2012; ordena la elaboración del Plan de Acción Específico para la Recuperación; define como damnificados a quienes figuren en el Registro Único de Damnificados (RUD); prevé la participación de entidades públicas y privadas del SNGRD; dispone mecanismos de financiación y crea la subcuenta temporal "SISMO 2026" del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres; contempla transferencias a entidades territoriales, y un régimen aduanero para auxilios destinados a respuesta, rehabilitación, reparación y reconstrucción.
2	Resolución	1852	13/08/2026	Suspensión de los efectos de la Resolución 1563 de 2026 – reporte de enfermedades de alto costo	Suspende por seis meses los efectos de la Resolución 1563 del 2026 (reporte de enfermedades de alto costo), considerando las afectaciones del sismo sobre infraestructura, servicios y condiciones de operación que limitaron la implementación y el cumplimiento oportuno de las obligaciones.
3	Circular	28	14/08/2026	Atención en el marco de la situación de desastre nacional	Imparte instrucciones sobre continuidad de la atención, coordinación de la red y reclamaciones ECAT ante ADRES derivadas del sismo. Permite reclamaciones por servicios de salud, transporte, muerte, gastos funerarios e incapacidad permanente, incluyendo traslados de pacientes internados en IPS afectadas. ADRES reconoce servicios hasta $36.749.788,32; superado el tope, la EPS asume el reconocimiento y el pago conforme a la normativa vigente.
4	Decreto	1261	19/08/2026	Declaratoria del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por grave calamidad pública en Antioquia, Caldas, Cauca, Chocó, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Huila, Valle del Cauca, Tolima, Putumayo, Norte de Santander, Bolívar, Nariño y Sucre, por treinta días calendario, para conjurar la crisis y evitar la extensión de los efectos del sismo del 10 de agosto del 2026. Finalizada el 17 de septiembre.
5	Resolución	2018	28/08/2026	Modificación transitoria del reporte de información de Enfermedad Renal Crónica	Modifica excepcionalmente el plazo de reporte de ERC y sus precursoras hipertensión arterial y diabetes mellitus correspondiente al 2026, por las afectaciones operativas derivadas del sismo. El reporte a la Cuenta de Alto Costo se realiza hasta el 30 de septiembre del 2026. La medida no exonera de reportar ni modifica las demás condiciones, variables, estructura, contenido técnico o periodo de medición.
6	Circular	30	28/08/2026	Respuesta del sector salud ante la situación de desastre y continuidad de servicios	Orienta la respuesta coordinada de autoridades, IPS, aseguradores y CRUE durante la situación de desastre. Las IPS deben activar el comité hospitalario de emergencias y mantener operativos sus planes de emergencia y contingencia, garantizando talento humano, medicamentos, dispositivos, hemoderivados, insumos, oxígeno medicinal, agua, energía, comunicaciones y demás recursos esenciales.
7	Decreto Legislativo	1348	31/08/2026	Modificación del ámbito territorial del Decreto Legislativo 1261 de 2026	Modifica el ámbito territorial de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada por el Decreto Legislativo 1261. Incluye a los departamentos de Caquetá y Santander y excluye a Putumayo, al determinarse que las afectaciones de este último no se derivaban del sismo del 10 de agosto del 2026. La modificación se fundamenta en los reportes situacionales 47 y 54 de la UNGRD y en la evolución de la verificación de las afectaciones.
8	Decreto Legislativo	1389	09/09/2026	Modalidad especial de Obras por Impuestos para la Reconstrucción	Crea temporalmente una modalidad especial de Obras por Impuestos para reconstrucción de territorios afectados por el sismo. Incluye salud pública e infraestructura de salud pública como línea de inversión y permite proyectos de atención, recuperación, rehabilitación, reconstrucción, reposición, reforzamiento o mejoramiento de infraestructura y bienes directamente afectados.
9	Decreto Legislativo	1383	09/09/2026	Destinación excepcional de recursos excedentes del sector salud del FONPET para infraestructura de la red pública de IPS	Por una única vez, y de manera excepcional, facilita el acceso de entidades territoriales afectadas a recursos excedentes del FONPET. En el 2026 permite destinar excedentes del sector salud a infraestructura de la red pública de IPS necesaria para atender y conjurar los efectos de la emergencia. Exige observancia de instrumentos de planeación y requisitos de formulación, evaluación y viabilidad técnica; el MSPS presta asistencia técnica y ejerce las competencias de evaluación y viabilidad que le correspondan.
10	Decreto Legislativo	1382	09/09/2026	Medidas financieras, administrativas e institucionales para entidades territoriales	Suspende durante el 2026 y el 2027 los términos de monitoreo, seguimiento y evaluación de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE en riesgo medio o alto de entidades territoriales cobijadas. Hasta el 31 de diciembre del 2027 permite reorientar determinadas rentas, saldos, excedentes y rendimientos no comprometidos hacia gastos o proyectos directamente relacionados con la emergencia, sin afectar destinaciones constitucionales.
11	Decreto	1415	17/09/2026	Medidas en materia de salud en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Suspende hasta por cuatro meses determinados términos de trámites sanitarios ante el Invima para solicitantes afectados (no comprende actuaciones sancionatorias, renovación de certificaciones de buenas prácticas ni alertas sanitarias); autoriza uso extraordinario de saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado y excedentes de rentas cedidas para recuperación de la red pública afectada; permite por seis meses transferencias directas a ESE y administradores de infraestructura pública para obligaciones laborales y del talento humano; permite reasignar recursos no girados; habilita mecanismos ADRES de compra de cartera y compensación de tasas de interés sobre líneas de crédito blandas; suspende por doce meses el término de prescripción de reclamaciones de prestadores cuya infraestructura fue afectada; elimina temporalmente intereses moratorios sobre aportes de afectados, manteniendo el capital, y elimina por doce meses cuotas moderadoras y copagos a damnificados identificados en RUD y validados en BDUA, sin trasladarlos a IPS.

HOSPITALARIA

2026 • AÑO 26 •

WWW.REVISTAHOSPITALARIA.ORG



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

¡Paute con nosotros!

Información:

comunicaciones@achc.org.co

publicidadhospitalaria@achc.org.co

Celular:

310 2616106 - 315 2031887

Seguridad hospitalaria: anticipar riesgos para proteger la atención

El tránsito diario de pacientes, familiares, trabajadores y proveedores plantea desafíos de seguridad que van más allá del control de ingreso. El modelo Arpía, desarrollado por *Expertos Seguridad,* propone integrar personas, procesos y tecnología para detectar situaciones de riesgo y facilitar una respuesta oportuna.

¿Cuántas personas entran cada día a un hospital o a una clínica? En una institución de alta complejidad pueden ser miles. Cada ingreso, desplazamiento y acceso a un área restringida forma parte de una operación que debe mantenerse abierta para prestar atención, pero que también necesita proteger a pacientes, colaboradores e instalaciones.

Un ingreso no autorizado, la fuga de un paciente, la sustracción de medicamentos o un incidente en el área neonatal pueden tener consecuencias graves. A estos escenarios se suman los riesgos digitales: una falla provocada en un sistema de información puede dificultar la atención, comprometer la continuidad de los servicios y afectar gravemente la reputación de una institución de salud. Por ello, la seguridad hospitalaria exige hoy una mirada que abarque tanto los espacios físicos como los datos y los procesos de la institución.

