

RESUMEN EJECUTIVO

Abrir el rumbo

Una trayectoria para el corto y mediano plazo del sistema de salud colombiano

Giraldo Valencia, J. C. (2024); Delgado, L. C. (2024); Cuadros Ruiz, J. G. (2026). Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

1. Encuadre conceptual: la metáfora de la errancia y el llamado a “abrir el rumbo”

El documento sitúa la trayectoria del sistema de salud colombiano desde la Ley 100 de 1993 como un proceso de *errancia* —concepto tomado de Álvarez Arocha (2008) y de la tradición filosófica del itinerario existencial— para describir tres décadas de reformas, hitos jurisprudenciales (Sentencia T-760 de 2008, Ley Estatutaria 1751 de 2015) y proyectos legislativos sucesivos (Proyectos de Ley 339 y 312) que no han logrado resolver los problemas estructurales del sector. Frente a esta dinámica, la propuesta articula una metáfora náutica: **abrir el rumbo** no es cambiar de dirección, sino ampliar el ángulo de observación para recalibrar la trayectoria desde los fundamentales del sistema —epidemiología, demografía, resultados en salud, agregación de valor y calidad— y no únicamente desde la lente financiera que ha dominado el debate público.

Esta lectura se sustenta empíricamente en dos ejercicios de minería de texto realizados por la ACHC. El primero (Bernal y Guerrero, 2016) analizó 1.933 artículos de prensa entre 2011 y 2015, evidenciando una conversación pública centrada en lo financiero y la intermediación, con escasa visibilidad de la salud pública. El segundo (ACHC, 2024a) sobre 40 foros y audiencias entre marzo de 2023 y abril de 2024 muestra una maduración del debate: emergen los conceptos de “atención primaria”, “modelo de atención” y “talento humano”, y el foco se desplaza de actores específicos (EPS, hospitales) hacia categorías estructurales (integración vertical, intermediación). Persiste, sin embargo, el predominio de los términos “recursos” y “reforma”.

2. Arquitectura de la propuesta: tres enfoques y siete propósitos sociedad

La hoja de ruta se organiza en tres enfoques complementarios que articulan los plazos de intervención:

- Enfoque 1 — Reorientar el sistema (mediano plazo): recalibración hacia indicadores fundamentales y reforzamiento de cimientos.
- Enfoque 2 — Manejo de coyuntura (inmediato): protocolo de emergencia para restablecer confianza, agregar valor y resolver la crisis de liquidez.
- Enfoque 3 — Reforma estructural y continua: Ruta lógica hacia una salud progresiva (ACHC, 2022), con cuatro pilares: formulación inteligente, transformación de roles, cambios en la relación de poder y administración regulada.

Estos enfoques se concretan en **siete propósitos sociedad**: (1) reorientar indicadores hacia calidad de vida; (2) garantizar talento humano suficiente y calificado; (3) pacto de sostenibilidad financiera; (4) defender un PBS robusto y progresivo; (5) sistema integral de bienestar más allá del PBS; (6) reconocer costos reales y mínimos vitales de las IPS; y (7) instalar la calidad como eje de cooperación. La noción de “propósito sociedad” trasciende el interés sectorial y busca operar como meta colectiva, en línea con el enfoque granular y desagregado que demanda la formulación contemporánea de políticas públicas (Patwardhan et al., 2024; Krugman, 2024).

3. Reorientar la mirada hacia los indicadores fundamentales

3.1 Carga de enfermedad y transición epidemiológica

Las proyecciones del Institute for Health Metrics and Evaluation (Vollset et al., 2023) anticipan que para 2050 el 77,6% de los AVAD globales estarán asociados a enfermedades no transmisibles (ENT), con un aumento en la tasa de mortalidad de todas las edades de 756,3 a 967,2 por 100.000 habitantes. En Colombia las ENT ya concentran más del 70% de los AVAD (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2024), los trastornos mentales representan el 13,5% de los AVAD en 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023) y la violencia y los traumatismos suman cerca del 14%, con una tasa de mortalidad vial de 15,8 por 100.000 habitantes (DANE, 2023).

