

CONSENSOS DEL SECTOR SALUD

Bases para un diálogo responsable sobre
el futuro del sistema

2026

Tabla DE Contenido

1	Introducción: Guía para la toma de decisiones	1
2	Alcance y naturaleza del documento	4
3	Diagnóstico estructural: tensiones que condicionan cualquier decisión	7
	3.1 Tensiones críticas (riesgo sistémico inmediato)	8
	3.2 Tensiones operativas (impacto directo en pacientes)	10
	3.3 Tensiones territoriales e institucionales	12
4	De las tensiones a los consensos: marco común para decidir	14

5 **Agenda de decisiones estratégicas para la estabilización y transformación del sistema de salud (agenda de competitividad en salud)** 60

Bloque 1 - Gobernanza e institucionalidad del sistema 62

Bloque 2 - Sostenibilidad financiera y flujo de recursos 69

Bloque 3 - Aseguramiento y modelo de atención: APS, redes y gestión individual del riesgo..... 75

Bloque 4 - Talento humano en salud..... 80

Bloque 5 - Acceso efectivo a tecnologías y servicios con decisiones basadas en valor..... 86

Bloque 6 - Salud como motor de desarrollo, competitividad e inversión..... 91

6 **Consideraciones finales** 99

1. Introducción: Guía para la toma de decisiones

El **sistema de salud colombiano** atraviesa una coyuntura crítica que trasciende una discusión sectorial. A las presiones estructurales acumuladas en financiamiento, capacidad operativa e institucionalidad, se han sumado en los últimos años altos niveles de **incertidumbre regulatoria**, debilitamiento de la confianza entre actores y una **creciente distancia** entre las decisiones públicas y la **experiencia** cotidiana de **pacientes y usuarios**.

Esta situación ya no solo compromete la continuidad de la atención y el acceso efectivo a servicios y tecnologías, sino que introduce **riesgos sistémicos para la gobernabilidad, la estabilidad fiscal y la cohesión social del país**. El deterioro operativo del sistema, la judicialización creciente y la fragilidad financiera de actores clave **anticipan costos políticos y humanos** significativos si no se adoptan decisiones oportunas, secuenciales y técnicamente informadas.



En el contexto del ciclo político y electoral de 2026, el país enfrenta una disyuntiva clara: persistir en aproximaciones fragmentadas, reactivas o ideologizadas, o avanzar hacia un **marco de decisiones responsable** que permita estabilizar el sistema en el corto plazo y sentar las bases de una transformación sostenible en el tiempo. La complejidad del sistema exige reconocer que no todas las decisiones pueden adoptarse simultáneamente ni bajo una lógica homogénea, y que la ausencia de priorización incrementa el riesgo de fallas de implementación y pérdida temprana de legitimidad.

Con este propósito, el presente documento **recoge 14 consensos construidos a partir de un ejercicio de diálogo estratégico** entre actores diversos del sector salud que desarrollaremos en el documento:



1. Pacientes y usuarios en el centro del sistema. La experiencia real de las personas debe ser el criterio verificable de cualquier decisión pública. Las fallas operativas están generando daño evitable (víctimas de la salud) y exigen mecanismos de aprendizaje y no repetición. Esto incluye garantizar protección financiera efectiva, incorporando la reducción progresiva del gasto de bolsillo como condición para asegurar acceso equitativo, continuidad del cuidado y disminución de barreras para pacientes y familias.



2. Talento humano como pilar estructural. Sin salarios dignos, pago oportuno, estabilidad y planificación estratégica del recurso humano, ninguna reforma es viable.



3. Salud como política de Estado, no de gobierno. La estabilidad normativa y la continuidad institucional son condiciones para recuperar confianza e inversión.



4. Plan de choque de estabilización inmediata. Sin estabilizar el sistema, cualquier reforma estructural fracasa.



5. Sostenibilidad financiera basada en eficiencia, suficiencia y gobernanza responsable del uso de los recursos. Exige suficiencia técnica, reducción de ineficiencias y reglas claras y transparentes de uso responsable de los recursos, garantizando en todo caso la protección del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud, la continuidad del tratamiento, la no regresividad en la protección alcanzada y la no interrupción de servicios esenciales por razones exclusivamente financieras.



6. Aseguramiento que gestione riesgo y genere valor. El aseguramiento debe gestionar riesgo financiero, técnico y operativo con responsabilidad real sobre continuidad del cuidado.



7. Acceso a tecnologías con decisiones basadas en valor. La innovación debe incorporarse con reglas claras, evaluación técnica y sostenibilidad fiscal.



8. APS como eje integrador del sistema. Sin una Atención Primaria resolutive no hay sostenibilidad ni equidad territorial.



9. Redes integradas con enfoque territorial. La fragmentación actual exige organización funcional del cuidado con población asignada y responsabilidad explícita.



10. Hospital público como pilar territorial. En muchos territorios es el único garante efectivo del derecho. Requiere política hospitalaria y financiación diferencial.



11. Gestión estructural de la cronicidad. El envejecimiento y la multimorbilidad exigen modelos integrales con continuidad del cuidado y medición de resultados.



12. Salud como motor de desarrollo y competitividad. La salud es infraestructura social estratégica y dinamizador económico.



13. Instituciones modernas, técnicas y confiables. Sin gobernanza técnica, interoperabilidad y reglas claras no hay reforma sostenible.



14. Ciencia, tecnología e innovación. La resiliencia futura depende de un ecosistema robusto de CTI articulado al sistema de salud.

El presente documento no se trata de un programa cerrado ni de una propuesta normativa específica, sino de una **base común de criterios, prioridades y condiciones mínimas** que deben orientar la toma de decisiones públicas sobre el futuro del sistema de salud en Colombia.

Su valor reside en ofrecer un **marco compartido** para ordenar la discusión pública, reducir la fragmentación del debate y evaluar las decisiones de gobierno a partir de su viabilidad técnica, su impacto en pacientes y usuarios, y su sostenibilidad en el tiempo.



2. Alcance y naturaleza del documento

Este documento es un **insumo técnico para la toma de decisiones públicas en salud**.

- No sustituye el debate democrático.
- No define compromisos políticos específicos.
- No propone un modelo único de sistema.

Su propósito es **ordenar la discusión pública**, reducir la fragmentación del debate y establecer **criterios verificables** para evaluar decisiones de gobierno, diferenciando entre:

- **Decisiones urgentes de estabilización**, necesarias para detener el deterioro operativo del sistema;
- **Ajustes estructurales del periodo presidencial**, que requieren planeación, transición y capacidad institucional;
- **Transformaciones de Estado de largo plazo**, orientadas a evitar la reproducción cíclica de la crisis.

El documento que se presenta a continuación es el resultado de un **proceso de diálogo estructurado**, desarrollado a través de varias sesiones estratégicas en las que participaron los siguientes actores representativos del sistema de salud colombiano.



 Pacientes y Usuarios	 Talento Humano en Salud	 Prestadores	 Academia
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes Colombia • Mesa Nacional de Usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación Colombiana de Sociedades Científicas • Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá • ASSOSALUD • Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación • Federación Colombiana de Sindicatos Médicos • Colegio Médico de Santander • Colegio Médico del Cauca • Colegio Médico de Antioquia • Federación Odontológica Colombiana 	<ul style="list-style-type: none"> • CEXPES • Cámara de Prestadores de Servicios de Salud de la ANDI • UNIPS Colombia • Federación Nacional de Prestadores de Servicios de Salud (FENALSALUD) 	<ul style="list-style-type: none"> • ASCUN • Innos – Hub iEx • Asociación de Egresados de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle
 Tanques de pensamiento e incidencia y agencia de Asuntos Públicos	 Industria farmacéutica y tecnologías sanitarias	 Aseguradores	 Gremios
<ul style="list-style-type: none"> • Colombia Salud en Acción (CSA) • Así Vamos en Salud • Consejo Privado De Competitividad • Fundación Salutia • Edelman • Monitor de la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • AFIDRO • Cámara de la Industria Farmacéutica de la ANDI • Cámara de Gases Industriales y Medicinales • Cámara de Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud • Asociación Colombiana de la Industria Farmacéutica (ASCIF) 	<ul style="list-style-type: none"> • ACEMI • Cámara de aseguramiento de la ANDI • ASOCAJAS 	<ul style="list-style-type: none"> • AMCHAM • ANDI • Consejo de Empresas Americanas

Estas sesiones fueron concebidas como **espacios de intercambio técnico y plural**, orientados a contrastar visiones, reconocer puntos de convergencia y sistematizar **consensos relevantes** en torno a los **principales desafíos del sistema**.

El ejercicio buscó **aportar** elementos de análisis y orientación que contribuyan a una **deliberación pública más informada** y a la toma de decisiones sobre los temas prioritarios del sector, a partir de los **consensos identificados** entre actores con trayectorias, responsabilidades y perspectivas diversas.

La metodología del diálogo se basó en los siguientes principios:

Pluralidad y diversidad de voces

Las sesiones contaron con la **participación** de pacientes y usuarios, organizaciones de la sociedad civil, sociedades científicas, profesionales de la salud, gremios del sector, representantes de la academia y otros actores con experiencia y conocimiento del sistema. Esta diversidad permitió incorporar **miradas complementarias** sobre los desafíos del sector, enriquecer el análisis y evitar enfoques unidimensionales que no reflejan la complejidad del sistema de salud.

Enfoque descriptivo con vocación orientadora

El documento privilegia un lenguaje descriptivo que da cuenta de los problemas observados y las preocupaciones compartidas, reconociendo que los consensos construidos tienen una **vocación orientadora** en la medida en que contribuyen a delimitar criterios, prioridades y condiciones para la discusión de alternativas de solución y decisiones de política pública, sin presentar recomendaciones normativas cerradas ni modelos únicos de intervención.

Escucha activa y construcción progresiva de consensos

El ejercicio se fundamentó en la **escucha activa y el intercambio respetuoso** de perspectivas. Los consensos identificados emergen de la reiteración de diagnósticos, preocupaciones y planteamientos a lo largo de las discusiones, lo que permitió reconocer **coincidencias sustantivas** entre actores diversos, incluso en temas donde existen matices o diferencias legítimas.

Alcance institucional amplio

El documento se concibe como un **insumo relevante** tanto para el Ejecutivo como para el Congreso de la República, así como para otros actores institucionales y sociales involucrados en la formulación, discusión, implementación y control de las políticas públicas en salud. Su alcance trasciende el contexto inmediato y busca **aportar** a una conversación de mediano y largo plazo sobre el **futuro del sistema de salud**.

Es importante señalar que este documento **no pretende sustituir los debates programáticos, legislativos o técnicos** que correspondan a cada instancia, ni representar de manera exhaustiva todas las posiciones existentes en el sector. Su valor reside en ofrecer una **base común, construida desde la pluralidad y el diálogo**, que permita elevar la calidad del debate público y **facilitar** conversaciones más informadas, responsables y orientadas a la **toma de decisiones sobre el sistema de salud**.



3. Diagnóstico estructural: tensiones que condicionan cualquier decisión

A lo largo de las sesiones estratégicas, desde la diversidad de experiencias, roles y responsabilidades representadas, emergió una lectura compartida en torno a un conjunto de **tensiones estructurales** que explican el momento actual del sistema de salud colombiano y **condicionan cualquier discusión sobre su estabilización y transformación.**

Estas tensiones no se expresan de manera aislada ni responden a un solo factor. Por el contrario, **se superponen y se refuerzan entre sí**, afectando la capacidad del sistema para operar de manera sostenible, garantizar la continuidad de la atención y responder de forma adecuada a las necesidades de pacientes y usuarios en los distintos territorios del país.

Comprender estas tensiones resulta clave para ubicar el debate en un marco realista y responsable. Ignorarlas o abordarlas de manera fragmentada incrementa el riesgo de decisiones inviables, costos fiscales ocultos y deterioro adicional en la experiencia de pacientes y usuarios. En este sentido, el diagnóstico que se presenta a continuación **no busca agotar el análisis**, sino delimitar los márgenes dentro de los cuales las decisiones públicas deben inscribirse si pretenden ser técnica y políticamente sostenibles.



3.1 Tensiones críticas (riesgo sistémico inmediato)

Las siguientes tensiones corresponden a aquellos factores que representan un **riesgo sistémico inmediato** para el funcionamiento del sistema de salud. Su persistencia compromete la estabilidad financiera, la capacidad operativa y la gobernabilidad del sistema, y condiciona cualquier discusión sobre su estabilización o transformación. Abordarlas de manera fragmentada o postergada incrementa el riesgo de deterioro acelerado, costos fiscales ocultos y afectaciones directas en la continuidad de la atención.

Tensión entre las obligaciones del sistema y su capacidad real de financiamiento:

Una de las tensiones más reiteradas en las discusiones fue la **brecha persistente** entre el alcance de las obligaciones asignadas al sistema de salud y la capacidad real de su financiamiento. Los participantes coincidieron en que la evolución de la **Unidad de Pago por Capacitación (UPC)** no ha logrado reflejar de manera adecuada los cambios demográficos y epidemiológicos, el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la presión asociada a la incorporación de nuevas tecnologías. En el mismo sentido, el fortalecimiento de mecanismos técnicos y legítimos para la toma de decisiones en salud contribuye a la sostenibilidad financiera del sistema, al facilitar una relación más clara entre los recursos disponibles y los criterios para definir qué servicios y tecnologías pueden ser financiados con cargo a recursos públicos de la salud, lo que impide establecer una **relación clara entre los recursos disponibles y los criterios** para definir qué servicios y tecnologías deben ser financiados con cargo a recursos públicos de la salud, siempre en el marco del **derecho fundamental a la salud** y sin que ello implique pérdida de derechos ni barreras indebidas de acceso, especialmente para poblaciones de especial protección.

A esta situación se suman los rezagos acumulados en otros componentes del financiamiento, como los **presupuestos máximos**, que han generado brechas adicionales y han incrementado la **incertidumbre financiera de aseguradores y prestadores**. Desde distintas voces se advirtió que la discusión pública ha tendido a concentrarse de manera excesiva en la UPC, sin abordar de forma integral el conjunto de factores que inciden en la sostenibilidad financiera del sistema.



Asimismo, se señaló que la falta de claridad y conciliación efectiva de las deudas entre los actores ha dificultado dimensionar con precisión el estado real de las finanzas del sistema. **La ausencia de procesos sistemáticos de depuración de cartera** ha erosionado la confianza entre aseguradores, prestadores y proveedores, afectando la toma de decisiones operativas y la estabilidad de las redes de atención.

Tensión entre la función del aseguramiento y la pérdida de capacidades operativas:

Otro elemento central de la lectura compartida fue la situación de las **EPS intervenidas** y las implicaciones que estos procesos han tenido para el funcionamiento del sistema. Los participantes coincidieron en que, más allá de las particularidades de cada caso, las intervenciones han evidenciado una **tensión entre el rol asignado al aseguramiento y la pérdida progresiva de capacidades** técnicas, administrativas y de gestión en algunas entidades.