Durante años, la respuesta se apoyó principalmente en vigilantes, cámaras y controles de acceso. Estos recursos siguen siendo necesarios, pero su utilidad depende también de la capacidad para relacionar la información que producen y actuar a tiempo. Una cámara puede registrar un movimiento inusual y un sistema puede reportar un ingreso fuera de horario; si esas señales permanecen aisladas, el equipo de seguridad pierde oportunidades para identificar el riesgo antes de que ocurra un incidente.

"A ello se suman las posibles consecuencias legales. La falta de controles, de trazabilidad y de información adecuada para las auditorías puede exponer a la institución a demandas. También está en juego la continuidad de la operación. Pensemos, por ejemplo, en un ciberataque que afecte un sistema vital de la clínica: alguien podría cifrar la información o alterar el sistema de información hospitalaria, impidiendo que los equipos cuenten con las herramientas necesarias para prestar el servicio y generando un caos en la operación. Estos son algunos de los riesgos que enfrentamos cuando no tenemos una visión integral de la seguridad", explica el ingeniero Eric Addison Gómez, gerente de innovación tecnológica en Expertos Seguridad.

De las señales aisladas a una respuesta coordinada

Con esa premisa Expertos Seguridad desarrolló el modelo Arpía, una propuesta de gestión del riesgo que articula personal, procedimientos, analítica, tecnologías de seguridad y automatización. No se trata de instalar una herramienta única. El punto de partida es conocer cómo funciona cada institución, cuáles son sus áreas más sensibles y qué mecanismos de protección tiene disponibles.

Según el ingeniero Gómez, "Arpía no es un *software,* una plataforma ni un sistema de cámaras. Es un modelo

que reúne personas, procesos, tecnología, analítica, inteligencia y automatización. Su propósito es aprovechar esos recursos para pasar de la reacción a la prevención. En este modelo, el riesgo no se evalúa únicamente a partir de la probabilidad y el impacto. Incorporamos otras variables que alimentan un sistema central de análisis, el cual recibe continuamente datos de los diferentes sistemas de seguridad. Allí se valoran aspectos situacionales, de conducta, tiempo, espacio y contexto para determinar el nivel de criticidad de cada evento".

El modelo busca reunir información procedente, entre otros recursos, de cámaras con analítica de video, controles de acceso, alarmas y sistemas de identificación de personas o vehículos. También incorpora un componente de ciberseguridad para detectar comportamientos anómalos en redes y sistemas de información. Al analizar estas señales junto con variables como el lugar, la hora y el contexto de cada evento, el centro de monitoreo puede priorizar las alertas y orientar la actuación del personal.

Esta integración responde a un problema frecuente: las instituciones disponen de distintos sistemas que operan por separado. Aprovechar los equipos existentes y conectarlos cuando sea técnicamente posible permite obtener una visión más completa de lo que sucede, sin asumir que todas las áreas requieren la misma solución.

Los posibles usos muestran el alcance de este enfoque. En los accesos, una identificación más precisa y el registro de los desplazamientos autorizados pueden ayudar a controlar quién ingresa y hacia dónde se dirige. En hospitalización, la combinación de procedimientos y alertas puede apoyar la respuesta ante un paciente con riesgo de fuga. En zonas como neonatos o almacenamiento de medicamentos, los controles pueden ajustarse a la sensibilidad de cada espacio. La información recopilada también facilita la revisión posterior de incidentes y el seguimiento de las medidas adoptadas.

Un modelo ajustado a cada institución



El Modelo Arpía permite la gestión integral de la seguridad en las instituciones de salud.

La implementación de Arpía comienza con una visita y un diagnóstico de riesgos físicos, operativos y digitales. A partir de allí se revisan los procedimientos, el papel del equipo humano y los sistemas que ya utiliza la institución. Después se diseña la integración, se pone en marcha y se hace seguimiento mediante indicadores, como el número de alertas generadas y los tiempos de respuesta.

El proceso puede desarrollarse por fases, empezando por las áreas de mayor criticidad. Esto permite que cada hospital o clínica defina prioridades según sus riesgos y sus posibilidades de inversión. También abre la oportunidad de revisar cómo se distribuyen los recursos de vigilancia entre presencia humana y apoyo tecnológico. Según la compañía desarrolladora, en determinadas instituciones esta evaluación podría generar ahorros de hasta del 30 % en los costos asociados a vigilancia; el resultado dependerá del diagnóstico y de las condiciones de cada operación.

Para los directivos hospitalarios, gestionar la seguridad implica proteger a las personas y, al mismo tiempo, cuidar la continuidad de la atención y la confianza depositada en la institución. Contar con información integrada no elimina los riesgos, pero puede ayudar a reconocerlos antes, tomar decisiones con mayor sustento y responder con más rapidez cuando se presenta una alerta.

Establecen contenidos mínimos y suficientes para programas de nefroprotección en Colombia



Considerando que la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública de magnitud creciente en Colombia dada su carga clínica, funcional y económica significativa, especialmente en los estadios avanzados que requieren terapia de reemplazo renal (TRR), y que una proporción importante de esta carga es prevenible mediante la detección temprana y el manejo oportuno de sus principales precursores, como la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA), la Cuenta de Alto Costo (CAC) desarrolló una herramienta técnica para establecer los contenidos mínimos y suficientes para la estructuración y la operación de los programas de nefroprotección de población adulta en el sistema de salud.

Al aportar estos contenidos, el objetivo es estandarizar los modelos de atención integral y la gestión del riesgo. Asimismo, se busca definir los componentes operativos de los programas de nefroprotección, incluyendo los criterios de ingreso al programa y los lineamientos del modelo de atención para garantizar la continuidad, la oportunidad y la coherencia en la gestión del riesgo. Además, definir las intervenciones clínicas, farmacológicas, nutricionales, educativas, psicosociales y de gestión administrativa del riesgo, que constituyan el conjunto de prestaciones mínimas y suficientes para la prevención primaria, la ralentización de la progresión y el manejo integral de la ERC.

La herramienta propone estructurar los programas en torno a tres grupos poblacionales definidos, según el estadio de la ERC y la presencia de condiciones precursoras: personas con DM, HTA o ERC en estadios 1 y 2 (grupo 1); personas con ERC en estadios 3a y 3b (grupo 2), y personas con ERC en estadios 4, 5 y en terapia médica no dialítica (TMND) (grupo 3). La estratificación por grupos poblacionales, basada en el estadio de la ERC y la presencia de DM o HTA, permite orientar las intervenciones de manera proporcional al riesgo. Esta lógica de estratificación constituye el eje organizador del programa.

Para cada grupo se definieron componentes mínimos y suficientes frente al modelo de atención, así como en los dominios clínico, educativo y de evaluación, con criterios explícitos de seguimiento, derivación y ajuste del plan de manejo. El propósito es orientar los equipos de salud en la implementación de intervenciones estandarizadas, basadas en evidencia y adaptadas al perfil de riesgo de cada persona, con el objetivo de ralentizar la progresión de la ERC, reducir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida de la población afectada.

La herramienta tiene aplicación en Colombia y está dirigida principalmente a los actores involucrados en la atención integral de la población con ERC, HTA o DM, dado que estas dos últimas constituyen las principales condiciones precursoras de la ERC en el país.