El análisis desagregado por género (Patwardhan et al., 2024) revela patrones diferenciados: mayor carga de dolor lumbar (478,5 AVAD adicionales por 100.000), trastornos depresivos (348,3) y cefaleas (332,9) en mujeres; y mayor carga de COVID-19 (1.767,8), accidentes de tráfico (1.012,2) y enfermedad isquémica cardíaca (1.611,8) en hombres. Estos hallazgos justifican un enfoque de ciclo vital y políticas sensibles al género.

3.2 Demografía: envejecimiento acelerado y caída sostenida de la fecundidad

Colombia pasó de 13,57 a 53,05 millones de habitantes entre 1950 y 2025 (+290%), con una esperanza de vida promedio de 77 años. La participación de la población de 60 años o más alcanzaría el 36,8% en 2070 frente al 14,9% en 2025 (DANE, 2026). Simultáneamente, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) cayó de 2,0 hijos por mujer en 2008 a 1,0 en 2025 (dato preliminar), el valor más bajo de la serie histórica y muy por debajo del nivel de reemplazo de 2,1. Los nacimientos descendieron a 433.678 en 2025 (–4,5% frente a 2024).

Esta convergencia —envejecimiento poblacional acelerado y colapso de la natalidad— presiona simultáneamente el sistema pensional, el mercado laboral, la financiación basada en cotizaciones y el modelo asistencial, exigiendo un viraje desde la atención de enfermedades agudas hacia la gestión integral de la cronicidad y el envejecimiento activo (Fundación Saldarriaga Concha et al., 2023; OMS, 2020).

3.3 Metas ODS y mortalidad materna

La razón de mortalidad materna (RMM) en Colombia descendió a 45,8 por 100.000 nacidos vivos en 2024, con 208 defunciones —cifra más baja desde 2015—. No obstante, persiste 13,8 puntos por encima de la meta CONPES 3918/2018 de 32,0 para 2030 (DANE, 2026). El retroceso pandémico (RMM pasó de 50,7 en 2019 a 83,2 en 2021) ilustra la fragilidad de los avances acumulados y la urgencia de blindar los progresos en salud materna mediante intervenciones sobre determinantes sociales.

4. Reforzamiento de fundamentos del sistema

Fundamento	Diagnóstico cuantitativo	Propósito sociedad asociado
Talento humano	24,77 médicos y 15,13 enfermeras por 10.000 hab.; clúster 10 ICRS promedia 45 y 118. El 62,2% de IPS afiliadas reporta menor disponibilidad médica; principal causa: bajos salarios (43,9%) y migración (43,1%) (ACHC, 2024b).	Garantizar recurso humano suficiente y altamente capacitado mediante formación integral, distribución equitativa y planificación estratégica de la fuerza laboral.
Recursos del sistema	Gasto en salud: 8,1% del PIB (OCDE, 2025) vs. 9,3% promedio OCDE y 10,2% clúster 10 ICRS. Brecha estimada: \$22,2 billones (OCDE) y \$46,3 billones (clúster 10) en pesos 2025.	Pacto de sostenibilidad: aumentar el gasto público en salud y establecer una senda de crecimiento planificada en el tiempo.
Plan de Beneficios en Salud (PBS)	El 96,4% de procedimientos y medicamentos están financiados con UPC (Minsalud, 2026). Trayectoria desde 2.647 procedimientos (MAPIPOS, 1994) hasta el actual desglose por especialidades.	Defender un PBS robusto y progresivo mediante gestión anticipativa, consenso multisectorial y mecanismos de evaluación continua.
Servicios sociales complementarios	Crece la economía del cuidado por envejecimiento, soledad y cronicidad. Respuesta histórica vía tuteladas: insostenible (Prado y Sojo, 2010; Mauer et al., 2023).	Sistema integral de bienestar más allá del PBS: financiación innovadora, colaboración intersectorial y debate nacional.
Mínimos vitales para IPS	El IPC Salud no captura la estructura real de costos hospitalarios; se propone un Índice de Precios al Productor (IPP)	Reconocer costos transparentes y unidades de crecimiento justas mediante