Se señaló que esta pérdida de capacidades ha **limitado funciones clave** como la articulación de redes, la contratación, el seguimiento de la atención y la gestión del riesgo en salud. Estos efectos se han traducido en **impactos directos sobre la continuidad de la atención y el acceso a servicios**, especialmente en territorios donde las EPS intervenidas concentran una proporción significativa de la población afiliada. No obstante, las tensiones actuales del sistema no se explican exclusivamente por la situación de las EPS intervenidas, sino por una **combinación de factores estructurales** acumulados en materia de financiamiento, gobernanza, trazabilidad del flujo de recursos, diseño de incentivos y debilidades institucionales que trascienden a actores específicos.

Asimismo, se advirtió que la **liquidación o sustitución de estas entidades no constituye por sí sola una solución estructural**, en la medida en que el sistema no cuenta actualmente con actores con capacidad suficiente para absorber de forma ordenada a la **población afectada**. En este sentido, se destacó la importancia de reconocer las **diferencias regionales**, las **capacidades residuales existentes** y los **riesgos asociados** a decisiones que no consideren estas variables.

Tensión entre el flujo de recursos y la trazabilidad financiera del sistema:

El sistema de salud enfrenta una tensión estructural asociada a la complejidad del **flujo de recursos y a la limitada trazabilidad integral** de los mismos a lo largo de la cadena. Si bien existen mecanismos formales de giro y reporte, la información financiera y operativa **no siempre es oportuna, interoperable ni plenamente comparable entre actores**, lo que dificulta la identificación temprana de desequilibrios y la toma de decisiones basadas en evidencia.

La multiplicidad de fuentes, intermediaciones y momentos de reconocimiento de obligaciones ha generado **asimetrías de información** que impactan la gestión del riesgo, la planeación financiera y la confianza entre actores. En contextos de insuficiencia estructural o retrasos en el flujo, estas debilidades se traducen en **acumulación de cartera, tensiones entre aseguradores y prestadores y afectaciones en la continuidad del servicio**.

La **ausencia de trazabilidad en tiempo real** limita, además, la capacidad del Estado para **distinguir** entre brechas estructurales de financiación, ineficiencias operativas y problemas de gestión individual, dificultando la formulación de respuestas diferenciadas.

Esta tensión no se resuelve exclusivamente con mayores recursos, sino con una **arquitectura de información interoperable, reglas claras de flujo y mecanismos de seguimiento** que permitan transparencia, disciplina fiscal y responsabilidad compartida.

La acumulación de cartera hospitalaria, particularmente concentrada en EPS intervenidas, pone en evidencia la **urgencia de fortalecer los mecanismos de trazabilidad y responsabilidad** en el flujo de recursos, diferenciando con claridad la deuda estructural, la deuda operativa y los pasivos derivados de procesos de liquidación. Esta situación impacta de manera directa la **sostenibilidad de clínicas y hospitales públicos y privados**, especialmente en territorios donde constituyen la única red disponible. La **baja previsibilidad financiera** deja de ser un asunto contable y se configura como un riesgo operativo que **compromete la continuidad, oportunidad y calidad del cuidado**.

Tensión entre la iliquidez de la red prestadora y deterioro de la capacidad operativa hospitalaria:

A junio de 2025, la cartera hospitalaria reportada por **227 Instituciones Prestadoras de Servicios** asciende a cerca de **24 billones de pesos**, con una concentración de mora del 56%. Las EPS intervenidas y en vigilancia especial concentran **más de 12,8 billones de esta deuda**, lo que ha profundizado la **iliquidez de clínicas y hospitales públicos y privados**, afectando continuidad operativa, estabilidad del talento humano y sostenibilidad territorial.



3.2 Tensiones operativas (impacto directo en pacientes)

Las siguientes tensiones corresponden a aquellos factores que tienen un **impacto directo e inmediato en la experiencia de pacientes y usuarios**. Su manifestación cotidiana se expresa en barreras de acceso, interrupciones en tratamientos y procedimientos, demoras, cargas administrativas y deterioro de la continuidad del cuidado. Aunque estas tensiones están estrechamente relacionadas con problemas estructurales de financiamiento, gobernanza e institucionalidad, su expresión más visible recae sobre las personas y constituye una de las principales fuentes de pérdida de confianza en el sistema.

Las tensiones operativas descritas **no constituyen únicamente ineficiencias administrativas o fallas de gestión**. Desde la experiencia de pacientes y usuarios, estas situaciones han generado **trayectorias de daño evitable, con afectaciones graves** y, en algunos casos, **irreversibles sobre la vida y la salud de las personas**.

La interrupción de tratamientos y procedimientos, la no entrega oportuna de medicamentos, la fragmentación de la atención y la precarización financiera de la red prestadora, tanto pública como privada, han sido señaladas como factores que, acumulados en el tiempo, **exponen a los pacientes a riesgos que el sistema está llamado a prevenir**. En este sentido, las tensiones operativas adquieren una dimensión humanitaria, en la medida en que producen **víctimas asociadas al funcionamiento deficiente del sistema de salud**.

Tensión entre el acceso a medicamentos, la innovación y la sostenibilidad del sistema:

Las **dificultades en el acceso oportuno a medicamentos** fueron identificadas como una de las expresiones más visibles de las tensiones del sistema de salud, con impactos particularmente sensibles para pacientes y usuarios. A lo largo de las sesiones se mencionaron **interrupciones en el suministro, demoras en la entrega**, barreras administrativas y tensiones en la relación con los gestores farmacéuticos, con efectos especialmente críticos en **personas con enfermedades crónicas y de alto costo**.

Desde distintas perspectivas se señaló que existen desafíos estructurales en el diseño y la actualización de los **esquemas de acceso, contratación y gestión del riesgo**. En este marco, se planteó la necesidad de avanzar hacia **modelos más predecibles y sostenibles**, alineados con resultados en salud y con criterios técnicos de evaluación del valor terapéutico, que permitan fortalecer el acceso efectivo de los pacientes mediante modelos sostenibles, predecibles y basados en evidencia.

Esta tensión refleja la dificultad del sistema para integrar de manera coherente la **innovación terapéutica** dentro de un marco de decisiones técnicas, transparentes y previsibles. La ausencia de reglas claras y de procesos robustos de evaluación y priorización (entendidos como herramientas de gobernanza para el uso responsable de recursos finitos y no como mecanismos de restricción arbitraria del derecho) no solo genera incertidumbre para los actores, sino que se traduce en afectaciones concretas para los pacientes, quienes enfrentan interrupciones en tratamientos y mayores cargas administrativas para acceder a tecnologías ya disponibles.

En todo caso, los procesos de sostenibilidad y priorización deberán **respetar el núcleo esencial del derecho** fundamental a la salud, la progresividad y la no regresividad, así como la **protección reforzada** de poblaciones de especial protección, tales como los **pacientes con enfermedades huérfanas, crónicas complejas y de alto costo**.

Tensión entre la garantía de derechos y el desborde de los mecanismos ordinarios de atención:

El **aumento sostenido de la judicialización en salud** fue identificado como otra de las tensiones operativas relevantes del sistema. Los participantes coincidieron en que, si bien la acción de tutela ha sido una herramienta fundamental para la garantía de derechos, su uso creciente también **evidencia fallas persistentes** en la operación cotidiana del sistema y en su **capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios**.

Se señaló que muchas de las acciones judiciales **no se originan en la inexistencia de servicios o tecnologías**, sino en problemas administrativos, demoras en autorizaciones, deficiencias en la atención al usuario y falta de coordinación entre actores. Esta situación ha generado **cargas adicionales** tanto para el sistema de salud como para el sistema judicial, sin resolver de fondo las causas estructurales que dan origen a estas demandas.

En esta misma línea, la Defensoría del Pueblo, en su documento **“Decisiones impostergables en materia de derechos humanos para el nuevo gobierno”**, advirtió que las brechas en el acceso a la salud evidencian fallas estructurales en la garantía de los derechos sociales, reflejadas en el incremento sostenido de tutelas, quejas ciudadanas y reclamaciones administrativas asociadas al acceso efectivo a medicamentos y a la prestación oportuna de servicios. La entidad alertó, además, que estas situaciones afectan con mayor intensidad a las poblaciones en condición de vulnerabilidad y ponen de presente la necesidad de **adoptar decisiones estructurales que fortalezcan la sostenibilidad, la equidad y la capacidad de respuesta del sistema**.

Desde el diálogo se planteó que esta tensión **refleja la distancia entre el diseño normativo del sistema y su capacidad real de respuesta**, y que su abordaje requiere fortalecer los mecanismos ordinarios de atención, mejorar la gestión operativa y recuperar la confianza de pacientes y usuarios. En ausencia de estos ajustes, la judicialización tiende a consolidarse como un **mecanismo ordinario de acceso**, con impactos negativos en la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad del sistema.

3.3 Tensiones territoriales e institucionales

Las siguientes tensiones corresponden a aquellos factores que afectan la **capacidad del sistema para operar de manera equitativa, coherente y confiable en los distintos territorios del país**, así como la fortaleza de su institucionalidad y de las reglas que lo gobiernan. Estas tensiones condicionan la implementación efectiva de cualquier decisión de política pública y explican, en buena medida, las dificultades recurrentes para traducir lineamientos nacionales en resultados consistentes para la población.



Tensión entre reglas homogéneas y realidades territoriales diversas:

Las **brechas territoriales** fueron identificadas como un desafío estructural no resuelto del sistema de salud colombiano. En particular, se señalaron las **dificultades** para operar el modelo de aseguramiento y de prestación de servicios en territorios con alta dispersión geográfica, **limitaciones de infraestructura, barreras de acceso** y condiciones sociales específicas.

Los participantes recordaron que existen **antecedentes de modelos diferenciales** y experiencias territoriales que ofrecen aprendizajes relevantes. Sin embargo, **se advirtió que la aplicación homogénea** de reglas diseñadas para contextos urbanos o de mayor densidad poblacional ha limitado la capacidad del sistema para responder de manera efectiva en zonas rurales, dispersas y apartadas, donde las condiciones de operación, los costos y las capacidades institucionales son **sustancialmente diferentes**.

Esta tensión fue señalada como un elemento crítico para cualquier discusión sobre el futuro del sistema, en la medida en que **la falta de reconocimiento de las realidades territoriales profundiza las inequidades en el acceso**, restringe la efectividad de las políticas públicas y debilita la capacidad del sistema para garantizar resultados equitativos en salud a lo largo del territorio nacional.



Tensión entre institucionalidad, reglas y confianza en el sistema:

Un elemento transversal a todas las discusiones fue el **deterioro de la confianza entre los distintos actores del sistema de salud**. La incertidumbre regulatoria, los cambios frecuentes en las reglas de funcionamiento, la debilidad en la información financiera y la percepción de decisiones unilaterales han profundizado la fragmentación y **dificultado la coordinación entre actores públicos y privados**.

Los participantes coincidieron en que esta pérdida de confianza constituye un obstáculo significativo para la **construcción de soluciones conjuntas** y para la implementación efectiva de cualquier ajuste o transformación del sistema. La ausencia de reglas claras, estables y predecibles incrementa los riesgos de implementación, desalienta la inversión, afecta la planeación de mediano y largo plazo y erosiona la legitimidad de las decisiones públicas. **Sin un fortalecimiento deliberado de la institucionalidad**, una mayor transparencia en la información y reglas de juego claras y sostenidas en el tiempo se advirtió que incluso las mejores propuestas técnicas enfrentarán dificultades significativas para materializarse. **Recuperar la confianza** fue señalado como una **condición habilitante para estabilizar el sistema y avanzar hacia transformaciones sostenibles**.

4. De las tensiones a los consensos: marco común para decidir



Las tensiones estructurales descritas en el capítulo anterior reflejan un sistema exigido al límite, pero también un sector con experiencia acumulada, capacidades técnicas y una comprensión profunda de sus propios desafíos. A lo largo de las sesiones estratégicas, los participantes coincidieron en que, pese a la complejidad del momento, existen **puntos de encuentro sustantivos** que permiten orientar la discusión pública más allá de posiciones fragmentadas, reactivas o exclusivamente ideologizadas.

Estos consensos no surgen como respuestas simples a una coyuntura crítica, ni como una agenda cerrada de soluciones. Emergen de la identificación reiterada de problemas estructurales, de la evaluación de experiencias previas y del reconocimiento de **condiciones mínimas necesarias para estabilizar y transformar el sistema de salud de manera responsable**. En este sentido, los consensos aquí recogidos no pretenden sustituir el debate democrático ni eliminar las diferencias legítimas entre actores, sino **ordenar la conversación pública** y elevar la calidad del proceso de toma de decisiones.

Desde el diálogo se reconoció que el principal riesgo del momento actual no es la ausencia de propuestas, sino la **adopción de decisiones que desconozcan las tensiones estructurales** del sistema traslade costos operativos o financieros a los pacientes, o generen inestabilidad adicional en un entorno ya marcado por fragilidad institucional y restricciones fiscales persistentes. Ignorar estas tensiones no las elimina; por el contrario, **incrementa el riesgo de decisiones inviables**, costos fiscales ocultos y deterioro temprano de la legitimidad política.

En este contexto, los consensos que se presentan a continuación funcionan como un **marco común para decidir**. No constituyen un programa de gobierno ni una propuesta normativa específica, pero sí establecen **criterios compartidos, prioridades comunes y condiciones de viabilidad** que deben orientar cualquier decisión pública relevante sobre el futuro del sistema de salud. Su valor reside en permitir que las diferencias se expresen dentro de un marco técnico reconocible y en facilitar evaluaciones más transparentes sobre el impacto, la coherencia y la sostenibilidad de las decisiones que se adopten.

Cada uno de los consensos responde de manera directa a una o varias de las tensiones identificadas. En conjunto, **configuran una base mínima** desde la cual es posible **priorizar, secuenciar y evaluar decisiones de política pública**, reconociendo los límites reales del sistema y la necesidad de avanzar con responsabilidad, gradualidad y enfoque territorial.



CONSENSO 1

Pacientes y usuarios en el centro del debate y del sistema de salud

A lo largo de las sesiones se reiteró de manera consistente que el punto de partida de cualquier discusión sobre el sistema de salud debe ser **la experiencia, las necesidades y los derechos de los pacientes y usuarios**. Desde distintas voces se señaló que muchas de las tensiones actuales del sistema se han abordado principalmente desde enfoques financieros, administrativos o institucionales, sin que ello se traduzca de manera suficiente en mejoras perceptibles en la atención de las personas.

Los participantes coincidieron en que la fragmentación de la atención, las barreras administrativas, las demoras en el acceso a servicios, procedimientos médicos y medicamentos y la falta de continuidad en los tratamientos tienen **impactos directos en la vida cotidiana de pacientes y usuarios**. Estas dificultades fueron descritas no solo como fallas operativas, sino como **factores que erosionan la confianza** en el sistema y generan una sensación de desprotección, especialmente en personas con enfermedades crónicas, condiciones de alto costo y en poblaciones con mayores barreras territoriales y sociales.

Se señaló que el **aumento de quejas, reclamos y acciones de tutela** refleja, en buena medida, la distancia entre el diseño normativo del sistema y la experiencia real de quienes lo utilizan. En este sentido, se planteó que la judicialización no puede analizarse únicamente como un problema jurídico, sino como una **señal de alerta temprana** sobre fallas persistentes en la atención y en la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades de los usuarios.