La CAC advierte que, si bien esta herramienta busca apoyar la estandarización de los procesos asistenciales y promover la toma de decisiones basadas en la evidencia, sus contenidos no pretenden cambiar, modificar, reemplazar o eliminar las guías de práctica clínica (GPC), los protocolos de atención, ni la escogencia de los tratamientos o procedimientos por parte de los profesionales. Tampoco busca influir en las relaciones entre las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), y no tiene injerencia en aspectos relacionados con tarifas, pagos, infraestructura, costos, tipos de contratación u otros aspectos relacionados con el pago por la atención prestada a las personas.

Resultados

Los programas de nefroprotección tienen como objetivo general mejorar la salud renal de la población colombiana, y reducir la carga individual y poblacional de la ERC. Para alcanzar este objetivo, se realizan procesos de identificación temprana y manejo integral y oportuno de los factores de riesgo y de la ERC en todos sus estadios.

Los objetivos específicos de estos programas son: prevenir la ERC o retardar su progresión; disminuir la incidencia de complicaciones renales y cardiovasculares; optimizar el control de las condiciones precursoras, como la DM y la HTA; fomentar un papel activo y corresponsable del paciente y sus cuidadores en el autocuidado, la adherencia al tratamiento establecido, la asistencia regular a los controles y la toma de decisiones; fortalecer la educación estructurada en salud renal, promoviendo la comprensión de la enfermedad, sus riesgos y su tratamiento; mejorar la experiencia de la persona a lo largo del continuo de la atención y mejorar la calidad de vida de los individuos, así como reducir el costo socioeconómico relacionado con la ERC.

El programa de nefroprotección está dirigido a personas adultas con diagnóstico de HTA, DM o ERC en cualquier estadio, que necesitan ingresar de manera temprana al programa. Una vez vinculadas, deben permanecer en el programa a lo largo del continuo de atención. Para efectos operativos, las personas se organizan en tres grupos poblacionales, definidos según el continuo de riesgo de progresión de la ERC, con el propósito de orientar la intensidad de las intervenciones, el seguimiento y los mecanismos de coordinación del cuidado.

Ruta operativa y componentes del programa

La operación del programa de nefroprotección se estructura en cinco etapas secuenciales y articuladas entre sí, que configuran la ruta para el manejo de la ERC y sus condiciones precursoras:

1. Identificación de la población con factores de riesgo o diagnóstico establecido de ERC.
2. Estratificación según el estadio y la condición clínica.
3. Implementación de los componentes de intervención definidos para cada grupo.
4. Seguimiento periódico con ajuste del plan de manejo según la evolución clínica.
5. Evaluación continua mediante indicadores de proceso y resultado.

Los componentes mínimos de un programa de nefroprotección implican la implementación de un modelo de atención multidisciplinario, centrado en la persona y que incluya una toma de decisiones compartida. Asimismo, la articulación entre los niveles de atención, sostenida por herramientas de telesalud, es una condición estructural para la continuidad del cuidado y la efectividad del programa.

La educación de la persona y del equipo de salud es un componente transversal de los programas. Para las personas con DM, HTA o ERC, la educación estructurada para la autogestión debe iniciarse desde el momento del diagnóstico. Paralelamente, el equipo de salud debe fortalecer las competencias para la identificación temprana del riesgo renal, la correcta estadificación, la comunicación clínica y la toma de decisiones compartida.

Defensoría identificó principales barreras de acceso en salud y propuso agenda para reducir vulneraciones y mejorar resultados

En su informe "Diálogos para la Protección Inmediata del Derecho a la Salud: Aprendizajes y decisiones impostergables desde los territorios", la Defensoría del Pueblo reunió los principales hallazgos del seguimiento realizado en el 2026 por medio de los Diálogos para la Protección Inmediata del Derecho a la Salud (DIPSA).

El análisis de quejas, tutelas, reclamos, información de las entidades promotoras de salud (EPS), verificaciones con usuarios y visitas territoriales permitió identificar brechas entre los reportes institucionales y la atención recibida. Un medicamento entregado con retraso, una remisión autorizada que no se concreta o una red sin capacidad suficiente evidencian que los indicadores administrativos no reflejan por sí solos la garantía efectiva del derecho a la salud.

El aumento de barreras de acceso en salud se evidencia en los registros de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), donde los reclamos de las EPS (sin EPSI) reportados pasaron de 1.300.732 en el 2023 a 1.604.965 en el 2024 y a 2.048.439 en el 2025. Solo en el primer semestre del 2026 se registraron 1.034.235 reclamos. En este sentido, es preocupante que los reclamos relacionados con medicamentos se triplicaron entre el 2023 y el 2025 (de 194.415 a 547.992), pasando de representar el 15 % al 27 % del total de reclamos, con 234.401 reclamos adicionales en el primer semestre del 2026.

Esta tendencia la confirma la Defensoría del Pueblo, donde las quejas en salud casi se duplicaron entre el 2023 y el 2025 (de 27.202 a 51.250), con un incremento del 22 % al comparar el primer semestre del 2026 frente al mismo periodo del 2025; dentro de estas, las quejas por medicamentos se cuadruplicaron en el mismo lapso (de 4.008 en el 2023 a 16.070 en el 2025). Y la judicialización del derecho a la salud, medida según las tutelas ante la Corte Constitucional, muestra un crecimiento sostenido desde el 2020, alcanzando en el 2025 su nivel más alto en la serie histórica (312.567 tutelas), lo que en conjunto refleja una creciente presión ciudadana sobre el sistema de salud y sus mecanismos de protección.

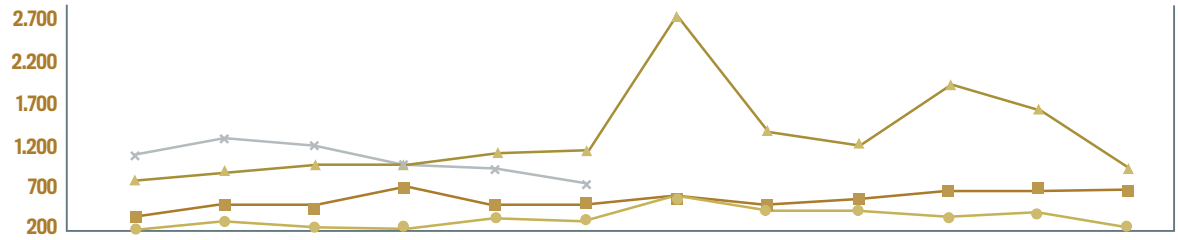
Para febrero del 2026, en las mesas de trabajo adelantadas por la Defensoría, un conjunto de EPS reportó una efectividad promedio del 92,0 % en entrega de medicamentos. En contraste, la encuesta aplicada por la Defensoría en ejercicio de verificación del derecho a 5.763 usuarios a nivel nacional entre el 2025 (3.721 participantes) y el 2026 (2.042 participantes entre enero y agosto), evidenció que cerca del 87 % de las personas manifestó experimentar problemas en la entrega de sus medicamentos, en su mayoría por falta de disponibilidad. Debe resaltarse que las principales vulneraciones se concentran en los siguientes grupos de EPS: Nueva EPS (presencial nacional), Famisanar, Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), Servicio Occidental de Salud (SOS), Coosalud, ASMET Salud y Capresoca. Estas diferencias evidencian la necesidad de complementar los indicadores institucionales con mecanismos de verificación que permitan valorar la

oportunidad, la continuidad y la efectividad real del acceso a medicamentos.