Fundamento	Diagnóstico cuantitativo	Propósito sociedad asociado
	sectorial (siguiendo a Plaza y Bloom, 1997).	canastas reales, IPP sectorial e incentivos al desempeño.
Calidad	65 IPS acreditadas por ICONTEC. Cuatro IPS colombianas entre las 250 mejores del mundo (Newsweek-Statista, 2026) y cuatro en el top 10 de América Latina (América Economía-Intellat, 2025). 28 instituciones galardonadas Hospital Seguro de la ACHC.	Instalar la calidad como eje de cooperación: cultura de excelencia, transparencia para empoderamiento del usuario y calidad como generador de valor.

Síntesis: los seis fundamentos comparten un denominador común —la brecha entre la realidad operativa del sector y los marcos regulatorios, financieros y de medición vigentes—. La ACHC plantea como incentivos transversales a la calidad: tributarios, tasa de vigilancia diferencial, tarifas diferenciales, apoyo crediticio Findeter y promoción del acreditador.

5. Protocolo de emergencia: respuesta inmediata

5.1 Alertas críticas

La coyuntura del sector presenta seis alertas concurrentes: (i) deterioro de indicadores de desempeño de las EPS y aumento de desenlaces negativos; (ii) crisis de cartera —deuda total con 232 IPS escaló de \$23,9 a \$25,7 billones entre junio y diciembre de 2025 (+7,0%), con cartera morosa >60 días en 58% del total (ACHC, 2026)—; (iii) sobrecarga y conflictividad en redes de atención; (iv) *burnout* y migración del talento humano; (v) presiones técnicamente débiles sobre la UPC; y (vi) desequilibrios de liquidez con sobrecarga de los mecanismos de control. Las EPS del régimen contributivo concentran el 50% de la deuda total y las del subsidiado el 27,6%.

5.2 Restablecimiento de la confianza y agregación de valor

La iniciativa “Hospital o IPS Confiable” articula un sello distintivo en cinco dimensiones: gestión organizacional y de recursos; seguridad y humanización; manejo emocional y psicológico de colaboradores, pacientes y familias; planificación prospectiva; y bioseguridad. En paralelo, el programa de formación de la ACHC con Johnson & Johnson Medtech (más de 150 profesionales, cuatro ciudades) operacionaliza la Atención Basada en Valor en patologías específicas, traduciendo un concepto técnico complejo a la realidad institucional.

5.3 Plan Extraordinario de Liquidez

Cinco mecanismos estructuran la respuesta inmediata al estrés financiero del sector:

- Giro directo elevado al 90% mínimo de la UPC, con control sobre la concentración en redes integradas verticalmente.
- Liberación de reservas técnicas (a marzo de 2024: \$15,4 billones; a noviembre de 2025: más de \$5,8 billones en inversiones de respaldo).
- Ampliación de cupos Findeter (línea “Compromiso salud liquidez”) y mejora de condiciones de acceso para EPS intervenidas.
- Destinación específica de los 0,5 puntos del IVA social al pago de deuda histórica con prestadores.
- Fondo o mecanismo de garantías para el sector salud, con activación de subcuentas FONSAET y Apoyo Financiero del ADRES.

Adicionalmente, se reclama una actualización de la UPC con rezago máximo de un año (actualmente dos) y soportada en información verificable. Estas medidas son explícitamente temporales: no sustituyen la reforma estructural sino que estabilizan el sistema mientras esta se diseña e implementa.