En el diálogo, organizaciones de pacientes y asociaciones de usuario fueron enfáticos en advertir que las **fallas estructurales del sistema de salud** están produciendo **daño evitable y pérdida de vidas**, configurando lo que han denominado **“víctimas de la salud”**, este reconocimiento exige incorporar mecanismos institucionales de aprendizaje y no repetición, que permitan identificar fallas estructurales, prevenir daños futuros y fortalecer la responsabilidad pública sin convertir el debate en un escenario exclusivamente punitivo.



Desde esta perspectiva, se señaló que las barreras de acceso, la falta o interrupción en el suministro de medicamentos, y la inestabilidad generada por el no pago oportuno a clínicas y hospitales públicos y privados, y proveedores, no solo deterioran la experiencia de atención, sino que pueden **traducirse en desenlaces fatales**. Algunos actores estiman que decenas de **miles de personas pierden la vida cada año por causas asociadas a estas fallas**, lo cual ha motivado incluso la presentación de denuncias ante instancias internacionales de derechos humanos.

Sin perjuicio de las discusiones técnicas y metodológicas sobre estas cifras, el consenso reconoce que estas denuncias expresan una **alarma ética, humanitaria e institucional que no puede ser ignorada**. Poner a pacientes y usuarios en el centro implica también reconocer el daño producido, asumir responsabilidades institucionales y orientar las decisiones públicas a **evitar su repetición**.

Desde la perspectiva de pacientes, organizaciones de la sociedad civil y otros actores, se enfatizó que poner a las personas en el centro del debate implica **evaluar las decisiones públicas y operativas** a partir de su impacto en la continuidad del cuidado, la oportunidad de la atención, la calidad percibida del servicio y la protección financiera, y no únicamente desde indicadores administrativos o de contención del gasto.

Este consenso reconoce que ubicar a pacientes y usuarios en el centro no constituye un enunciado retórico, sino una **condición esencial para recuperar legitimidad, confianza y sostenibilidad**. Las discusiones coincidieron en que un sistema que no logra responder de manera adecuada a las necesidades de las personas pierde su razón de ser, independientemente de su diseño institucional o financiero.

Implicación para la decisión pública: Poner a pacientes y usuarios en el centro debe convertirse en un **criterio verificable de decisión** para el gobierno y para la operación del sistema. Esto implica que cualquier ajuste financiero, regulatorio u organizacional debe evaluarse explícitamente en función de su impacto en la continuidad del tratamiento, la oportunidad del acceso, la calidad percibida de la atención y la protección financiera que incluye la reducción progresiva del gasto de bolsillo como condición para garantizar acceso oportuno, continuidad terapéutica y equidad en la experiencia de atención. Asimismo, exige leer de manera sistemática las quejas, PQR y acciones de tutela como **insumos de gestión y alertas tempranas**, y no únicamente como cargas jurídicas o administrativas. Así mismo, fortalecer el enfoque centrado en pacientes implica promover corresponsabilidad ciudadana y cultura de autocuidado como componentes complementarios para la sostenibilidad y el uso adecuado del sistema.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica **profundizar la brecha entre las decisiones públicas y la experiencia real de pacientes y usuarios**, con efectos directos en el aumento de la judicialización, el gasto de bolsillo, la interrupción de tratamientos y la pérdida de legitimidad social del sistema. Cualquier reforma o ajuste que no se traduzca en mejoras visibles para las personas tiende a generar resistencia social, deterioro de la confianza y mayores costos políticos y humanos en el corto y mediano plazo.



CONSENSO 2

Talento humano en salud como pilar del sistema

Las sesiones evidenciaron una coincidencia clara en torno al **carácter estratégico del talento humano en salud** como uno de los pilares fundamentales del sistema. Desde distintas perspectivas se señaló que la sostenibilidad del sistema, la calidad de la atención y la capacidad de respuesta frente a los desafíos actuales y futuros dependen, en gran medida, de las **condiciones en las que se forman, vinculan, distribuyen, desarrollan y permanecen** los profesionales y trabajadores de la salud en todo el territorio nacional. En este contexto, se enfatizó que dichas condiciones deben traducirse en **estándares verificables de habilitación institucional**, incorporando de manera explícita criterios relacionados con estabilidad laboral y contractual, oportunidad de pago (aquella que se pague dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al último día hábil del mes correspondiente), planeación del talento humano basada en datos y necesidades territoriales, y condiciones adecuadas de seguridad en los entornos de trabajo. Asimismo, se destacó la necesidad de **garantizar acceso efectivo a educación continua, disponibilidad oportuna de insumos, medicamentos y tecnologías** que permitan ejercer la práctica clínica con calidad, así como la **reducción de cargas administrativas innecesarias** mediante interoperabilidad real de los sistemas internos y externos (incluida la historia clínica), evitando que la burocratización erosione el tiempo asistencial y la calidad del cuidado.

Los participantes coincidieron en que el **deterioro de las condiciones laborales**, la inestabilidad en los esquemas de contratación y los retrasos recurrentes en los pagos han generado una pérdida progresiva de capacidades en distintos niveles del sistema. Estas dinámicas no solo afectan al talento humano, sino que se traducen directamente en **menor continuidad de la atención**, deterioro de la calidad del servicio y afectaciones en la experiencia de pacientes y usuarios.

Asimismo, se destacó la importancia de avanzar en procesos de **formalización laboral**, reconociendo la tercerización como un mecanismo excepcional en circunstancias especiales que debe cumplir con **reglas claras, condiciones dignas y mecanismos efectivos que garanticen estabilidad, protección social y pago oportuno**, mientras que se requiere la eliminación de la intermediación laboral. La precarización laboral fue identificada como un factor estructural que debilita la operación del sistema, incrementa la rotación del personal y afecta la construcción de equipos estables de atención.

Otro elemento central del consenso fue el reconocimiento de la **autonomía profesional** acompañada de la autorregulación ejercida por pares, a través de los comités de autorregulación y organizada conforme a las condiciones de cada territorio, como **condición indispensable** para la calidad de la atención. Los participantes señalaron que el ejercicio clínico debe estar **respaldado** por guías de práctica clínica, evidencia científica y procesos permanentes de actualización, armonizados con los requerimientos de eficiencia propios de las áreas administrativas institucionales, buscando siempre los mejores resultados en la gestión clínica de los pacientes.

Este consenso incorporó, además, la preocupación por la **formación y el relevo generacional**, resaltando el papel de las universidades y de las instituciones formadoras en la construcción de capacidades acordes con los retos del sistema, particularmente en **Atención Primaria en Salud, gestión de la cronicidad y modelos integrales de atención**. Es fundamental enfrentar la tendencia a la reducción de la demanda de formación en las profesiones de la salud, que se relaciona con la precaria situación del ICETEX, los costos y complejidad de la relación docencia servicio y los modelos pedagógicos actuales. La alineación entre formación, modelo de atención y necesidades territoriales fue identificada como una condición clave para la sostenibilidad del sistema en el largo plazo.

En experiencias comparables a nivel país, la protección del talento humano en salud se traduce en **condiciones óptimas de estabilidad en los pagos, trabajo digno y trayectorias de formación alineadas con las necesidades reales del sistema**, evitando promesas inviables de soluciones inmediatas, priorizando transformaciones sostenibles en el tiempo y creando incentivos alineados con las necesidades reales del sistema de resultados en salud.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que el **talento humano en salud sea reconocido explícitamente como un pilar estructural del sistema**, y no como una variable secundaria o residual de la política pública. La decisión pública debe orientarse a:



Garantizar **salarios dignos, pago oportuno y condiciones laborales dignas** como requisito habilitante para la operación del sistema y la continuidad de la atención.



Avanzar en **procesos de formalización laboral progresivos y financieramente sostenibles**, con reglas claras para la tercerización, prohibiendo la intermediación ilegal y garantizando la protección social efectiva.



Proteger la **autonomía profesional con autorregulación**, respaldada en evidencia científica, guías clínicas y procesos de actualización continua.



Alinear la **formación del talento humano** con el modelo de atención, las necesidades territoriales y epidemiológicas, y los retos asociados a la cronicidad, la APS y los modelos integrales.



Incorporar una **planeación estratégica del talento humano** que anticipe necesidades futuras, de acuerdo a las necesidades territoriales, evite déficits estructurales y garantice relevo generacional.

Proteger y fortalecer el talento humano no es solo una decisión laboral o gremial: es una **condición habilitante para la calidad, la sostenibilidad y la legitimidad del sistema de salud**.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica profundizar la precarización laboral, la rotación del personal y la pérdida de capacidades técnicas en el sistema. Sus efectos incluyen:



Mayor discontinuidad en la atención y deterioro de la experiencia de pacientes y usuarios.



Debilitamiento de equipos de atención y pérdida de conocimiento institucional.



Incremento de conflictos laborales, desmotivación y migración de talento humano.



Afectación directa en la calidad clínica y en los resultados en salud.



Mayor fragilidad operativa del sistema frente a crisis sanitarias y demandas crecientes.



Peligro para la seguridad de los usuarios del sistema.



Fuga del talento humano.

Un sistema que no protege a su talento humano **compromete su capacidad de respuesta, su sostenibilidad y su legitimidad social**. Sin condiciones dignas, estabilidad y planificación estratégica del recurso humano, cualquier reforma carece de viabilidad real.





CONSENSO 3

La salud como política de Estado, no de gobierno

A lo largo de las sesiones se expresó de manera reiterada la preocupación por la inestabilidad que genera en el sistema de salud la **ausencia de una visión de largo plazo compartida**. Desde distintas perspectivas se coincidió en que los **cambios frecuentes** en orientaciones, prioridades y reglas del juego han debilitado la capacidad del sistema para planear, invertir y sostener transformaciones estructurales.

Los participantes señalaron que la salud no puede seguir siendo abordada como un asunto sujeto a los ciclos políticos o a las prioridades de cada administración. Por el contrario, se reconoció que el sistema de salud cumple una función estratégica para el país, no solo en términos de bienestar y garantía de derechos, sino también como **pilar de cohesión social, estabilidad institucional y desarrollo económico**. La experiencia reciente, incluida la pandemia, fue mencionada como evidencia de que los desafíos en salud trascienden al sector y requieren **respuestas coordinadas desde el Estado en su conjunto**.

Se identificó como una fuente relevante de fragmentación la **falta de continuidad en políticas, así como la introducción de cambios normativos o administrativos** sin una adecuada evaluación de impactos ni articulación con la institucionalidad existente. Esta dinámica ha afectado la confianza entre actores, ha generado incertidumbre jurídica y ha dificultado la consolidación de capacidades técnicas en entidades clave del sistema.

El consenso en este punto reconoce que avanzar hacia una salud concebida como política de Estado implica fortalecer la gobernanza, respetar la institucionalidad, dar estabilidad a las reglas y promover espacios de diálogo permanentes entre actores públicos, privados, académicos y sociales. No se trata de eliminar el debate democrático ni las diferencias legítimas, sino de **establecer un marco común** que permita que las decisiones en salud **respondan a objetivos compartidos y trasciendan los cambios de gobierno.**

Este consenso plantea la necesidad de que las discusiones sobre el sistema de salud se inscriban en una **visión de largo plazo**, que otorgue certidumbre, continuidad y coherencia a las decisiones públicas, y que permita construir acuerdos duraderos en torno al rol del Estado, la institucionalidad y los principios que deben orientar el sistema. Reconoce igualmente la necesidad de **intervenir de manera decidida los “intolerables”** asociados a los determinantes sociales de la salud, particularmente la **garantía de acceso a acueducto y agua potable** apta para consumo humano, como condición básica para prevenir enfermedad y reducir inequidades, con metas verificables hasta lograr su garantía efectiva en la totalidad de los municipios del país.

Implicación para la decisión pública: Concebir la salud como política de Estado exige que las decisiones estructurales se adopten con **criterios de continuidad, transición y evaluación de impactos**, evitando cambios abruptos o unilaterales que deterioren la operación, la inversión y la confianza. Esto implica fortalecer mecanismos institucionales que garanticen estabilidad normativa, respetar la autonomía técnica de las entidades del sector y promover instancias permanentes de diálogo y asesoría técnica que sobrevivan al ciclo electoral. La promesa no es “no cambiar”, sino **cambiar con reglas previsibles, evaluación rigurosa y responsabilidad institucional.**

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica **profundizar la inestabilidad** como forma de gobierno, con efectos directos en el cierre de servicios, el desabastecimiento, la pérdida de talento humano y el deterioro de la confianza entre actores. Los cambios improvisados o desconectados de la capacidad institucional tienden a **generar altos costos operativos, resistencia social y pérdida temprana de legitimidad política.** En ausencia de una visión de Estado, el sistema queda expuesto a ciclos recurrentes de reforma, contrarreforma e incertidumbre, que dificultan cualquier transformación sostenible en el tiempo.



CONSENSO 4

Estabilización inmediata del sistema con un plan de choque diferenciado

Las discusiones evidenciaron un acuerdo amplio en torno a la **urgencia de adoptar medidas inmediatas** que permitan estabilizar el funcionamiento del sistema de salud y evitar un mayor deterioro en la atención a pacientes y usuarios. Se señaló que la situación actual combina presiones financieras, fragilidad operativa y riesgos crecientes para la continuidad de tratamientos, especialmente en poblaciones vulnerables y en territorios con menor capacidad instalada.

Los participantes coincidieron en que la ausencia de acciones oportunas puede profundizar la crisis, afectar la prestación de servicios esenciales y erosionar aún más la confianza en el sistema. En este contexto, se planteó la necesidad de un **plan de choque** que reconozca la heterogeneidad de los problemas existentes y que diferencie entre situaciones de corto plazo que requieren respuesta inmediata y desafíos estructurales que demandan soluciones de mayor alcance y transición ordenada.

Se destacó la importancia de abordar de manera diferenciada las **deudas corrientes**, que afectan directamente el flujo de recursos y la operación cotidiana de prestadores y proveedores, frente a las **deudas históricas**, que requieren esquemas específicos de reconocimiento y resolución. Asimismo, se subrayó la necesidad de adoptar medidas urgentes que permitan **proteger la continuidad de tratamientos críticos**, mitigar el impacto de la crisis financiera sobre el talento humano en salud y frenar el cierre de servicios esenciales.





Este consenso fue identificado como un **ancla de viabilidad** para cualquier discusión posterior sobre reformas estructurales. Desde el diálogo se advirtió que prometer transformaciones profundas sin estabilizar previamente el sistema incrementa el costo humano, fiscal y de gobernabilidad. Sin una base mínima de funcionamiento, las reformas **carecen de condiciones reales de implementación** y tienden a fracasar tempranamente.

El componente **diferenciado** del plan de choque fue señalado como clave, en la medida en que no todas las regiones, redes o entidades presentan el mismo nivel de fragilidad. La estabilización debe priorizar territorios, poblaciones y servicios donde el deterioro es más severo, evitando respuestas homogéneas que pueden agravar las brechas existentes.