Entre enero del 2023 y junio del 2026, la Defensoría registró 33.063 quejas en salud relacionadas con medicamentos, con tendencia creciente. En el 2025 hubo un incremento significativo en el número de casos, comportamiento que se mantuvo en los primeros meses del 2026 y que refleja un posible agravamiento de las barreras para el acceso oportuno (figura 1).

Figura 1.

Comportamiento mensual de quejas en salud - Defensoría del Pueblo por medicamentos, 2023-2026



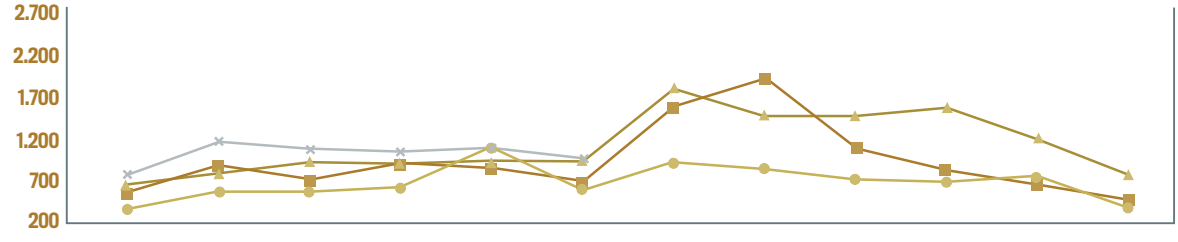
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2023	204	271	228	242	337	332	549	441	412	356	388	248
2024	364	507	463	672	529	524	580	500	557	658	674	668
2025	808	908	1.017	989	1.119	1.177	2.784	1.404	1.219	2.000	1.690	955
2026	1.104	1.289	1.202	973	938	783						

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

Entre enero del 2023 y junio del 2026, la Defensoría registró 39.423 quejas relacionadas con dificultades para la asignación de citas médicas. Esta cifra la ubica como el segundo motivo de queja más reportado, que lo posiciona como una de las principales barreras de acceso. Y durante el primer semestre del 2026 se recibieron 6.214 quejas, frente a 5.226 registradas en el mismo periodo del 2025, lo que representa un incremento del 19 %. La falta de oportunidad en la asignación de citas y la negación del servicio continuaron siendo las principales causas reportadas por las personas usuarias (figura 2).

Figura 2.

Comportamiento mensual de quejas en salud - Defensoría del Pueblo por citas, 2023-2026



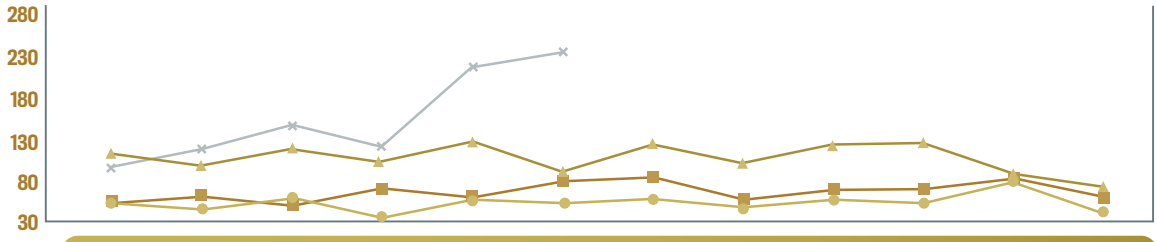
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2023	391	586	588	641	1.111	596	927	847	728	693	751	404
2024	588	888	722	906	862	705	1.590	1.939	1.103	836	674	495
2025	669	799	938	927	954	939	1.818	1.503	1.481	1.586	1.229	795
2026	784	1.185	1.089	1.062	1.095	999						

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

Un hallazgo muy recurrente fue el deterioro de los procesos de referencia y contrarreferencia. Las fallas en estos procesos pueden generar retrasos en el acceso a servicios especializados, procedimientos diagnósticos o tratamientos, con el consecuente riesgo de agravamiento del estado de salud de los pacientes. Entre enero del 2023 y junio del 2026, la Defensoría del Pueblo registró 3.774 quejas relacionadas con referencia y contrarreferencia, lo cual evidencia un incremento sostenido en dicho periodo analizado (figura 3).

Figura 3.

Comportamiento mensual de quejas en salud relacionadas con referencia y contrarreferencia-Defensoría del Pueblo por citas, 2023-2026



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2023	57	59	62	39	59	58	61	52	62	58	81	45
2024	59	65	55	73	65	82	87	61	71	73	86	63
2025	116	101	121	105	128	93	126	104	124	127	91	76
2026	99	119	148	121	217	234						

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

La estrategia DIPSA permitió, además, identificar qué dificultades relacionadas con el flujo de recursos entre aseguradores y prestadores aparecen de manera recurrente en los reportes de los actores del sistema y pueden traducirse en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

Ante las problemáticas evidenciadas, la Defensoría del Pueblo propone al Gobierno nacional una agenda inmediata centrada en cinco líneas estratégicas:

1. Estabilizar y priorizar las EPS y entidades con mayores riesgos para la continuidad de la atención y mayores vulneraciones a los usuarios, protegiendo a las personas con situaciones clínicas críticas.
2. Priorizar los territorios con mayores barreras y fortalecer su capacidad de respuesta, incluyendo los afectados por el sismo.
3. Valorar y fortalecer la red de prestación de servicios con enfoque de macrorregiones.
4. Implementar un plan de monitoreo y análisis del marco legal para la transición y el salvamento de las EPS intervenidas.
5. Fortalecer la respuesta en salud mental ante la creciente demanda derivada de la emergencia producto del terremoto.

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

El Informe DIPSA 2026 deja una conclusión central: las barreras de acceso no responden a una única causa, y la interacción entre estas dificultades desde diversas instancias termina trasladando al paciente las consecuencias de las fallas del sistema.

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

** Importante

* Informativa

1. CORTE CONSTITUCIONAL

***** Auto 1302**
(22 de septiembre del 2026)
Parámetros para la fijación de la UPC correspondiente a la vigencia 2027 - Reiteración de órdenes.

Establece parámetros que deberán observarse para la fijación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) correspondiente a la vigencia 2027, en seguimiento a las órdenes 21 y 22 de la Sentencia T-760 del 2008.

Reitera al Ministerio de Salud y Protección Social las obligaciones de mejorar la calidad, suficiencia y confiabilidad de la información utilizada para calcular la UPC, demostrar técnicamente la suficiencia de esta para financiar los servicios y tecnologías a su cargo, garantizar que la UPC integral del régimen subsidiado corresponda, como mínimo, al 95 % de la UPC integral del régimen contributivo, mientras no exista evidencia técnica suficiente que justifique una diferencia mayor.

Para la fijación de la UPC del 2027, el ministerio debe considerar, entre otros factores, las frecuencias de utilización, severidad y costos de las atenciones, carga de enfermedad, envejecimiento de la población, costos de medicamentos y tecnologías, talento humano, inflación sectorial, tasa de cambio, condiciones territoriales y nuevas inclusiones financiadas con cargo a la UPC. También debe analizar el impacto de los cambios significativos en la distribución de afiliados derivados de liquidaciones, retiros, intervenciones o traslados de EPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social debe determinar técnicamente el rezago acumulado de la UPC, diferenciando los costos atribuibles al valor de la prima de aquellos relacionados con gestión, ineficiencias, flujo de recursos u otras circunstancias ajenas a su cálculo. La corrección del rezago puede realizarse progresivamente, pero la UPC del 2027 no puede fijarse por debajo de las necesidades propias de dicha vigencia.