6. Reforma estructural y visión aspiracional

La propuesta *Ruta lógica hacia una salud progresiva* (ACHC, 2022) plantea una transición hacia una “administración regulada” que preserva el aseguramiento pero redefine roles y relaciones de poder. Sus instrumentos incluyen: ADRES 2.0 como asegurador central repotenciado con incentivos atados a resultados en salud; sistema tarifario dinámico basado en costos reales que considere riesgo epidemiológico, geografía, complejidad, tecnología, capital humano y resultados; giro directo universal; mezcla público-privada conservada; eliminación de la integración vertical; régimen de solvencia y sistema de garantías frente a liquidaciones; financiación de hospitales regionales; y operador logístico para la prestación institucional. La revolución de la Atención Primaria y la revalorización del talento humano funcionan como coadyuvantes de política.

El epílogo articula una visión aspiracional sobre la narrativa sectorial: el ejercicio futuro de minería de texto debería reflejar una conversación centrada en calidad de la atención, resultados en salud, talento humano, prestadores, prevención y promoción —desplazando la centralidad actual de los términos “recursos” y “reforma”—. Este giro semántico no es cosmético: representa una recodificación del problema público de la salud en Colombia.

7. Síntesis analítica transversal

Tres tensiones estructuran el conjunto del documento. Primera: la asimetría entre el horizonte temporal del problema (transición epidemiológica y demográfica a 2050) y el ciclo político-presupuestal del sistema (anual, electoral), que dificulta sostener pactos de sostenibilidad como el propuesto. **Segunda:** la coexistencia de un sistema con desempeño internacional reconocido en calidad —cuatro IPS en el top 250 mundial— y, simultáneamente, indicadores de talento humano y financiación claramente subdimensionados frente a los referentes ICRS y OCDE. **Tercera:** la dependencia jurisprudencial del derecho a la salud (sentencia T-760, Ley 1751, tutelas para servicios sociales complementarios) frente a la insuficiencia de la regulación administrativa para responder a la economía del cuidado.

Líneas de profundización sugeridas: (i) modelación cuantitativa del impacto fiscal del cierre de brechas (8,1% → 9,3% PIB) bajo distintos escenarios de TGF y dependencia demográfica; (ii) análisis comparado con sistemas de aseguramiento social que han transitado a “administración regulada” (Holanda, Alemania, Israel); (iii) diseño técnico del IPP-Salud con base en estructura de costos hospitalarios reales; (iv) marco evaluativo para el sello “Hospital Confiable” articulado al SUA-ICONTEC; y (v) integración del enfoque de género (Patwardhan et al., 2024) en la próxima actualización del PBS y en las guías clínicas.

Fuentes recomendadas para ampliación: IHME GBD Compare (vizhub.healthdata.org/gbd-compare/) para series desagregadas Colombia 1990–2023; OECD Health Statistics y Health at a Glance 2025; Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud ([eurohealthobservatory.who.int](https://euro.who.int/)); DANE Estadísticas Vitales y proyecciones de población; Observatorio de Talento Humano en Salud (Minsalud-SISPRO).

Referencias seleccionadas

- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). (2022). *Ruta lógica hacia una salud progresiva* [Documento técnico interno].
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). (2024a, 2024b, 2024c). Análisis minería de texto foros y audiencias 2023-2024; Encuesta afiliados sobre talento humano (mayo 2024); Encuesta gerencial de coyuntura IPS (junio 2024).
- Bernal, R. y Guerrero, R. (2016). Crisis hospitalaria: Análisis mediante herramientas de minería de texto y redes sociales para la ACHC.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2026). Estadísticas Vitales y proyecciones de población. <https://www.dane.gov.co/>
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2024). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222.
- Giraldo Valencia, J. C., Delgado, L. C. y Zea Ruiz, A. S. (2022). Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo: Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud, ICRS: 2022. ACHC.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing.

- Patwardhan, V., Gil, G. F., Arrieta, A., et al. (2024). Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally. *The Lancet Public Health*, 9(5), e282-e294.
- Vollset, S. E., et al. (2023). Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050. *The Lancet*, 403(10440), 2204-2256.