Este plan de choque hace imprescindible **priorizar el restablecimiento de las terapias interrumpidas** en personas con enfermedades crónicas, huérfanas y de alto costo. Para ello, se requiere la **identificación nominal de casos críticos**, su incorporación a cohortes estructuradas de seguimiento y la eliminación efectiva de trámites o autorizaciones que retrasen la continuidad terapéutica. Asimismo, es indispensable disponer de capacidades técnicas, organizacionales y financieras suficientes que permitan gestionar integralmente cada caso, restablecer el acceso oportuno y normalizar la ruta de atención, garantizando continuidad, calidad y sostenibilidad en la prestación de los servicios con la **participación articulada** de quienes garantizan el acceso.

En este contexto, resulta fundamental **garantizar el flujo oportuno de recursos** a lo largo de los diversos agentes del sector, **contribuyendo así a la continuidad de los tratamientos y a la protección integral de los pacientes.**

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que la estabilización del sistema sea asumida como una **prioridad inmediata de gobierno**, previa a cualquier reforma estructural. La decisión pública debe traducirse en un plan de choque técnicamente sustentado, con medidas diferenciadas, procesos técnicos y transparentes de gobernanza del uso de los recursos y mecanismos de seguimiento verificables. Dichos criterios deberán aplicarse dentro del marco del **derecho fundamental a la salud** definido en la Ley Estatutaria, garantizando que las estrategias de sostenibilidad financiera **no impliquen pérdida de derechos, restricciones indebidas ni barreras adicionales de acceso**.

La sostenibilidad y la priorización deben entenderse como **instrumentos para proteger** simultáneamente la dimensión colectiva e individual del derecho, con especial consideración hacia poblaciones de especial protección, como pacientes con enfermedades huérfanas, raras, crónicas complejas y de alto costo.

La estabilización no es una concesión política, sino una **condición necesaria para recuperar gobernabilidad, proteger a los pacientes y preservar la capacidad operativa del sistema**.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica **permitir la profundización del deterioro operativo** del sistema, con efectos directos en la interrupción de tratamientos, y procedimientos médicos, el cierre de servicios, la desprotección del talento humano y el aumento del gasto de bolsillo, y la judicialización. Además, **compromete la viabilidad de cualquier reforma posterior**, al intentar transformar un sistema sin condiciones mínimas de funcionamiento, lo que incrementa el riesgo de fracaso temprano, pérdida de legitimidad política y mayores costos humanos y fiscales.





CONSENSO 5



Sostenibilidad financiera basada en eficiencia, suficiencia y gobernanza responsable de los recursos

Uno de los ejes más recurrentes del diálogo fue la preocupación por la **sostenibilidad financiera** del sistema de salud. Desde distintos actores se coincidió en que existe una **brecha persistente entre las obligaciones asignadas al sistema y los recursos efectivamente disponibles**, lo que ha generado tensiones crecientes a lo largo de toda la cadena de aseguramiento y en la red de clínicas y hospitales públicos y privados.

Se señaló que el debate público ha tendido a **concentrarse de manera excesiva** en la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), sin incorporar de forma integral otros factores determinantes como la siniestralidad, los rezagos acumulados, las ineficiencias operativas, las debilidades de información y el desperdicio de recursos. Los participantes coincidieron en que la sostenibilidad no puede abordarse únicamente desde la ampliación de fuentes de financiación, sino que requiere una **gestión más eficiente, transparente y responsable** de los recursos existentes.

Asimismo, se planteó la necesidad de **avanzar hacia mecanismos técnicos, transparentes y deliberativos de gobernanza responsable** del uso de los recursos en salud, orientados por criterios de equidad, evidencia científica y sostenibilidad fiscal, garantizando en todo caso la protección del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud, la no regresividad en la protección alcanzada y la continuidad de tratamientos en curso, especialmente para poblaciones de especial protección. Este punto fue abordado con especial cuidado, enfatizando que **la priorización no debe entenderse como una negociación de derechos, sino como una herramienta orientada a contribuir a la sostenibilidad del sistema y a la protección colectiva en un contexto de recursos finitos**, a través de procesos técnicos y transparentes de gobernanza en el uso de los recursos.

En este sentido, se destacó la importancia de **avanzar en mecanismos legítimos, transparentes y técnicamente robustos** para la evaluación y definición de criterios de incorporación y financiación de nuevas tecnologías sanitarias y servicios con cargo a recursos públicos de la salud, promoviendo un **uso eficiente, equitativo y sostenible de dichos recursos**.

En el mismo sentido, es relevante que los criterios considerados en los procesos de toma de decisiones en salud se desarrollen en armonía con el **principio de sostenibilidad financiera del sistema** y con la **garantía del derecho fundamental a la salud**, promoviendo una mayor coherencia entre las obligaciones que este asume y los recursos efectivamente disponibles para responder a ellas.

Se destacó que las estrategias de sostenibilidad financiera deben **proteger simultáneamente la dimensión colectiva e individual del derecho a la salud**, garantizando que no se traduzcan en pérdida de derechos, restricciones indebidas ni barreras adicionales de acceso, especialmente para poblaciones de especial protección como pacientes con enfermedades huérfanas, raras, crónicas complejas o de alto costo. En ningún caso la gobernanza responsable de los recursos podrá interpretarse como habilitación para restringir el núcleo esencial del derecho individual ni para interrumpir tratamientos en curso por razones exclusivamente financieras.

Este consenso orienta la discusión hacia una comprensión más integral de la sostenibilidad financiera, en la que la **eficiencia**, la **suficiencia** y la **priorización justa** se convierten en criterios centrales para la toma de decisiones públicas. Reconocer los límites reales del sistema y gobernar explícitamente el uso de los recursos fue identificado como una condición indispensable para evitar la acumulación recurrente de déficits, la producción de cartera y la traslación de costos al paciente.

Las discusiones coincidieron en que prometer universalidad sin suficiencia financiera y sin reglas claras de priorización termina, en la práctica, **trasladando el costo de la insuficiencia al paciente**, a través de tutelas, gasto de bolsillo, interrupciones en tratamientos y deterioro de la experiencia de atención.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige **honestidad fiscal y honestidad operativa**. La decisión pública debe reconocer explícitamente las restricciones presupuestales del sistema y establecer reglas claras sobre qué se financia, bajo qué criterios y con qué mecanismos de evaluación. Esto implica fortalecer metodologías técnicas de cálculo de suficiencia, mejorar el flujo de los recursos en la cadena de valor del sistema, reducir desperdicios y adoptar procesos transparentes de priorización basados en evidencia, valor terapéutico y criterios socialmente comprensibles, asegurando que dichos procesos respeten la progresividad y no regresividad del derecho fundamental a la salud y no generen afectaciones desproporcionadas a poblaciones de especial protección. La sostenibilidad no es un objetivo técnico aislado, sino una **condición habilitante para proteger el derecho a la salud en el tiempo**.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica **perpetuar un modelo de decisiones implícitas y tardías sobre el gasto**, que produce déficits estructurales, acumulación de cartera, cierres de servicios y mayor judicialización. La ausencia de reglas claras de priorización y suficiencia termina trasladando el costo de la escasez al paciente y al talento humano, **erosionando la legitimidad social del sistema y generando altos costos fiscales y políticos en el mediano plazo**. Sin sostenibilidad financiera gobernada explícitamente, cualquier reforma carece de viabilidad real, y aumenta el riesgo de que la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud se deteriore por falta de reglas transparentes y técnicamente sustentadas.

CONSENSO 6

Un modelo de aseguramiento que gestione riesgo y genere valor en salud



Los participantes coincidieron en que el modelo de aseguramiento requiere ajustes que fortalezcan su capacidad para **gestionar el riesgo en salud**, articular la atención y generar valor para pacientes y usuarios. Se planteó que la discusión no debe centrarse en la eliminación de figuras, sino en la revisión de sus funciones, incentivos, responsabilidades y capacidades reales, en coherencia con la complejidad del sistema y las necesidades de la población.

En este contexto, la situación de las **EPS intervenidas** fue señalada como un **elemento crítico del diagnóstico**. Se reconoció que, más allá de las causas particulares de cada caso, los procesos de intervención han puesto en evidencia **debilidades estructurales** en la capacidad de algunas entidades para gestionar el riesgo en salud, articular redes de prestación y garantizar continuidad en la atención.



Asimismo, se identificaron **desafíos relevantes en la gobernanza y supervisión de los procesos de intervención**, incluyendo la necesidad de fortalecer los criterios técnicos en la designación de interventores, robustecer los mecanismos de seguimiento y control, y garantizar mayores niveles de transparencia y rendición de cuentas durante su ejecución.



Se advirtió que la pérdida o debilitamiento de capacidades técnicas y operativas en entidades intervenidas ha tenido **impactos directos sobre pacientes** y la estabilidad operativa de clínicas y hospitales públicos y privados, especialmente en territorios donde estas entidades concentran una proporción significativa de la población afiliada, **afectando la estabilidad de las redes de atención y la continuidad del cuidado.**

Los participantes coincidieron en que la intervención, por sí sola, no resuelve los desafíos estructurales del aseguramiento si no va acompañada de definiciones claras sobre el rol que deben cumplir estas entidades, los estándares de gestión esperados y las condiciones necesarias para preservar o reconstruir capacidades esenciales del sistema. En este sentido, se subrayó la **importancia de evitar soluciones que trasladen el riesgo operativo, financiero o asistencial** a otros actores sin contar con estructuras suficientes para asumirlo.

De manera complementaria, se destacó la necesidad de avanzar hacia esquemas de **riesgo compartido**, competencia regulada y mecanismos que alineen los incentivos de los actores con los **resultados en salud**, fortaleciendo la coordinación entre aseguradores, prestadores y proveedores. Este enfoque fue presentado como una vía para mejorar la eficiencia del sistema, reducir la fragmentación y generar mayor valor para pacientes y usuarios.

Se ha señalado que el modelo actual mantiene fuertes incentivos al volumen y a la fragmentación de la atención, lo cual no contribuye ni a la eficiencia ni a la sostenibilidad financiera. Por ello, se ha planteado la necesidad de **avanzar hacia esquemas centrados** en resultados en salud, gestión integral del riesgo y fortalecimiento de la atención primaria como eje articulador del sistema.

Este consenso orienta la discusión hacia la consolidación de un modelo de aseguramiento más sólido, técnico y sofisticado, que preserve la protección individual no solo como cobertura formal, sino como la **capacidad real del sistema para garantizar acceso oportuno, continuidad en la atención, calidad de los servicios y protección financiera**, especialmente para las poblaciones con mayor vulnerabilidad y carga de enfermedad.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige redefinir el modelo de aseguramiento desde una lógica de **gestión efectiva del riesgo en salud**, con estándares claros de habilitación, supervisión y desempeño. La decisión pública debe enfocarse en fortalecer capacidades técnicas y operativas del asegurador, alinear incentivos con resultados en salud, garantizar transparencia en los procesos de intervención, armonizar las intervenciones individuales y colectivas, buscando la complementariedad, fortalecer el rol de la gestión de las redes integrales de atención por continuidad territorial y evitar que el riesgo operativo sea trasladado al paciente o a actores sin capacidad para asumirlo. La evaluación del aseguramiento debe ir más allá de la intermediación financiera y centrarse en su contribución real a la continuidad del cuidado y a mejores resultados en salud.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica **perpetuar un modelo de aseguramiento debilitado**, con capacidades insuficientes para gestionar el riesgo, articular redes y garantizar continuidad en la atención. Ello se traduce en mayor fragmentación del sistema, deterioro de la experiencia del paciente, inestabilidad de las redes de prestación y traslado de riesgos operativos y financieros a los usuarios. **Sin un aseguramiento técnicamente fortalecido y orientado a resultados**, cualquier intento de estabilización o reforma estructural enfrenta un **alto riesgo de fracaso**.



CONSENSO 7

Acceso oportuno y sostenible a tecnologías sanitarias con decisiones basadas en valor

El **acceso a tecnologías sanitarias** constituye un componente estructural del derecho efectivo a la salud y de la calidad de la atención. Sin embargo, el sistema enfrenta tensiones regulatorias, financieras e institucionales que afectan la oportunidad con la que estas tecnologías llegan a los pacientes y la sostenibilidad con la que pueden incorporarse al sistema.

A lo largo del diálogo se evidenciaron desafíos asociados a la capacidad operativa de la autoridad sanitaria, la articulación entre los procesos de registro sanitario y los mecanismos de financiación, así como la necesidad de **fortalecer los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias**. Estas tensiones generan demoras, incertidumbre en la cadena de acceso y dificultades para integrar la innovación dentro de un marco de sostenibilidad fiscal y previsibilidad institucional.

Existe consenso en que el país debe avanzar hacia una **arquitectura institucional clara y coherente** que articule tres funciones diferenciadas pero complementarias: la evaluación de seguridad y eficacia (regulación sanitaria), la evaluación de valor terapéutico y la evaluación multicriterio, holística y deliberativa que responda a las necesidades locales, los estándares de cuidado y al contexto del sistema de salud, permitiendo decisiones más equitativas, responsables y centradas en el paciente.

La **evaluación multicriterio (EMC)** es un enfoque de Evaluación de Tecnologías en Salud que valora una tecnología mediante una consideración explícita, estructurada y transparente de múltiples criterios relevantes: eficacia clínica, seguridad, resultados centrados en el paciente (incluidos resultados reportados por pacientes), grado de necesidad no cubierta, impacto en la calidad de vida, efectos organizacionales y en el funcionamiento del sistema, equidad y repercusiones sociales y económicas, evitando reducir la decisión a una única métrica agregada.



La EMC **debe sustentarse en un proceso deliberativo** que implique a pacientes, clínicos, pagadores y reguladores, defina y pondere criterios según el contexto y aplique análisis de sensibilidad y escenarios para reconocer y cuantificar la incertidumbre de la evidencia; además, debe integrar evidencia clínica y real-world evidence a lo largo del ciclo de vida del producto para permitir **actualizaciones continuas**.

En este marco, el fortalecimiento del **Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)** fue identificado como estratégico para consolidar decisiones **basadas en evidencia y valor en salud**. Así mismo, es claro que debe desarrollarse un **proceso de modernización del INVIMA y la adopción de mecanismos de cooperación con agencias internacionales** de referencia (reliance) para dinamizar los procesos regulatorios en el país.

Se reconoció la importancia de que la evaluación de tecnologías sanitarias incorpore **criterios técnicos transparentes, metodologías robustas y procesos técnicos y transparentes de gobernanza del uso de los recursos**, aplicados en el marco del derecho fundamental a la salud y sin que ello implique pérdida de derechos ni barreras indebidas de acceso, especialmente para poblaciones de especial protección, que permitan orientar decisiones públicas con mayor legitimidad y previsibilidad. La claridad en estos procesos contribuye tanto a la protección del paciente como a la sostenibilidad del sistema, al reducir la discrecionalidad y la judicialización asociada al acceso a tecnologías.



En el corto plazo, se consideró prioritario fortalecer la **capacidad operativa del IETS** y de la autoridad regulatoria y reducir tiempos regulatorios sin comprometer estándares técnicos. En el mediano plazo, se destacó la necesidad de **consolidar la articulación entre regulación, evaluación de valor y financiación**, evitando duplicidades y garantizando coherencia en el ciclo de incorporación tecnológica. En el largo plazo, se planteó **avanzar hacia un modelo integral de gestión de tecnologías sanitarias** que combine innovación, acceso efectivo y responsabilidad fiscal.