En materia presupuestal, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe garantizar la disponibilidad y el giro oportuno de los recursos requeridos para financiar la UPC del 2027, con fundamento en las necesidades técnicamente determinadas por el Ministerio de Salud. Las restricciones fiscales, por sí solas, no pueden justificar una asignación inferior a los recursos requeridos. En un contexto caracterizado por el aumento de las acciones de tutela, las reclamaciones y las barreras de acceso, una asignación insuficiente de recursos para financiar las prestaciones a cargo de la UPC podría profundizar las dificultades que actualmente enfrentan los usuarios, prestadores y demás agentes del sistema.

El ministerio debe presentar a la Corte, a más tardar el 15 de enero del 2027, un informe sobre el proceso de fijación de la UPC 2027, que incluya la calidad de la información utilizada, la metodología aplicada, la justificación técnica de la suficiencia del valor definido y el proceso de participación adelantado.

2. GOBIERNO NACIONAL

*** **Decreto 1415 (17 de septiembre del 2026)** Medidas en materia de salud en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Establece medidas en materia de salud en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por grave calamidad pública en parte del territorio nacional declarado mediante el Decreto 1261 del 2026, modificado por el Decreto 1348 del 2026. Las medidas están orientadas a facilitar la recuperación de la red de servicios de salud, garantizar la continuidad de la atención y brindar mecanismos financieros y administrativos a los actores afectados por la emergencia, de la siguiente manera:

- *Suspensión de términos ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).* Permite suspender temporalmente los términos de determinados trámites sanitarios para los solicitantes afectados por el sismo, con el fin de evitar el vencimiento de actuaciones que no puedan atenderse por las condiciones de la emergencia. La suspensión individual podrá ser hasta por cuatro meses.

- *Uso extraordinario de recursos del sector salud.* Se autoriza utilizar saldos disponibles de las cuentas maestras del régimen subsidiado y excedentes de rentas cedidas para financiar la reparación, rehabilitación, reconstrucción, dotación y adquisición de equipos de la red pública directamente afectada por el sismo.

- *Transferencias directas a la red pública.* Durante seis meses podrán realizarse transferencias directas a las Empresas Sociales del Estado (ESE) y administradores de infraestructura pública afectados, para financiar obligaciones laborales, remuneraciones, aportes a seguridad social y demás compromisos relacionados con el talento humano en salud.

- *Reasignación de recursos no girados.* El Ministerio de Salud y Protección Social podrá modificar o dejar sin efecto asignaciones de recursos realizadas antes del 19 de agosto del 2026 que no hayan sido giradas, para destinarlas exclusivamente a atender la emergencia y recuperar la capacidad de prestación de servicios de salud.

- *Mecanismos financieros a través de la ADRES.* La ADRES podrá administrar recursos destinados a la emergencia y, durante doce meses, destinarlos a mecanismos de compra de cartera y compensación de tasas de interés sobre líneas de crédito blandas, dirigidos a los actores de salud vinculados a la emergencia.

- *Suspensión del término para reclamaciones ante la ADRES.* Se suspende por doce meses el término de prescripción de las reclamaciones de los prestadores cuya infraestructura haya sido afectada por el sismo. La medida no revive términos que ya hubieran vencido antes del 10 de agosto del 2026.

- *No causación de intereses moratorios.* Durante doce meses no se causarán intereses moratorios por el pago extemporáneo de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales a cargo de los empleadores e independientes afectados e identificados conforme a los mecanismos establecidos. La obligación de pagar el capital de los aportes permanece vigente.

- *Eliminación temporal de cuotas moderadoras y copagos.* Durante doce meses no se cobrarán

cuotas moderadoras ni copagos a los afiliados damnificados identificados en el Registro Único de Damnificados (RUD) y validados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), para la totalidad de los servicios y tecnologías en salud que requieran. Las entidades promotoras de salud (EPS) no podrán trasladar estos valores a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni condicionar la atención a su pago.

*** **Decreto Legislativo 1389 (9 de septiembre)**

Modalidad especial de Obras por Impuestos para la Reconstrucción.

Crea temporalmente una modalidad especial de Obras por Impuestos para la Reconstrucción de los territorios afectados por la emergencia ocasionada por el sismo, para financiar y ejecutar proyectos destinados a atender, recuperar, rehabilitar, reconstruir, reforzar, mejorar o reponer infraestructura, bienes y servicios afectados, así como restablecer servicios esenciales y contribuir a la recuperación económica y social de los territorios afectados.

La modalidad especial utilizará las opciones previstas en el artículo 238 de la Ley 1819 del 2016 y en el artículo 800-1 del Estatuto Tributario, con las excepciones y reglas especiales establecidas en el decreto. La Agencia de Renovación del Territorio (ART) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) deberán adoptar el Manual Operativo de Obras por Impuestos para la Reconstrucción, con los lineamientos, procedimientos, criterios de priorización, condiciones operativas y demás instrumentos necesarios para su implementación.

Contempla entre las líneas de inversión para la reconstrucción la "Salud pública e infraestructura de salud pública". Los proyectos podrán comprender inversiones directamente relacionadas con la atención, recuperación, rehabilitación, reconstrucción, reposición, reforzamiento o mejoramiento de infraestructura y bienes directamente afectados.

Los proyectos deberán estar directamente relacionados con las afectaciones ocasionadas por el terremoto y sus réplicas, y corresponder a las necesidades de recuperación y reconstrucción identificadas en los instrumentos oficiales. La metodología de priorización considerará, entre otros factores, la magnitud de la afectación, la criticidad de la infraestructura o servicio, la población beneficiada, la madurez técnica del proyecto, el tiempo estimado de ejecución, la capacidad de implementación y la contribución al restablecimiento de servicios esenciales y a la recuperación económica y social.

*** **Decreto Legislativo 1383 (9 de septiembre)**

Destinación excepcional de recursos excedentes del sector salud del FONPET para infraestructura de la red pública de IPS.

Establece, por una única vez y de manera excepcional, medidas para facilitar el acceso a recursos del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET) por parte de las entidades territoriales afectadas por la emergencia. Para la vigencia 2026, las entidades territoriales afectadas podrán presentar los requisitos habilitantes para el retiro de recursos excedentes de dicho fondo de los sectores de educación y propósito general dentro de los 30 días hábiles siguientes a la expedición del decreto, y la respectiva solicitud de retiro dentro de los 45 días hábiles siguientes.

Durante el 2026 los municipios afectados podrán destinar los recursos excedentes del sector salud a infraestructura de la red pública de IPS que se requiera para atender y conjurar los efectos adversos ocasionados por las circunstancias que dieron lugar a la declaratoria de emergencia. La destinación de estos recursos deberá observar los instrumentos de planeación de inversiones en infraestructura y dotación en salud, así como los requisitos de formulación, evaluación y viabilidad técnica aplicables de conformidad con la normativa

vigente.

*** **Decreto Legislativo 1382 (9 de septiembre)**
Medidas financieras, administrativas e institucionales para las entidades territoriales en el marco de la emergencia.

Adopta medidas financieras, administrativas e institucionales para las entidades territoriales comprendidas en el ámbito de la emergencia declarada por el Decreto 1261 del 2026, modificado por el Decreto 1348 del 2026. Las medidas están dirigidas exclusivamente a conjurar las causas de la perturbación y a impedir la extensión o la agravación de los efectos de la calamidad pública.