Este consenso reafirma que el acceso a tecnologías sanitarias no puede abordarse únicamente desde la regulación ni desde la financiación de manera aislada. Requiere una **política de Estado** que garantice independencia técnica, decisiones basadas en evidencia, estabilidad regulatoria y sostenibilidad financiera, en coherencia con un sistema de salud centrado en las personas.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que las decisiones sobre acceso a tecnologías sanitarias se adopten con **criterios explícitos de valor en salud**, transparencia metodológica y articulación institucional. La decisión pública debe orientarse a fortalecer las capacidades técnicas de evaluación, clarificar el rol de cada instancia en el ciclo de incorporación tecnológica y establecer reglas previsibles que permitan equilibrar el acceso oportuno de los pacientes con la sostenibilidad del sistema. Decidir con base en valor terapéutico no debe entenderse como una restricción al derecho fundamental, sino como una herramienta orientada a **proteger un acceso efectivo, equitativo y sostenible en el tiempo**.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica perpetuar demoras, incertidumbre y discrecionalidad en el acceso a tecnologías sanitarias, con impactos directos en la **continuidad de tratamientos, el aumento de la judicialización y la pérdida de confianza de pacientes y actores del sistema**. La ausencia de reglas claras y procesos robustos de evaluación y priorización termina trasladando los costos de la incertidumbre al paciente y al sistema, erosionando la sostenibilidad financiera y la legitimidad de las decisiones públicas.

CONSENSO 8

Atención primaria en salud (APS) como eje integrador del sistema



A lo largo del diálogo emergió un acuerdo amplio en torno a que la **Atención Primaria en Salud (APS)** debe constituirse en el **eje organizador del sistema de salud**, y no en un conjunto marginal de programas o intervenciones aisladas. Se enfatizó que la APS debe entenderse como una estrategia integral de salud pública centrada en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, participación social, intersectorialidad, acceso universal, equidad y garantía de continuidad del cuidado, y con un primer nivel de atención suficientemente resolutivo.

Los participantes coincidieron en que muchas de las tensiones estructurales y operativas del sistema, fragmentación de la atención, sobreutilización de servicios de alta complejidad, dificultades en la gestión de la cronicidad y deterioro de la experiencia de los pacientes están directamente asociadas a la **debilidad histórica del primer nivel de atención**.

Desde distintas perspectivas se señaló que el sistema colombiano ha operado de manera predominante bajo una **lógica reactiva**, centrada en la atención por evento y en la resolución tardía de la enfermedad, con una APS limitada en capacidad resolutiva, integración clínica, articulación territorial y desarticulada de la intervención de los demás sectores. Esta situación ha generado trayectorias de atención discontinuas, mayores costos evitables y una experiencia fragmentada para pacientes y usuarios y la sobre carga del sector salud al responder por determinantes sociales de la salud que exceden sus competencias.



El consenso reconoce que fortalecer la APS no es una reforma incremental, sino una **decisión estructural** que condiciona la viabilidad de las redes integradas, la gestión de la cronicidad, la sostenibilidad financiera, la equidad territorial y la intersectorialidad. Ello implica, por una parte, consolidar la APS como estrategia articuladora del sistema y, por otra, desarrollar un primer nivel de atención con alta capacidad resolutive, dotación adecuada, talento humano estable y competencias ampliadas. Una APS efectiva implica contar con equipos de salud estables, competencias ampliadas, capacidad diagnóstica básica, acceso oportuno a medicamentos esenciales y mecanismos reales de coordinación con niveles complementarios e intersectoriales.

Asimismo, se destacó que la APS debe operar con un **enfoque territorial explícito**, reconociendo las diferencias entre contextos urbanos, rurales y dispersos, y articulándose con otros sectores para abordar determinantes sociales de la salud. La intersectorialidad no se concibe como un principio retórico, sino como una condición operativa para mejorar resultados en salud y reducir presiones evitables sobre el sistema.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que la APS sea asumida como una **política estructural del sistema de salud**, con definiciones técnicas claras, capacidad resolutive, financiamiento coherente, mecanismos verificables de implementación y complementariedad intersectorial. La decisión pública debe orientarse a fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel, garantizar su articulación efectiva con redes integradas de servicios y alinear incentivos financieros y contractuales con la continuidad del cuidado y los resultados en salud.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica perpetuar un sistema fragmentado, costoso e inequitativo, en el que la atención sigue organizada alrededor de eventos aislados y niveles de alta complejidad. La ausencia de una APS resolutive y sólida **incrementa hospitalizaciones evitables, deteriora la experiencia del paciente, profundiza brechas territoriales y compromete la sostenibilidad financiera del sistema**. Sin una APS efectiva, cualquier estrategia de redes, cronicidad o sostenibilidad carece de anclaje operativo real.



CONSENSO 9

Redes integradas e integrales de salud y territorialización

A lo largo de las sesiones se coincidió en que uno de los principales problemas estructurales del sistema de salud colombiano es la **fragmentación de la atención**, asociada en buena medida a esquemas de contratación desarticulados y a una lógica predominante de pago por evento, que dificulta la continuidad del cuidado y la coordinación entre niveles y actores. Esta fragmentación limita la capacidad del sistema para acompañar a las personas a lo largo de su trayectoria de atención, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas y condiciones complejas.

Desde distintas perspectivas se destacó que avanzar hacia **redes integradas e integrales de servicios de salud** es una condición necesaria para mejorar los resultados en salud y la experiencia de pacientes y usuarios. La organización del sistema en redes permite articular de manera efectiva la Atención Primaria en Salud, los servicios especializados y los procesos de seguimiento, superando la lógica de atenciones aisladas y episódicas.

Los participantes coincidieron en que estas redes no pueden entenderse únicamente como un asunto contractual ni reducirse a acuerdos formales entre actores. Por el contrario, fueron concebidas como una **organización funcional del sistema**, orientada a garantizar trayectorias de atención continuas, roles claros entre niveles de atención, mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, y una mejor coordinación del talento humano y los recursos disponibles.

Este consenso se fortalece con un principio operativo ampliamente validado: las redes integradas deben organizar la atención y el cuidado desde un **enfoque territorial**, con población asignada, coordinación efectiva y oferta de servicios con capacidad resolutoria, acompañadas por gobernanza, sistemas de información y gestión basada en resultados.



De manera reiterada se subrayó que el desarrollo de redes integradas debe partir de un enfoque territorial explícito que reconozca las profundas diferencias entre contextos urbanos, rurales y zonas dispersas. La aplicación homogénea de modelos diseñados para entornos urbanos ha limitado la capacidad del sistema para responder de manera efectiva en territorios con baja densidad poblacional, barreras geográficas y menor capacidad instalada. En este sentido, se planteó la necesidad de avanzar hacia **planes diferenciales** para el ámbito rural y las zonas dispersas, distintos a los esquemas urbanos, que fortalezcan la capacidad resolutoria local y permitan una organización más realista y efectiva de las redes de atención.

Relación explícita con APS y cronicidad (coherencia sistémica). Este consenso se articula directamente con el consenso de **Atención Primaria en Salud (APS)**, en la medida en que la APS se plantea como eje integrador cuya efectividad depende de una coordinación real con niveles complementarios y de una implementación medible y evaluable. Asimismo, se conecta con el consenso de **gestión de la cronicidad**, que reconoce que el envejecimiento y el aumento de enfermedades crónicas desbordan un sistema diseñado para eventos agudos y exige modelos integrales con continuidad del cuidado; esa continuidad solo es viable de manera sostenible cuando opera dentro de redes articuladas territorialmente.

Este consenso reconoce que la fragmentación **afecta continuidad, calidad y eficiencia**; por ello, trabajar en redes integradas e integrales con enfoque territorial no solo contribuye a una mayor eficiencia del sistema, sino que permite mejorar simultáneamente los resultados en salud y la experiencia de las personas, alineando la organización del sistema con las necesidades reales de la población.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige pasar de una red “de papel” a una **red operativa y verificable**. La decisión pública debe traducirse en condiciones mínimas de implementación que hagan posible la integración real del cuidado. En términos prácticos, implica:



Territorio y población asignada para operar en red: definir unidades funcionales de gestión y redes con responsabilidades explícitas sobre una población y un territorio (no solo “listados” de prestadores).



APS como parte de una estrategia transversal, desde un primer nivel de atención resolutivo: asegurar que el primer nivel tenga capacidad resolutiva y coordinación real con segundo y tercer nivel; de lo contrario, la APS queda como enunciado sin impacto sobre fragmentación y continuidad.



Coordinación efectiva del cuidado: protocolos de referencia y contrarreferencia, rutas integrales y navegación del paciente para reducir discontinuidades.



Gestión de cronicidad integrada a la red: organizar trayectorias longitudinales (seguimiento continuo) para condiciones crónicas, evitando que la atención siga siendo episódica y desarticulada.



Capacidad resolutiva y roles por nivel: fortalecer el componente primario y articularlo con el complementario, garantizando continuidad, oportunidad e integralidad.



Información e interoperabilidad como habilitador de redes: historia clínica compartida, trazabilidad de remisiones y seguimiento longitudinal para evitar duplicidades y pérdidas de continuidad.



Contratación y pago alineados a resultados (no solo volumen): avanzar progresivamente hacia modalidades que premien continuidad y desempeño, reduciendo incentivos a la fragmentación.



Enfoque territorial diferencial: un diseño para urbano y otro para rural/disperso, reconociendo costos de acceso, logística y disponibilidad de oferta.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica perpetuar un sistema en el que la atención sigue siendo **episódica y fragmentada**, con trayectorias discontinuas, duplicidades, mayores cargas administrativas y peor experiencia del paciente. En ausencia de redes funcionales, se refuerza el uso ineficiente de recursos, se deterioran los resultados en salud especialmente en pacientes crónicos y se profundizan las brechas territoriales. Además, mantener modelos poco integrados debilita la capacidad del sistema para responder a crisis y aumenta los costos operativos y de gobernabilidad derivados de la insatisfacción ciudadana y la judicialización.

CONSENSO 10

Fortalecimiento del hospital público como pilar del sistema y garantía de equidad territorial

A lo largo del diálogo se evidenció una preocupación compartida por el **deterioro progresivo de la red pública hospitalaria** en las últimas dos décadas y por la limitada centralidad que ha tenido el hospital público en las discusiones estructurales sobre el sistema de salud, pese a su papel estratégico en la **garantía del acceso**, particularmente en **zonas rurales, dispersas y apartadas**, donde en muchos casos constituye el **único prestador disponible** para la población.

Los participantes destacaron que el hospital público enfrenta un **rezago significativo en infraestructura**, dotación y capacidades técnicas, con brechas marcadas entre regiones. Este deterioro se ve agravado por **esquemas de financiación insuficientes y poco diferenciados**, especialmente para servicios trazadores como **urgencias y hospitalización**, que no resultan rentables bajo lógicas de mercado, pero que son indispensables por su función social y por representar la **presencia efectiva del Estado en los territorios**.



Asimismo, se identificó como un problema estructural la **alta rotación del talento humano** en los hospitales públicos, asociada a esquemas de contratación inestables, vínculos temporales y ausencia de una política clara y sostenida de laboralización. Esta situación no solo afecta la continuidad de la atención y la calidad de los servicios, sino que debilita las capacidades institucionales, incrementa los costos operativos y expone a las instituciones a **riesgos de captura política y prácticas clientelistas**.

Desde el diálogo se enfatizó que, en amplios segmentos del país, resulta **inapropiado sostener una lógica de aseguramiento y contratación basada exclusivamente en la venta de servicios**, cuando existen contextos de **monopolio natural del hospital público** como único prestador. En estos escenarios, la aplicación mecánica de reglas de mercado no solo resulta ineficiente, sino que **compromete la sostenibilidad de la red pública** y pone en riesgo la garantía efectiva del derecho a la salud.



Otro elemento central del consenso fue la **ausencia de una política hospitalaria integral de largo plazo**, que articule de manera coherente la planeación de servicios, las inversiones en infraestructura y dotación, el fortalecimiento institucional y la gestión del talento humano, en función de las **necesidades reales de la población y de las particularidades territoriales**. Se advirtió que la falta de esta visión estratégica ha derivado, en múltiples casos, en **decisiones de inversión desalineadas** de la capacidad operativa y financiera de los hospitales, motivadas más por coyunturas políticas que por criterios técnicos de salud pública.

Finalmente, se subrayó la necesidad de **fortalecer el gobierno corporativo de los hospitales públicos** y de avanzar hacia esquemas de dirección y gestión basados en **criterios técnicos, meritocracia y estabilidad directiva**, con reglas claras que protejan la autonomía institucional y reduzcan la interferencia política en la administración, la gestión del talento humano y la toma de decisiones estratégicas.

Este consenso reconoce que el fortalecimiento del hospital público no es un asunto sectorial aislado, sino una **condición indispensable** para garantizar equidad territorial, continuidad de la atención y cohesión del sistema de salud. Avanzar hacia una política hospitalaria integral, con financiación adecuada, talento humano estable y gobernanza técnica, permitirá **recuperar el rol del hospital público como pilar del sistema**, como nodo fundamental de las redes territoriales y como instrumento efectivo del Estado para responder a las necesidades de salud de la población, especialmente en los territorios más vulnerables.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que el hospital público sea reconocido explícitamente como un **componente estratégico del sistema de salud**, particularmente en el marco de las **redes integradas e integrales con enfoque territorial**. La decisión pública debe traducirse en una **política hospitalaria nacional de largo plazo**, articulada con la planeación sectorial, que reconozca la heterogeneidad territorial y diferencie los esquemas de financiación, gestión y evaluación según el rol que cumple cada hospital en la red.

Implica avanzar hacia **modelos de financiación que no dependan exclusivamente de la venta de servicios**, especialmente en territorios donde el hospital público actúa como único prestador, así como **proteger la estabilidad del talento humano** mediante reglas claras de vinculación y pago oportuno. De igual forma, exige **blindar la gestión hospitalaria** mediante esquemas de gobierno corporativo, selección meritocrática de directivos y evaluación basada en resultados en salud y desempeño institucional, reduciendo la discrecionalidad política y fortaleciendo la confianza ciudadana.

El fortalecimiento del Hospital Público también implica el diseño e implementación de una política pública nacional de oferta en salud basada en un plan maestro de Infraestructura que identifique, ordene y priorice inversiones, con especial énfasis en el primer nivel de atención, en regiones rurales y en municipios dispersos. La red pública necesita modernización, equipamiento actualizado y ampliación de su capacidad resolutive.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica profundizar el **deterioro de la red pública hospitalaria**, con efectos directos en el **cierre de servicios, interrupciones en la atención y pérdida de capacidad resolutive local**, especialmente en zonas rurales y dispersas. La ausencia de una política hospitalaria integral y de esquemas de financiación diferenciados incrementa la precarización del talento humano, debilita la institucionalidad y **amplía las brechas territoriales en acceso, calidad y oportunidad de la atención**.

En el mediano plazo, se compromete la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud, se debilita la cohesión del sistema y se limita la viabilidad de cualquier estrategia de redes, APS o gestión de la cronicidad, al dejar sin soporte operativo y territorial a uno de sus **pilares fundamentales**.



CONSENSO 11

Gestión de la cronicidad y modelos de atención integrales basados en valor

A lo largo de las sesiones se reconoció de manera amplia que el sistema de salud colombiano enfrenta un **cambio estructural en su perfil epidemiológico y demográfico**, marcado por el envejecimiento poblacional, el aumento sostenido de enfermedades crónicas y la coexistencia de múltiples condiciones de salud en una misma persona. Este escenario tensiona de manera significativa un sistema históricamente diseñado para responder a eventos agudos y a atenciones episódicas, con limitada capacidad para organizar el cuidado de largo plazo.

Dentro de este cambio epidemiológico, **la salud mental adquiere relevancia estratégica** por su impacto transversal en productividad, cohesión social y sostenibilidad del sistema, y exige modelos integrales que eviten su tratamiento marginal.

Desde distintas perspectivas se coincidió en que estos desafíos no pueden abordarse de manera efectiva sin avanzar hacia **modelos de atención integrales**, capaces de organizar la prestación de servicios en función de **trayectorias de cuidado continuas, coordinadas y centradas en las personas**. La fragmentación actual de la atención, la débil articulación entre niveles y la dependencia excesiva de esquemas altamente medicalizados fueron identificadas como fuentes de ineficiencia, deterioro de la experiencia de pacientes y usuarios y resultados subóptimos en salud.

Los participantes resaltaron la necesidad de superar enfoques centrados exclusivamente en la atención por evento y de fortalecer modelos que integren de manera coherente la **promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento continuo**, especialmente en personas con condiciones crónicas. En este marco, se subrayó la importancia de **clarificar responsabilidades entre actores**, fortalecer la coordinación entre prestadores y aseguradores, y contar con **mecanismos de información y seguimiento** que permitan gestionar el cuidado a lo largo del tiempo.

Asimismo, se planteó que la gestión de la cronicidad no puede limitarse a los aspectos clínicos. Debe incorporar de manera explícita los **determinantes sociales de la salud**, el entorno familiar y comunitario, y las necesidades de cuidado de largo plazo. Esta mirada integral fue identificada como una condición clave tanto para mejorar la calidad de vida de las personas como para hacer un uso más eficiente y sostenible de los recursos del sistema.



Este consenso reconoce una realidad de país: el peso creciente de la cronicidad y el envejecimiento desbordan un sistema que, si bien no define un modelo único de atención integral, sí converge en una coincidencia clara: **sin modelos organizados en torno a la continuidad del cuidado y la integración de servicios, el sistema difícilmente podrá responder de manera sostenible a los retos demográficos y epidemiológicos actuales y futuros**. La experiencia internacional muestra que la gestión efectiva de enfermedades crónicas requiere **equipos integrados, seguimiento longitudinal, medición de resultados relevantes** para el paciente y, cuando el territorio lo demanda, **apoyo comunitario estructurado**.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que la **gestión de la cronicidad** sea asumida como una **estrategia estructural del sistema de salud**, y no como un conjunto de programas aislados o pilotos fragmentados. La decisión pública debe orientarse a:



Definir modelos de atención integrales con **trayectorias de cuidado continuas**, ancladas en un primer nivel resolutorio y articuladas con niveles complementarios.



Establecer responsabilidades claras entre aseguradores, prestadores y entidades territoriales en la gestión longitudinal de las personas con condiciones crónicas.



Incorporar sistemas de información interoperables que permitan **seguimiento continuo, coordinación clínica y evaluación de resultados.**



Medir el desempeño de estos modelos con indicadores de **resultados en salud, experiencia del usuario, adherencia terapéutica y hospitalizaciones evitables**, y no únicamente por volumen de servicios.

Gestionar la cronicidad no es un asunto accesorio: es una **condición habilitante para la sostenibilidad financiera, la eficiencia operativa y la mejora real de los resultados en salud** en un sistema presionado por el envejecimiento y la multimorbilidad.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica perpetuar un modelo de atención episódico y fragmentado que no responde a la realidad epidemiológica del país. Sus efectos incluyen:



Mayor deterioro de la experiencia de pacientes con enfermedades crónicas, caracterizada por discontinuidad del cuidado, duplicidades y cargas administrativas.



Uso ineficiente de recursos, con aumento de hospitalizaciones evitables, complicaciones prevenibles y presión creciente sobre los servicios de alta complejidad.



Incremento de la judicialización y del gasto de bolsillo como mecanismos sustitutivos de acceso y continuidad.



Compromiso de la sostenibilidad financiera del sistema, al no gestionar de manera proactiva los riesgos asociados a la cronicidad.

Sin modelos integrales de atención orientados a la continuidad del cuidado, el sistema queda atrapado en una lógica reactiva, **incapaz de responder de manera eficiente y humana a los desafíos actuales** y futuros, con costos crecientes para los pacientes, los prestadores y el Estado.

CONSENSO 12

Salud como motor de desarrollo, competitividad e inversión



A lo largo del diálogo se planteó de manera consistente que el sector salud debe ser entendido no solo como un componente del gasto público, sino como un **motor estratégico de desarrollo económico, innovación y competitividad para el país**. Los participantes destacaron que el sistema de salud genera empleo, impulsa cadenas productivas, promueve la investigación y tiene un impacto directo en la productividad y el bienestar de la población.

Se resaltó que la **incertidumbre regulatoria**, la inestabilidad institucional y la ausencia de reglas claras han afectado de manera significativa la capacidad del sector para atraer y sostener inversión, tanto pública como privada. Estas condiciones han debilitado la planeación de mediano y largo plazo, han desincentivado procesos de innovación y han incrementado el riesgo percibido por actores nacionales e internacionales, con efectos negativos sobre la capacidad de la red de clínicas y hospitales públicos y privados y la calidad de los servicios.



En este contexto, se subrayó la importancia de **preservar y fortalecer la alianza público-privada** de manera integral, no limitada exclusivamente a la prestación de servicios. El consenso amplía esta mirada hacia la financiación, la innovación, la investigación clínica, el desarrollo tecnológico, la producción local y la articulación con el sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación. Desde esta perspectiva, el sector salud fue reconocido como un espacio clave para dinamizar inversión productiva, sofisticar capacidades nacionales y generar valor agregado.

Los participantes coincidieron en que **generar condiciones de estabilidad, previsibilidad y confianza institucional** es un prerrequisito para que el sector salud pueda cumplir su potencial como motor de desarrollo. Esto incluye marcos regulatorios claros, respeto por las reglas técnicas, continuidad institucional y una visión que reconozca explícitamente el aporte del sector a la competitividad del país. Es necesario aclarar las funciones y responsabilidades de los diferentes actores y reducir la ambigüedad normativa (sobreproducción jurídica). El sistema de salud colombiano se puede concebir hasta cierto grado como un sector sobre regulado, lo que genera traumatismos en su funcionamiento, por lo que, recuperar y fortalecer la rectoría indelegable del Estado es imperante.

La gobernanza actual del sistema se caracteriza por la necesidad de mejorar la rendición de cuentas, la transparencia, la participación, la equidad y la capacidad de respuesta del sistema. Esta, debe articular el aseguramiento, las políticas de salud pública, y las políticas transectoriales para intervenir los determinantes sociales y aportar como motor estratégico de desarrollo económico, superando la visión prestacional del derecho a la salud.



Asimismo, se destacó que una mirada de desarrollo exige reconocer la relación entre salud y otros determinantes sociales y económicos. Invertir en salud tiene efectos que trascienden al propio sistema: mejora la productividad laboral, reduce costos sociales asociados a la enfermedad, fortalece la cohesión social y contribuye al crecimiento económico sostenible. Desde esta óptica, la salud deja de concebirse como un sector que “consume recursos” y pasa a entenderse como un **sistema que produce bienestar, productividad y desarrollo**.

Hay un reconocimiento explícito de que la salud trasciende el sistema de salud, por lo que se requiere **fortalecer el trabajo multi e intersectorial** obligatorio para actuar sobre los determinantes sociales en salud y reducir las desigualdades, apalancado en el enfoque de “Una Salud” y trabajar por lograr “La Salud en todas las políticas”.

La experiencia internacional fue citada para resaltar que los acuerdos país en salud logran sostenerse cuando **conectan explícitamente salud con desarrollo económico**: empleo, investigación, cadenas productivas, servicios de cuidado e innovación. En estos contextos, la estabilidad normativa y la confianza institucional se convierten en activos estratégicos para sostener inversión, innovación y capacidad de respuesta del sistema.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que la salud sea incorporada explícitamente como un **sector estratégico dentro de la política de desarrollo del país**, y no tratada únicamente como un rubro de gasto o un problema fiscal. La decisión pública debe orientarse a:



Restablecer y proteger **estabilidad normativa y previsibilidad institucional** como condición para atraer inversión y sostener innovación.



Reconocer y fortalecer la **alianza público-privada integral**, que incluya prestación, financiación, investigación, innovación y desarrollo productivo.



Articular la política de salud con la **política de ciencia, tecnología, innovación e industria**, aprovechando el potencial del sector como dinamizador económico.



Incorporar la salud en los **instrumentos de planeación económica y fiscal** de mediano y largo plazo, reconociendo su impacto en productividad, empleo y competitividad.



Generar **señales claras de confianza** que permitan movilizar inversión nacional e internacional en infraestructura, tecnología, talento humano e innovación en salud.

Reconocer la salud como motor de desarrollo exige integrarla en los marcos de planeación económica y fiscal, en la política de competitividad y en los instrumentos de ciencia, tecnología e innovación, asegurando coherencia entre sostenibilidad del sistema, inversión productiva y desarrollo territorial.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica persistir en una **visión restringida del sector salud** como un centro de costos, con efectos estructurales negativos. Entre los principales riesgos se encuentran



Deterioro progresivo de la inversión en infraestructura, tecnología e innovación, con impactos directos en acceso y calidad.



Pérdida de capacidades productivas, científicas y tecnológicas nacionales en un sector estratégico.



Mayor dependencia de soluciones reactivas y de corto plazo, sin construcción de capacidades sostenibles.



Debilitamiento de la alianza público-privada y aumento del riesgo percibido por inversionistas.



Reducción de la competitividad del país y **pérdida de oportunidades de desarrollo** asociadas al ecosistema de salud.

Sin una visión que conecte salud y desarrollo, el sistema queda atrapado en **ciclos recurrentes de crisis financiera, deterioro operativo y pérdida de confianza**, limitando su capacidad de contribuir al bienestar social y al crecimiento económico del país.



CONSENSO 13

Instituciones modernas, técnicas y confiables

Las sesiones coincidieron de manera reiterada en que el fortalecimiento de la **institucionalidad del sistema de salud** constituye una condición indispensable para su funcionamiento, sostenibilidad y legitimidad social. Se señaló que las debilidades en las capacidades técnicas, los rezagos en procesos regulatorios, la fragmentación institucional y las limitaciones en los sistemas de información han afectado de manera estructural la eficiencia del sistema, la coordinación entre actores y la confianza en las instituciones.

La confianza en las instituciones constituye un factor clave para el **desarrollo económico y la cohesión social**, pues la desconfianza hacia ellas reduce la disposición de la ciudadanía a contribuir al logro de objetivos comunes.

De forma transversal, los participantes destacaron que la **incertidumbre regulatoria**, los cambios frecuentes en las reglas de juego y la percepción de decisiones unilaterales han erosionado la confianza institucional, debilitando la rectoría del Estado y dificultando la implementación efectiva de cualquier ajuste o transformación del sistema. En este contexto, se subrayó que la gobernanza del sistema no puede sostenerse sobre improvisación normativa ni sobre rotación permanente de criterios técnicos. Los sistemas de información interoperables facilitan el intercambio oportuno y seguro de datos entre los distintos niveles territoriales y de atención del sistema de salud. Esta integración mejora significativamente la toma de decisiones clínicas y administrativas, al permitir una visión más completa y actualizada del estado de salud de los usuarios, sus antecedentes y trayectorias de atención. Además, promueven la continuidad asistencial de manera más fluida, reduciendo errores en la atención, duplicidad de consultas y procedimientos, y optimizando el uso de recursos. En consecuencia, contribuyen a una gestión más eficiente del gasto en salud y fortalecen la capacidad institucional para responder con pertinencia y equidad a las necesidades del territorio.

Se resaltó la importancia de **modernizar las entidades regulatorias y de supervisión**, fortaleciendo su capacidad técnica, su autonomía y su agilidad operativa. En particular, se destacó la necesidad de avanzar en la transformación de entidades como el INVIMA y de consolidar instancias de evaluación técnica como el IETS, garantizando procesos oportunos, transparentes y basados en evidencia, sin sacrificar rigor técnico ni independencia institucional.

En este contexto, se subrayó la necesidad de revisar el funcionamiento de la Comisión Revisora del INVIMA, evaluando su estructura, capacidades técnicas y procesos internos, con el fin de reducir rezagos regulatorios, evitar concentraciones funcionales que limiten la agilidad en la toma de decisiones y asegurar que su operación esté alineada con estándares internacionales de eficiencia, transparencia y especialización técnica.

Otro elemento central del consenso fue el reconocimiento de que la **falta de información integrada, oportuna e interoperable** limita de manera significativa la capacidad del Estado para tomar decisiones informadas y ejercer una rectoría efectiva del sistema. Las asimetrías de información, la baja calidad de los datos y la ausencia de trazabilidad dificultan la identificación temprana de riesgos, la evaluación de impactos y el control oportuno del gasto, alimentando conflictos entre actores y decisiones reactivas.

Los participantes coincidieron en que avanzar hacia **sistemas de información modernos e interoperables** no es un ejercicio tecnológico accesorio, sino una condición estructural para mejorar la gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas. La trazabilidad financiera, el seguimiento de tecnologías sanitarias, el uso estratégico de herramientas digitales y analíticas, incluyendo inteligencia artificial aplicada a procesos regulatorios y de supervisión, fueron señalados como habilitadores clave para fortalecer la capacidad institucional sin comprometer estándares técnicos.

Este consenso fue identificado como un **habilitador transversal** del conjunto de transformaciones planteadas en el documento. Sin instituciones técnicas, reglas claras y datos confiables, cualquier reforma corre el riesgo de convertirse en una disputa de relatos, decisiones reactivas o cambios de corto plazo sin sostenibilidad. La confianza institucional, se reiteró, no se reconstruye con declaraciones, sino con reglas estables, información pública comparable y rendición de cuentas efectiva.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que el fortalecimiento institucional sea asumido como una **prioridad estructural de la política pública** en salud. La decisión pública debe orientarse a:



Recuperar y proteger el **tecnicismo** en las entidades rectoras, regulatorias y de supervisión, mediante criterios claros de idoneidad, estabilidad mínima en cargos estratégicos y reducción de la rotación política.