En dicho marco dispone que durante las vigencias 2026 y 2027 se suspendan los términos de monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados y en ejecución de las ESE categorizadas en riesgo medio o alto, cuando se trate de entidades territoriales comprendidas en el ámbito de aplicación del decreto.

Adicionalmente, el decreto permite, hasta el 31 de diciembre del 2027, que las asambleas departamentales y los concejos distritales y municipales de las entidades territoriales comprendidas en su ámbito de aplicación, a iniciativa del gobernador o alcalde, reorienten determinadas rentas, saldos de apropiación, excedentes y rendimientos financieros de destinación legal, siempre que no estén comprometidos y se destinen a gastos o proyectos directamente relacionados con la emergencia, sin afectar destinaciones constitucionales.

*** **Decreto 1261 (19 de agosto)**
Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

El decreto declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por grave calamidad pública en los departamentos de Antioquia, Caldas, Cauca, Chocó, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Huila, Valle del Cauca, Tolima, Putumayo, Norte de Santander, Bolívar, Nariño y Sucre, por el término de treinta días calendario, con el fin de conjurar la crisis y evitar la extensión de los efectos del sismo ocurrido el 10 de agosto del 2026.

Por lo anterior, el Gobierno nacional adoptará mediante decretos legislativos las medidas necesarias para conjurar la crisis e impedir la extensión de sus efectos, y dispondrá las operaciones presupuestales y de crédito público necesarias para llevarlas a cabo.

3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

*** **Resolución 2080 (8 de septiembre)**
Revocatoria de la Resolución 1732 del 2026 sobre inscripción y habilitación de prestadores de servicios de salud.

Revoca en su integridad la Resolución 1732 del 2026, mediante la cual se había establecido el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud, las condiciones para la habilitación de los servicios y los tomos I y II del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

La decisión se adopta, entre otras razones, porque la Resolución 1732 no fue publicada en el *Diario Oficial* y, por tanto, no adquirió eficacia externa ni fuerza obligatoria frente a sus destinatarios. Adicionalmente, se identificaron incompatibilidades relacionadas con la interpretación vinculante de criterios de habilitación, el alcance de la verificación territorial y el denominado Plan de Adecuación Progresiva, que permitía diferir el cumplimiento de estándares de habilitación hasta por cuatro años. En consecuencia, continúan aplicándose, sin solución de continuidad, la Resolución 3100 del 2019 y sus normas modificatorias, junto con las demás disposiciones vigentes en materia de inscripción y habilitación de servicios de salud.

*** **Circular 30 (28 de agosto)**
Modificación transitoria del reporte de información de Enfermedad Renal Crónica.

Tiene como propósito orientar, organizar y coordinar la respuesta de los actores del sector salud en los territorios afectados, propender a la continuidad de los servicios esenciales, fortalecer la vigilancia y gestión de los riesgos para la salud pública y articular las actuaciones de las autoridades sanitarias, prestadores, aseguradores, Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) y demás actores.

Estas instrucciones deberán aplicarse durante la situación de desastre y mientras subsistan las condiciones que motivaron su expedición, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa sanitaria vigente y de las demás instrucciones que emitan las autoridades competentes. La respuesta del sector salud deberá desarrollarse de manera articulada con las instancias territoriales y nacionales del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD), dentro de las competencias de cada entidad, y con enfoque territorial, diferencial, de género, de derechos y de curso de vida, atendiendo especialmente las necesidades de las poblaciones que enfrenten mayores condiciones de vulnerabilidad o barreras de acceso a los servicios de salud.

Las IPS deben activar el comité hospitalario de emergencias y mantener operativos los planes hospitalarios de emergencias y contingencias, adoptando las medidas necesarias para garantizar la continuidad de los servicios esenciales y la disponibilidad de talento humano, medicamentos, dispositivos médicos, hemoderivados, insumos, oxígeno medicinal, agua, energía, comunicaciones y demás recursos necesarios para la atención.

*** **Resolución 2018 (28 de agosto)**
Modificación transitoria del reporte de información de Enfermedad Renal Crónica.

Modifica transitoriamente la fecha establecida para el reporte de información de Enfermedad Renal Crónica (ERC) y sus precursoras hipertensión arterial y diabetes mellitus correspondiente a la vigencia 2026. La medida tiene como fundamento las circunstancias extraordinarias derivadas del evento sísmico ocurrido el 10 de agosto del 2026 y las afectaciones generadas en la capacidad operativa de las entidades responsables del reporte.

En este sentido, la Resolución 2018 del 2026 establece que, excepcionalmente para la vigencia 2026, el reporte a la Cuenta de Alto Costo de la información de ERC y sus precursoras hipertensión arterial y diabetes mellitus deberá efectuarse por cada EPS y demás entidades obligadas a compensar, mediante el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo, hasta el 30 de septiembre del 2026. La información objeto del reporte corresponde a la medición realizada entre el 1.° de julio del 2025 y el 30 de junio del 2026.

La modificación es exclusivamente aplicable al reporte correspondiente a la vigencia 2026 y no modifica las demás condiciones, variables, estructura, contenido técnico ni el periodo de medición establecido para dicho reporte. Por tanto, la ampliación del plazo no constituye una exoneración de la obligación de reportar, sino una medida temporal destinada a permitir que las entidades responsables culminen adecuadamente los procesos de recolección, validación y certificación de la información, garantizando los estándares técnicos y de calidad exigidos.

*** **Resolución 1852 (13 de agosto)**
Suspende los efectos de la Resolución 1563 del 2026 - Reporte enfermedades de alto costo.

Suspende los efectos de la Resolución 1563 del 2026 por seis meses, contados a partir de la publicación de la Resolución 1852 en el *Diario Oficial*. La Resolución 1563 del 2026 estableció un

periodo de transitoriedad de seis meses durante el cual las entidades destinatarias debían remitir al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Cuenta de Alto Costo la información relacionada con las enfermedades ruinosas y catastróficas denominadas de alto costo.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el 10 de agosto de l2026 se presentó en Colombia un evento sísmico de significativa magnitud, que generó afectaciones en diferentes zonas del territorio nacional, sobre infraestructura, servicios y condiciones de operación, circunstancia extraordinaria que ha limitado la capacidad de algunos de los destinatarios de la Resolución 1563 del 2026 para adelantar oportunamente las actividades necesarias para su implementación y cumplimiento.

*** **Resolución 1816 (6 de agosto)**

Acceso, prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de tecnologías y servicios no financiados con UPC.

Actualiza los procedimientos relacionados con el acceso, prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC. También contempla determinadas tecnologías en salud excluidas que excepcionalmente pueden ser prescritas por el médico tratante mediante la herramienta tecnológica MIPRES.

Las IPS deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud, encargada de analizar y aprobar, con criterios médicos, técnicos y de pertinencia, determinadas prescripciones realizadas mediante MIPRES. Cuando una IPS no cuente con profesionales suficientes para conformar la Junta, la EPS deberá reasignar la prescripción a otra IPS de su red que cuente con dicha Junta.