Modernizar las entidades regulatorias, fortaleciendo su **capacidad técnica, autonomía y eficiencia**, con procesos transparentes y basados en evidencia, incluyendo la revisión y actualización del esquema de funcionamiento de la Comisión Revisora del INVIMA, ampliando capacidades técnicas, especialización y mecanismos que reduzcan cuellos de botella en el ingreso de tecnologías sanitarias.



Consolidar instancias técnicas de evaluación y asesoría con **independencia, metodologías robustas y legitimidad pública**, como base para decisiones complejas.



Avanzar hacia **sistemas de información interoperables**, con trazabilidad financiera y clínica, datos de calidad y acceso oportuno para la toma de decisiones.



Institucionalizar mecanismos de **transparencia y rendición de cuentas**, que permitan seguimiento verificable de decisiones, resultados e impactos.

Fortalecer las instituciones no es un asunto administrativo: es una **condición habilitante para la gobernabilidad, la sostenibilidad y la legitimidad del sistema de salud.**

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica **perpetuar un sistema débil** en su capacidad de conducción estratégica y vulnerable a decisiones reactivas. Entre los principales riesgos se encuentran:



Profundización de la **incertidumbre regulatoria** y pérdida adicional de confianza entre actores.



Decisiones públicas basadas en **información incompleta, desactualizada o fragmentada.**



Mayor judicialización, conflictos institucionales y costos ocultos asociados a **fallas de gobernanza.**



Dificultad para implementar reformas estructurales, incluso cuando están técnicamente bien diseñadas.



Deterioro de la legitimidad social del sistema y aumento de la percepción de **arbitrariedad.**



Persistencia de **rezagos regulatorios** y cuellos de botella en instancias clave como la Comisión Revisora del INVIMA, con impactos negativos en acceso oportuno a tecnologías, competitividad del sector y atracción de inversión.

Sin instituciones modernas, técnicas y confiables, el sistema de salud queda expuesto a ciclos recurrentes de crisis, improvisación normativa y pérdida de capacidad estatal. En ausencia de reglas claras, datos confiables y autoridad técnica, **ninguna transformación es sostenible en el tiempo.**



CONSENSO 14

Ciencia, tecnología y ecosistema de innovación como pilar estructural para la resiliencia, sostenibilidad y competitividad del sistema de salud



Los sistemas de salud más sólidos, resilientes y con mejores resultados en salud son aquellos que han consolidado **ecosistemas robustos de ciencia, tecnología e innovación**. Estos ecosistemas les permiten responder con mayor oportunidad y efectividad a crisis sanitarias imprevistas, adaptarse a desafíos estructurales como el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas, y fortalecer simultáneamente la sostenibilidad y la competitividad del sistema.

La transformación profunda y sostenible del sistema de salud colombiano no puede abordarse únicamente desde reformas institucionales o ajustes financieros. Requiere fortalecer de manera estratégica las **capacidades nacionales en ciencia, tecnología e innovación (CTI)** y consolidar un ecosistema articulado, colaborativo y orientado a resultados en salud.

El país cuenta con capacidades relevantes en investigación clínica, desarrollo académico, innovación digital, soluciones organizacionales, emprendimiento en salud y producción científica. Sin embargo, estas capacidades operan de manera fragmentada y con **limitada articulación** entre el sistema de salud, el sistema nacional de ciencia y tecnología, la política industrial y los territorios. Esta dispersión institucional ha reducido el impacto sistémico de los esfuerzos existentes.

En consecuencia, se requiere una **institucionalidad clara y articulada** que permita coordinar estas capacidades bajo una visión estratégica común. Para ello, puede contemplarse la creación o el fortalecimiento de una agencia o esquema de gobernanza intersectorial con mandato claro, visión de largo plazo y capacidad efectiva de coordinación entre los sectores de salud, ciencia, tecnología, industria y desarrollo productivo. Esta instancia deberá alinear prioridades, evitar duplicidades, fortalecer la cooperación pública-privada y orientar recursos hacia retos estratégicos definidos de manera transparente.



Es indispensable que el Estado establezca **señales consistentes mediante misiones estratégicas de CTI en salud**, financiadas y sostenidas en el tiempo, orientadas a resolver desafíos prioritarios en salud pública y enfermedades de alto impacto, organización y eficiencia del sistema, y desarrollo productivo y autonomía tecnológica en áreas estratégicas. Estas misiones deben convocar de manera estructurada a universidades, centros de investigación, hospitales, aseguradores, industria, emprendedores, entidades territoriales y organizaciones sociales alrededor de objetivos medibles y evaluables.

La **innovación en salud** incluye tanto el desarrollo, evaluación y acceso oportuno a tecnologías sanitarias (medicamentos, dispositivos y terapias avanzadas) como innovaciones organizacionales, digitales y en modelos de atención. Esto comprende la **transformación digital del sistema**, el uso estratégico de datos, la interoperabilidad, la innovación en Atención Primaria en Salud, redes integradas y gestión de la cronicidad.

Este consenso no sustituye ni modifica el consenso relativo al acceso y evaluación de tecnologías sanitarias; lo **complementa**, ampliando la mirada hacia el ecosistema integral de ciencia, conocimiento e innovación que soporta tanto dichas tecnologías como el funcionamiento global del sistema de salud.

La política de ciencia, tecnología e innovación en salud deberá integrarse de manera explícita con los **criterios de sostenibilidad fiscal, evaluación basada en evidencia y priorización justa** definidos en este documento, aplicados en el marco del derecho fundamental a la salud y sin que ello implique pérdida de derechos ni barreras indebidas de acceso, en especial para poblaciones de especial protección, garantizando que la incorporación de innovación se realice con responsabilidad presupuestal, equidad territorial y transparencia.

Asimismo, deben **fortalecerse los instrumentos** que faciliten la colaboración internacional, la atracción de inversión y la transferencia tecnológica, como mecanismos orientados al desarrollo progresivo de las capacidades nacionales. Estos instrumentos deberán integrarse de manera coherente con la política de ciencia, tecnología e innovación y con una estrategia de desarrollo productivo en salud, de forma que contribuyan a la sostenibilidad, la autonomía estratégica y la competitividad del sistema, sin sustituir la construcción de capacidades locales. Un **entorno regulatorio estable, reglas claras para la cooperación internacional y protección efectiva del conocimiento** son condiciones necesarias para consolidar un ecosistema innovador competitivo.

Este consenso reconoce que **consolidar un ecosistema de ciencia, tecnología e innovación al servicio de la salud es una decisión estratégica de país**. No se trata únicamente de promover investigación, sino de integrar el sistema de salud, el sistema de CTI y la política de desarrollo productivo en una visión común que permita responder a los desafíos actuales y futuros con mayor resiliencia, equidad y competitividad.

Implicación para la decisión pública: Este consenso exige que la ciencia, la tecnología y la innovación sean asumidas como un **pilar estructural del sistema de salud**, y no como componentes accesorios o dependientes de coyunturas presupuestales. La decisión pública debe orientarse a:



Integrar explícitamente la política de salud con la **política de ciencia, tecnología, innovación e industria**, bajo una visión estratégica común.



Definir y sostener en el tiempo **misiones estratégicas de CTI en salud**, con objetivos claros, financiamiento estable y evaluación de resultados.



Fortalecer esquemas de gobernanza intersectorial que articulen actores públicos, privados, académicos y territoriales.



Asegurar que la innovación en salud se incorpore con **criterios de valor, sostenibilidad fiscal y equidad territorial**.



Generar un **entorno regulatorio estable** que promueva inversión, cooperación internacional y transferencia tecnológica orientada al fortalecimiento de capacidades nacionales.

Invertir estratégicamente en CTI no es un gasto adicional: es una **condición habilitante para la resiliencia, la sostenibilidad y la competitividad del sistema de salud**.

Riesgo de ignorarlo: Ignorar este consenso implica **limitar al sistema de salud a una lógica reactiva y dependiente**, con impactos estructurales negativos. Entre los principales riesgos se encuentran:



Pérdida de capacidad de respuesta frente a crisis sanitarias y desafíos emergentes.



Dependencia tecnológica creciente y **debilitamiento** de capacidades nacionales.



Fragmentación persistente entre investigación, innovación y operación del sistema de salud.



Oportunidades perdidas de desarrollo productivo, empleo calificado e innovación local.



Menor competitividad del país en un sector estratégico a nivel global.

Sin un ecosistema robusto de ciencia, tecnología e innovación articulado al sistema de salud, el país queda expuesto a ciclos recurrentes de crisis, dependencia externa y pérdida de oportunidades estratégicas. La innovación no es opcional: es una **condición estructural para construir un sistema de salud sostenible, resiliente y centrado en las personas**.



5. Agenda de decisiones estratégicas para la estabilización y transformación del sistema de salud (agenda de competitividad en salud)

Nota aclaratoria sobre el alcance y la naturaleza de la Agenda

La presente **Agenda de Decisiones Estratégicas** no constituye un plan de gobierno, un programa normativo ni un listado exhaustivo de acciones. Su propósito es **traducir los 14 consensos sectoriales** desarrollados en este documento en un **marco estructurado de decisiones públicas prioritarias**, diferenciadas según su naturaleza, secuencia y horizonte temporal.

La Agenda se organiza en **seis bloques estratégicos**, que agrupan y articulan los consensos en función de **decisiones estructurales del sistema**, evitando la fragmentación temática y reconociendo que los principales desafíos del sector son interdependientes. Cada bloque identifica **decisiones urgentes, de corto, mediano y largo plazo**, entendidas no como plazos cronológicos rígidos, sino como **tipos de decisión**:

- **Urgentes:** decisiones de adopción **inmediata destinadas a mitigar riesgos críticos** para la continuidad del servicio, la estabilidad financiera y la gobernabilidad sectorial. Su propósito es contener el deterioro operativo y crear condiciones mínimas de estabilidad para la implementación de ajustes estructurales posteriores.
- **Corto plazo:** decisiones indispensables para **detener el deterioro operativo**, proteger a pacientes y usuarios, y recuperar gobernabilidad mínima del sistema.
- **Mediano plazo:** decisiones que requieren **transición ordenada, ajustes normativos o construcción de capacidades institucionales**, propias del periodo presidencial.
- **Largo plazo:** decisiones de **Estado**, que exigen continuidad interadministrativa, estabilidad institucional y acuerdos sostenidos en el tiempo.

La diferenciación de las decisiones por horizontes temporales no implica jerarquía política ni prelación ideológica entre ellas, sino el **reconocimiento explícito de las capacidades institucionales** requeridas, los **tiempos reales de maduración** de las decisiones y las **responsabilidades interadministrativas** necesarias para su implementación efectiva.

Esta Agenda busca **ordenar la toma de decisiones**, hacer explícitos los costos de postergar definiciones estructurales y ofrecer un marco verificable para evaluar la coherencia, viabilidad e impacto de las decisiones que se adopten sobre el sistema de salud.

Nota técnica transversal sobre redes integradas e integrales de salud

A lo largo del documento, y de manera consistente con la evidencia internacional y las experiencias comparadas, se reconoce que **la organización del sistema en redes integradas e integrales de servicios de salud** no constituye un eje aislado ni una política sectorial independiente, sino una **forma de organización funcional del sistema** que atraviesa múltiples decisiones.

Las redes no se entienden como listados contractuales de clínicas y hospitales, sino como **unidades operativas de gestión del cuidado**, con población asignada, roles definidos por nivel de atención, mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, y responsabilidad explícita sobre trayectorias de atención continuas. Su viabilidad depende de condiciones habilitantes como:

- **APS como estrategia transversal** al sistema de salud con **primer nivel de atención resolutivo** efectivo.
- La **gestión individual del riesgo** (integral) en instituciones especializadas.
- Esquemas de **aseguramiento con gestión del riesgo**.
- **Talento humano estable** y articulado.
- **Sistemas de información interoperables**.
- Modalidades de **financiación y pago alineadas a resultados**.
- **Enfoques territoriales diferenciados** para contextos urbanos, rurales y dispersos.

Por esta razón, las decisiones relacionadas con redes integradas se desarrollan de manera **transversal** en varios bloques de la Agenda (particularmente en gobernanza, modelo de atención, sostenibilidad financiera y talento humano) evitando tratarlas como un componente aislado o exclusivamente operativo.



BLOQUE 1

Gobernanza e institucionalidad del sistema

Propósito del bloque:

Recuperar la capacidad de conducción estratégica del sistema de salud, fortaleciendo la rectoría técnica del Estado, la estabilidad de las reglas de juego, la calidad de la información, la confianza entre actores y la resiliencia institucional del sistema.

La gobernanza no se entiende únicamente como autoridad normativa, sino como la **capacidad efectiva** de coordinar actores, anticipar riesgos, gestionar crisis y conducir transformaciones de manera ordenada, transparente y sostenible en el tiempo.

Sin gobernanza técnica, deliberativa y basada en evidencia, cualquier decisión financiera, operativa o asistencial **pierde viabilidad, legitimidad y capacidad real de implementación.**

Este bloque se sustenta principalmente en los **Consensos 2 y 13**, y constituye un **habilitador transversal** del resto de la Agenda: sostenibilidad financiera, modelo de atención, talento humano, acceso a tecnologías e innovación.

Decisiones inmediatas y de estabilización humanitaria

Estas decisiones **deben adoptarse desde el primer día** para detener el deterioro institucional, reducir la fragmentación decisional y proteger la vida y la continuidad de la atención de pacientes y usuarios.



1. Incorporar un enfoque explícito de daño evitable y no repetición en la conducción del sistema:

Las decisiones de estabilización deberán reconocer explícitamente la existencia de personas afectadas de manera grave por fallas del sistema, priorizando la **protección inmediata** de quienes enfrentan interrupciones de tratamientos, desabastecimiento de medicamentos o colapsos de la red de atención.

La gobernanza técnica del sistema deberá incorporar **mecanismos sistemáticos** de identificación temprana de riesgos, lectura estructurada de denuncias, tutelas y alertas ciudadanas, y criterios de no repetición, evitando que las fallas institucionales continúen produciendo **daño humano evitable**.

En coherencia con el Consenso 1, la gobernanza del sistema deberá reconocer que las fallas institucionales han generado daño evitable en personas y familias, configurando lo que distintos actores han denominado **“víctimas de la salud”**, y asumir el compromiso explícito de no repetición en la conducción del sistema.

Se reconoce que este enfoque no es únicamente operativo, sino **ético e institucional**, y constituye una condición para recuperar legitimidad social.



2. Activar desde el primer día una instancia técnica nacional de coordinación para la estabilización del sistema de salud:

Conformar de manera inmediata un **Consejo Nacional de Salud** como instancia técnica de alto nivel, con **participación del Ministerio de Salud**, entidades rectoras y representantes de los actores del sistema, con mandato explícito de coordinar decisiones urgentes orientadas a:

- Mitigar la crisis humanitaria.
- Proteger la continuidad de tratamientos críticos.
- Evitar fallas sistémicas adicionales.
- Reducir la fragmentación decisional en un contexto de alta fragilidad.

Esta instancia **no sustituye la autoridad formal del Estado ni los canales de decisión establecidos**, pero fortalece la coordinación estratégica, mejora la calidad de las decisiones urgentes y aporta legitimidad técnica en escenarios de crisis. Su funcionamiento deberá basarse en criterios de transparencia, deliberación técnica y comunicación pública responsable.