Los datos consignados por el profesional de la salud en la prescripción mediante MIPRES no podrán ser modificados por las EPS, entidades adaptadas o IPS. Las IPS, proveedores de tecnologías en salud y proveedores de servicios complementarios que realicen o garanticen el suministro, deberán reportar a la EPS o entidad adaptada la información relacionada con el suministro efectivo, en tiempo real o, como máximo, dentro de los ocho días calendario siguientes a su realización. Para los servicios hospitalarios, el término se cuenta desde el egreso del paciente. Así mismo, se establece un periodo de transición de tres meses para permitir los ajustes operativos de la herramienta MIPRES y la preparación de los responsables.

*** **Resolución 1812 (6 de agosto)**

Atención integral de recién nacidos, niñas y niños con antecedente de prematurez o bajo peso al nacer – Programa Madre Canguro.

Adopta los lineamientos técnicos y operativos para la atención integral en salud de los recién nacidos, niñas y niños con antecedente de prematurez o bajo peso al nacer, incluyendo las atenciones para el seguimiento ambulatorio en Programas Madre Canguro.

Las entidades responsables de la gestión de la atención deberán garantizar la continuidad del cuidado desde el nacimiento y adoptar los mecanismos necesarios para la articulación de la atención, incluyendo la remisión y el seguimiento ambulatorio en el Programa Madre Canguro, conforme a las condiciones y responsabilidades definidas en los lineamientos. Los prestadores que oferten o realicen el seguimiento ambulatorio de esta población deberán organizar y poner en funcionamiento el Programa Madre Canguro de acuerdo con las disposiciones técnicas y operativas establecidas.

*** **Resolución 1809 (5 de agosto)**

Reporte de información para el giro directo de recursos de UPC y presupuestos máximos.

Establece el mecanismo para el reporte de información requerido para la programación y ejecución del giro directo a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, con cargo a los recursos de la UPC, así como para el reporte relacionado con el pago de servicios y tecnologías financiados con recursos de presupuestos máximos.

También deberán realizar los registros contables correspondientes y amortizar la cartera respectiva, de manera que los recursos recibidos queden reflejados en su contabilidad de acuerdo con los montos girados y con las facturas o códigos de contrato publicados por la ADRES.

En los casos de contratos bajo las modalidades de capitación o Pago Global Prospectivo (PGP), cuando el prestador haya recibido recursos por concepto de anticipo mediante giro directo y no cumpla con la obligación de emitir la correspondiente factura, no podrá ser objeto de nuevas programaciones de giro directo hasta que subsane dicha situación. El reporte de los campos correspondientes al Código Único de Factura Electrónica (CUFE) y al Código Único de Validación (CUV) comenzará a regir a partir del tercer mes contado desde la fecha de expedición de la resolución.

** **Resolución 1801 (5 de agosto)**
Modificación de la gestión territorial integral de la salud pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

Modifica parcialmente la Resolución 1597 del 2025 para corregir errores formales de transcripción y precisar algunas disposiciones relacionadas con la gestión territorial integral de la salud pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

Se precisa que, en el nivel municipal, se implementará un único PIC, garantizando la concurrencia técnica y financiera entre las entidades territoriales departamentales y municipales. Asimismo, se corrige la referencia normativa para indicar que los acuerdos de voluntades para las intervenciones colectivas deben cumplir el Decreto 441 del 2022 y la Resolución 2335 del 2023.

Las ESE y demás instituciones contratadas para la ejecución del PIC deberán observar estas disposiciones. La resolución aclara que se trata de correcciones y precisiones que no modifican materialmente el alcance de las competencias asignadas.

*** **Resolución 1799 (5 de agosto)**
Resumen Digital de Atención (RDA) de dispensación de medicamentos.

Modifica la Resolución 1888 del 2025 para incorporar el Resumen Digital de Atención (RDA) de dispensación de medicamentos, para fortalecer el modelo de Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE). Esta medida busca ampliar el intercambio de información clínica y garantizar la trazabilidad del suministro de medicamentos desde la prescripción hasta su dispensación efectiva, fortaleciendo la continuidad de la atención y el seguimiento de las tecnologías en salud.

De este modo, el RDA será el mecanismo mediante el cual se realizará el registro integral del ciclo de las tecnologías en salud, iniciando con los medicamentos, desde su prescripción hasta su dispensación o administración, garantizando la interoperabilidad, la disponibilidad y la continuidad de la información requerida para el seguimiento sectorial. También adopta un modelo de intercambio de información estructurado en dos fases operativas: planeación de la entrega y ejecución de la entrega, conformadas por los momentos funcionales de direccionamiento, programación y entrega, que permitirán identificar de manera secuencial y trazable las actuaciones desarrolladas por los diferentes actores del sistema. El mecanismo de

IHCE comprenderá los servicios de generación, envío, búsqueda y consulta del RDA.

Establece un régimen de transición conforme al cual los gestores farmacéuticos y las instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas para el servicio farmacéutico dispondrán de seis meses, contados a partir del 1.º de septiembre del 2026, para realizar los ajustes necesarios en sus sistemas de información y adecuarlos a la estructura, formato y requisitos técnicos adoptados en el marco de la IHCE. Además, adopta los lineamientos técnicos para la operación de la IHCE mediante el uso del RDA, con el fin de facilitar la integración de los prestadores de servicios de salud con el Ministerio de Salud y Protección Social.

** **Resolución 1763 (5 de agosto)**

Sistema de Información para la Centralización de Alertas de Abastecimiento de Tecnologías en Salud (SISCAATS).

Establece el Sistema de Información para la Centralización de Alertas de Abastecimiento de Tecnologías en Salud (SISCAATS), como una herramienta informática interoperable destinada a recopilar, consolidar, detectar e identificar las situaciones que puedan afectar el adecuado aprovisionamiento de medicamentos de síntesis química, gases medicinales, productos biológicos, radiofármacos y dispositivos médicos.

Este sistema tiene como finalidad realizar el monitoreo y el seguimiento de los posibles riesgos que puedan afectar la disponibilidad de las tecnologías en salud, consolidando información sobre el abastecimiento y permitiendo identificar un inventario local. Asimismo, busca contribuir a la definición e implementación de acciones de prevención, mitigación y vigilancia y servir como insumo para la planeación y la toma de decisiones de los diferentes actores del sector. Las IPS deberán reportar, en los términos establecidos, la información correspondiente a las tecnologías en salud que sean dispensadas o suministradas en el marco de acuerdos de voluntades con los regímenes especiales y de excepción.

** **Resolución 1780 (5 de agosto)**

Compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos antirretrovirales para el VIH.

Establecen los criterios para la compra centralizada del medicamento dolutegravir, lamivudina y tenofovir disoproxil fumarato (DLT), en combinación de dosis fija, destinado a la prevención y al tratamiento de la infección por VIH, así como disposiciones relacionadas con su distribución, suministro y seguimiento.

El suministro deberá contar con trazabilidad a través de la herramienta tecnológica MIPRES, registrando las diferentes etapas del proceso, incluyendo la prescripción, direccionamiento, programación, dispensación, suministro y reporte de la entrega efectiva.

** **Resolución 1758 (5 de agosto)**

Plan de atención del sector salud para población migrante, refugiada, retornada y comunidades de acogida.

Adopta el Plan de Atención del Sector Salud para la población migrante, refugiada, retornada y las comunidades de acogida, como instrumento para orientar la respuesta del sector salud frente a las necesidades de estas poblaciones y fortalecer la articulación de las acciones de atención. También crea la Mesa Técnica de Migración y Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, instancia de articulación y coordinación de los actores relacionados con la atención en salud de la población migrante. El plan contempla acciones para fortalecer la coordinación territorial, la participación y la respuesta institucional. Las entidades

territoriales deberán armonizar el plan con sus instrumentos de planeación en salud y fortalecer los mecanismos de coordinación y seguimiento, designando los referentes territoriales correspondientes para su implementación.

** **Resolución 1733 (5 de agosto)**
Mesas de salud rural departamentales, distritales y municipales.

Con esta resolución se reglamenta la conformación y el funcionamiento de las mesas técnicas permanentes de salud rural departamentales, distritales y municipales. Las mesas técnicas constituyen el mecanismo de concertación de acciones intersectoriales y transectoriales para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas en el marco del Plan Nacional de Salud Rural, y funcionarán a través de instancias de participación constituidas en el territorio en el marco de la formulación e implementación de los Planes Territoriales de Salud (PTS).

Entre las principales funciones de las mesas técnicas destacan participar en la identificación y priorización de los determinantes sociales de la salud, contribuir al Análisis de Situación de Salud (ASIS), promover alianzas intersectoriales, fortalecer el seguimiento a los PTS, ejercer control social sobre la calidad de los servicios y el acceso oportuno a la atención, evaluar la efectividad de las intervenciones del Plan Nacional de Salud Rural y promover procesos de información, educación y comunicación comunitaria orientados al cuidado integral de la salud y la prevención de riesgo.

4. MINISTERIO DEL TRABAJO

*** **Decreto 1432 (22 de septiembre del 2026)**
Transición de contratos sindicales de entidades del sector público y prestadores de servicios de salud.

Modifica el régimen de transición establecido por el Decreto 661 del 2026 para los contratos sindicales, estableciendo que las condiciones previstas en dicho decreto serán aplicables a estos contratos a partir del 1.º de octubre del 2028. En consecuencia, hasta el 30 de septiembre del 2028, las entidades del sector público y los prestadores de servicios de salud que contaban con contratos sindicales vigentes a la fecha de expedición del Decreto 1432 podrán prorrogarlos y celebrar nuevos contratos sindicales para atender las mismas necesidades de talento humano. La vigencia de estos contratos no podrá extenderse más allá del 30 de septiembre del 2028.

Durante este periodo de transición, las entidades deberán adelantar planes de formalización laboral y estudios técnicos para la ampliación de sus plantas de personal. El régimen transitorio no autoriza, convalida ni sanea situaciones de intermediación laboral ilegal y mantiene vigentes las prohibiciones establecidas en los artículos 34 y 35 del Código Sustantivo del Trabajo, así como las obligaciones relacionadas con seguridad social y seguridad y salud en el trabajo.

Para las entidades públicas, el decreto establece mecanismos de implementación y seguimiento que deberán ser desarrollados mediante resolución conjunta del Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los planes de adaptación deberán contemplar, entre otros aspectos, el inventario de contratos sindicales, diagnóstico de la planta de personal, alternativas de vinculación, estudios técnicos, costos y fuentes de financiación y medidas para garantizar la continuidad del servicio. Finalmente, el Decreto 1432 del 2026 deroga la Resolución 2562 del 6

de agosto del 2026 del Ministerio del Trabajo.

5. COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

*** **Circular 024**
(2 de octubre del 2026)
Reporte de información al SISMED y modificación del periodo de transición.

La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos modifica los artículos 10 y 12 de la Circular 21 del 2026, en relación con el reporte de información al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) y el periodo de transición para la implementación de la nueva estructura de reporte.

La Circular 21 del 2026 había adoptado los Anexos Técnicos 1 y 2 para el reporte de información al SISMED, incorporando una nueva estructura que incluye información asociada a la Factura Electrónica de Venta. Esta nueva estructura se encontraba en periodo de prueba, durante el cual los obligados podían realizar envíos bajo dicha estructura de manera voluntaria y sin carácter vinculante, con el acompañamiento de la Secretaría Técnica de la Comisión.

Con la Circular 000024 del 2026, el periodo de prueba de la plataforma, iniciado el 1.º de julio del 2026, se extiende hasta el 31 de diciembre del 2026. Durante este periodo, los obligados podrán continuar realizando envíos de prueba bajo la estructura de los Anexos Técnicos 1 y 2 de manera voluntaria, sin que dichos envíos tengan carácter vinculante ni sustituyan el reporte obligatorio. Del mismo modo, contarán con el acompañamiento de la Secretaría Técnica de la Comisión.

En consecuencia, el reporte conforme a los Anexos Técnicos 1 y 2 será obligatorio únicamente con respecto a las transacciones efectuadas a partir del 1.º de enero del 2027. Para los actores identificados con Rol 1, el primer reporte corresponderá a las transacciones realizadas durante enero del 2027 y deberá enviarse entre el 1.º y el 28 de febrero del 2027. Para los actores identificados con Rol 2, el primer reporte comprenderá las transacciones correspondientes a enero, febrero y marzo del 2027 y deberá enviarse entre el 1.º y el 30 de abril del 2027, de acuerdo con los plazos establecidos en el artículo 8 de la Circular 21 del 2026.

Las transacciones realizadas hasta el 31 de diciembre del 2026 continuarán reportándose bajo la estructura actualmente vigente, conforme a la Circular 06 del 2018, modificada por la Circular 17 del 2023, y su Anexo 1, sustituido por esta última y corregido por la Circular 20 del 2026. Esto aplica aun cuando el plazo para efectuar el respectivo reporte venza durante el 2027. Con la Circular Externa 0024 del 2026 establece que el reporte correspondiente al mes de diciembre del 2026, a cargo de los actores señalados en el numeral 8.1 del artículo 8 de la Circular 06 del 2018, modificado por la Circular 17 del 2023, deberá efectuarse entre el 1.º y el 31 de enero del 2027. Así mismo, el reporte correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2026 a cargo de los actores señalados en el numeral 8.2 del mismo artículo deberá efectuarse entre el 1.º de enero y el 15 de febrero del 2027.

Una vez finalizado el periodo de transición, quedarán derogadas la Circular 06 del 2018, su modificatoria, la Circular 17 del 2023 y la Circular 20 del 2026. No obstante, estas disposiciones continuarán aplicándose en lo referente a las transacciones efectuadas hasta el 31 de diciembre del 2026, incluyendo los reportes cuyo plazo de envío venza con posterioridad a dicha fecha, así como su corrección y el ejercicio de las facultades de inspección, vigilancia y sanción a que haya lugar.

Centro Policlínico del Olaya
Todo por la Salud y la Vida

Precisión que conecta al país.

Más tecnología,
mejores diagnósticos.

Presencia Nacional

Toma de muestras
en **5 ciudades,** con
más de **15 sedes.**




Bogotá


Medellín


Pereira


Valledupar


Santa Marta

3.209.400
Pruebas procesadas al año en todo el país.

7.061.328
Pruebas procesadas al año en Bogotá.

1
Centro de procesamiento de última tecnología.

+32
Especialidades que se articulan con nuestra capacidad diagnóstica.

TECNOLOGÍA

E INNOVACIÓN

Incorporamos tecnología de punta y nuevos equipos de última generación, diseñados para procesar un mayor volumen de muestras, optimizar los tiempos de respuesta y fortalecer nuestra capacidad diagnóstica, ofreciendo soluciones más eficientes, precisas y confiables.



Vigilado Supersalud


minerva
medical
"Construimos el futuro de la salud, contigo en el centro"
https://www.minervamedical.com.co