1. Mecanismo permanente de seguimiento interinstitucional con sociedad civil:

Establecer una **mesa permanente de seguimiento interinstitucional** con participación de pacientes, academia, sector privado y autoridades territoriales, orientada a:

- Monitorear la implementación de la Agenda.
- Identificar riesgos emergentes.
- Generar alertas tempranas de inestabilidad sistémica.
- Contribuir a fortalecer la confianza entre actores.

Este espacio deberá incorporar mecanismos formales de control social y análisis sistemático de PQR, tutelas y alertas ciudadanas como insumos obligatorios de gestión, promoviendo **transparencia activa** y fortaleciendo la **confianza institucional**. La participación no debe limitarse a consulta simbólica, sino convertirse en herramienta preventiva de riesgo sistémico.

2. Recuperar el tecnicismo en las entidades rectoras y de supervisión:

Adoptar **criterios explícitos y verificables de idoneidad técnica** para la designación de directivos en el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el INVIMA y demás entidades clave.

La estabilidad mínima en cargos estratégicos debe **asumirse como condición para la gobernabilidad del sistema**, evitando rotaciones recurrentes que erosionan capacidades institucionales y deterioran la previsibilidad regulatoria.

Se reconoce que la **profesionalización y estabilidad técnica** constituyen un requisito estructural para cualquier reforma sostenible.

3. Protocolizar técnicamente los procesos de intervención y supervisión:

Estandarizar criterios, objetivos y mecanismos de seguimiento de intervenciones a aseguradores y prestadores, garantizando:

- Transparencia en los procesos.
- Coherencia técnica.
- Delimitación clara de responsabilidades.
- Reducción de discrecionalidad.

La intervención debe consolidarse como herramienta técnica orientada a **preservar continuidad del cuidado y estabilidad territorial**, no como mecanismo reactivo o coyuntural.

4. Publicar una línea base institucional, operativa y financiera del sistema:

Consolidar y hacer pública una radiografía oficial del estado institucional, operativo y financiero del sistema de salud.

Esta línea base debe servir como **referencia común** para el debate público, reducir la fragmentación narrativa y permitir que las decisiones posteriores se fundamenten en **información compartida y verificable**.

5. Activar interoperabilidad mínima obligatoria para información crítica:

Hacer exigibles estándares básicos de interoperabilidad para información financiera y operativa prioritaria, permitiendo trazabilidad del flujo de recursos y mejor coordinación institucional.

La interoperabilidad deja de ser una declaración tecnológica y se convierte en **instrumento estructural de gobernanza, transparencia y coordinación sistémica**.

Decisiones de mediano plazo

1. Crear una instancia técnica permanente de planeación del sistema de salud:

Consolidar una **unidad o esquema de planeación sectorial con autonomía técnica** responsable de:

- Integrar variables epidemiológicas, demográficas y financieras.
- Emitir análisis prospectivos.
- Articular sostenibilidad fiscal y decisiones sectoriales.
- Reducir volatilidad normativa entre gobiernos.

La planeación no puede depender exclusivamente de coyunturas anuales ni de ciclos políticos.



2. Separar explícitamente evaluación técnica y decisión política:

Institucionalizar la producción de **evaluaciones técnicas independientes** como **insumo obligatorio** para decisiones estructurales.

Esto no elimina la responsabilidad política final, pero fortalece la calidad del debate, protege la evidencia y reduce decisiones reactivas sin análisis previo.

3. Modernizar las entidades regulatorias y de evaluación técnica:

Fortalecer capacidades, procesos y herramientas en entidades como el INVIMA y el IETS, garantizando:

- Agilidad operativa.
- Transparencia.
- Rigor técnico.
- Independencia institucional.

La modernización regulatoria es condición para **acceso oportuno, sostenibilidad y reducción de judicialización.**

Decisiones de largo plazo

1. Consolidar un sistema integrado e interoperable de información sectorial:

Avanzar hacia una arquitectura institucional de información con trazabilidad financiera y clínica, datos comparables y acceso oportuno para la toma de decisiones. La información se reconoce como **infraestructura estratégica del sistema**, no como proyecto tecnológico aislado.

2. Blindar la estabilidad normativa del sistema de salud:

Establecer reglas claras sobre el alcance, los procedimientos y los tiempos de las reformas estructurales, promoviendo:

- Evaluación previa de impacto.
- Transiciones ordenadas.
- Respeto por la continuidad institucional.

La estabilidad no implica inmovilismo, sino **cambios previsibles, evaluados y técnicamente sustentados.**

3. Desarrollar esquemas de gobernanza territorial diferenciada:

Reconocer que la gobernanza del sistema **no puede ser homogénea en todo el territorio.** Incorporar mecanismos que permitan adaptar decisiones, modelos operativos y prioridades a contextos urbanos, rurales y dispersos, fortaleciendo la capacidad de implementación y reduciendo brechas territoriales.



4. Institucionalizar la gobernanza técnica como principio estructural del sistema:

Convertir el tecnicismo, la transparencia, la rendición de cuentas y la deliberación informada en **criterios permanentes de funcionamiento del sistema de salud**, protegidos frente a ciclos políticos y presiones coyunturales.

La consolidación de instituciones modernas, técnicas y confiables constituye una condición habilitante para la sostenibilidad financiera, el modelo de atención, la protección del talento humano y el desarrollo del sector salud como motor de país.

Impacto esperado del bloque

- Recuperación progresiva de la conducción estratégica del sistema.
- Reducción de incertidumbre regulatoria.
- Mayor confianza entre actores.
- Mejora en la capacidad de anticipar y gestionar crisis.
- Condiciones institucionales reales para implementar transformaciones estructurales sostenibles.



Riesgo sistémico de no actuar: Ignorar este bloque implica mantener un sistema sin conducción estratégica, donde la crisis humanitaria **se gestiona de manera fragmentada, reactiva y judicializada**. Sin gobernanza técnica desde el primer día, cualquier intento de estabilización financiera o transformación estructural enfrentará alto riesgo de fracaso temprano, con costos humanos, fiscales y políticos crecientes.



BLOQUE 2

Sostenibilidad financiera y flujo de recursos

Propósito del bloque:

Garantizar la estabilidad financiera del sistema de salud como condición habilitante para la continuidad de la atención, la protección de pacientes y usuarios y la viabilidad de cualquier ajuste estructural.

Este bloque busca **romper el ciclo recurrente** de déficit, acumulación de cartera y crisis operativa, avanzando hacia un financiamiento suficiente, eficiente, transparente y gobernado explícitamente.

Se sustenta principalmente en el **Consenso 5** y se articula transversalmente con:

- El modelo de aseguramiento.
- La protección del talento humano.
- El fortalecimiento del hospital público.
- El acceso a tecnologías.
- El modelo de atención basado en APS y redes.

La sostenibilidad financiera **no es un objetivo técnico aislado**, sino una **condición estructural** para proteger la vida, la continuidad del cuidado y la legitimidad del sistema.

Principios estratégicos que orientan la sostenibilidad: Sin modificar los consensos alcanzados, se fortalecen los siguientes principios:



Honestidad fiscal y operativa: Reconocer explícitamente las restricciones presupuestales y gobernar las prioridades de manera transparente, evitando trasladar la insuficiencia financiera al paciente o al talento humano.



Suficiencia con eficiencia: La sostenibilidad requiere tanto recursos adecuados como reducción sistemática de ineficiencias, duplicidades y desperdicios que no generan valor clínico.



No acumulación estructural de déficit: Las decisiones financieras deberán orientarse a evitar que el sistema continúe generando pasivos recurrentes que comprometen su estabilidad futura.



Protección de la continuidad del cuidado como criterio financiero: Toda decisión de ajuste financiero debe evaluarse por su impacto en tratamientos críticos, hospital público y continuidad asistencial.



Decisiones inmediatas o urgentes



1. Determinación técnica y pública de la cifra real de pasivos del sistema

Realizar una consolidación técnica independiente que permita:

- Diferenciar deuda operativa corriente.
- Identificar brechas estructurales asociadas a insuficiencias históricas.
- Depurar obligaciones derivadas de procesos de intervención.

Contar con una **línea base financiera oficial** reduce incertidumbre, fragmentación narrativa y deterioro de la confianza institucional.



2. Mecanismo extraordinario de normalización del flujo de recursos

Implementar un **esquema estructurado de reconocimiento, conciliación y programación de pagos** que:

- Priorice clínicas y hospitales públicos y privados y servicios esenciales.
- Diferencie obligaciones estructurales de obligaciones operativas.
- Establezca reglas claras de transición.

La **normalización del flujo de recursos** es condición habilitante para evitar cierres de servicios, interrupciones terapéuticas y deterioro laboral. En este marco, resulta fundamental garantizar el flujo oportuno de recursos a lo largo de los diversos agentes del sector, **contribuyendo así a la continuidad de los tratamientos y a la protección integral de los pacientes**. Evaluar instrumentos financieros extraordinarios de estabilización como **la titularización** que permitan resolver pasivos acumulados sin comprometer la sostenibilidad corriente del sistema, bajo criterios de transparencia, responsabilidad fiscal y soporte técnico independiente.



3. Ajuste técnico inmediato de la suficiencia (UPC)

Adoptar un ajuste sustentado en metodología técnica, independiente y transparente que incorpore, ajustes de riesgo ex ante basados en condiciones de salud y ajustes de riesgo ex post basado en resultados obtenidos, así como:

- Transición demográfica.
- Carga real de enfermedad.
- Uso efectivo de tecnologías.
- Composición del riesgo poblacional.
- Ajuste por grupos de riesgo.



Este ajuste deberá realizarse en cumplimiento de las obligaciones constitucionales y de la jurisprudencia de la Corte Constitucional **en materia de suficiencia y financiamiento del sistema**, incluyendo las órdenes relacionadas con la UPC y el presupuesto máximo.

El ajuste técnico **no podrá implicar regresividad** en la protección alcanzada ni reducción arbitraria del acceso a servicios y tecnologías ya garantizados.



4. Programa nacional de reducción de ineficiencias y desperdicios

Reconociendo que parte de las presiones financieras derivan de **ineficiencias sistémicas**, se propone impulsar una estrategia orientada a:

- Reducir duplicidades diagnósticas.
- Disminuir fricciones administrativas.
- Evitar interrupciones terapéuticas prevenibles.
- Fortalecer gestión del riesgo.

La sostenibilidad no depende únicamente de más recursos, sino de **mejor uso de los existentes**.



5. Implementar un plan técnico de estabilización financiera y contable para EPS intervenidas con relevancia sistémica, priorizando la Nueva EPS por su peso poblacional y concentración de cartera, bajo criterios de transparencia, supervisión estricta y protección de la continuidad del cuidado.

Decisiones de corto plazo

1. Protección técnica de la naturaleza de la UPC:

Delimitar de manera explícita qué obligaciones corresponden a la prima de aseguramiento y cuáles deben tratarse por **mecanismos diferenciados**.

Preservar la naturaleza técnica de la UPC **fortalece la estabilidad del modelo y reduce incertidumbre estructural**.

2. Eficiencia operativa y reducción de cargas administrativas:

Racionalizar procesos que incrementan costos sin aportar valor clínico, **reduciendo cargas innecesarias** sobre pacientes, prestadores y aseguradores.

La sostenibilidad financiera requiere disminuir fricciones sistémicas que erosionan recursos.

3. Trazabilidad financiera obligatoria:

Fortalecer mecanismos de interoperabilidad que permitan mayor visibilidad del flujo de recursos entre aseguradores, clínicas y hospitales, gestores farmacéuticos e industria farmacéutica y demás agentes del sistema, reduciendo asimetrías de información y facilitando supervisión efectiva.

La transparencia financiera es instrumento de gobernanza y confianza.

Decisiones de mediano plazo

1. Planeación financiera sectorial como función permanente del Estado:

Consolidar una **función técnica de planeación** que integre variables epidemiológicas, demográficas y financieras, permitiendo anticipar presiones estructurales y evitar ajustes reactivos.

La sostenibilidad no puede depender de decisiones anuales fragmentadas.

2. Gobernanza técnica y transparente del uso de los recursos en salud:

Avanzar hacia procesos técnicos y deliberativos que orienten el **uso responsable de los recursos bajo criterios de evaluación técnica** basada en evidencia, sostenibilidad con acceso oportuno e incorporación responsable de tecnologías, garantizando la protección del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud, la no regresividad en la protección alcanzada y la continuidad de tratamientos en curso.

La priorización no implica restricción arbitraria, sino procesos técnicos y transparentes de gobernanza del uso de los recursos.

3. Transición progresiva hacia esquemas de pago orientados a resultados:

Promover modalidades contractuales que incentiven continuidad del cuidado, gestión de la cronicidad y generación de valor en salud, **alineando progresivamente incentivos financieros con resultados clínicos**.

Decisiones de largo plazo

1. Blindaje institucional de la sostenibilidad financiera:

Establecer reglas claras y estables sobre suficiencia, alcance de lo asegurable y articulación entre financiamiento y modelo de atención, reduciendo volatilidad normativa y acumulación recurrente de pasivos.

2. Articulación estructural entre financiamiento y modelo de atención:

Alinear decisiones financieras con:

- Atención Primaria resolutive.
- Redes integradas e integrales.
- Gestión estructural de la cronicidad.

La sostenibilidad depende del **modelo organizativo del sistema**, no solo del monto de recursos asignados.

Impacto esperado del bloque

- Normalización progresiva del flujo de recursos.
- Reducción del riesgo de cierres hospitalarios.
- Protección del talento humano.
- Disminución de interrupciones terapéuticas.
- Recuperación de confianza institucional.
- Base financiera real para implementar transformaciones estructurales.
- Reducción progresiva del gasto de bolsillo como indicador de fortalecimiento de la protección financiera y disminución de barreras de acceso.



Riesgo sistémico de no actuar: No adoptar las decisiones de este bloque implica perpetuar un sistema que genera déficit estructural, acumula cartera y traslada su fragilidad a pacientes y talento humano. La insuficiencia financiera continuará expresándose en:

- Interrupciones de tratamientos.
- Cierres de servicios esenciales.
- Precarización laboral.
- Judicialización creciente.
- Pérdida de confianza institucional.

En ausencia de decisiones explícitas sobre suficiencia, eficiencia y flujo de recursos, el sistema permanecerá en crisis crónica, **debilitando cualquier intento de reforma** y comprometiendo la estabilidad social, fiscal y política del país.



BLOQUE 3

Aseguramiento y modelo de atención: APS, redes y gestión individual del riesgo

Propósito del bloque:

Garantizar la protección individual en salud consagrada constitucionalmente y organizar el sistema en torno a un modelo de atención coherente, territorial y centrado en la continuidad del cuidado a lo largo del curso de vida, con especial énfasis en la gestión individual del riesgo en salud, en el marco de una estrategia estructural de gestión de la cronicidad.

El derecho fundamental a la salud implica una **protección individual efectiva para cada persona**. En el ordenamiento colombiano, esta protección se materializa a través del aseguramiento financiado mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que debe gestionar de manera responsable el riesgo financiero, el riesgo técnico-clínico y el riesgo operativo. Sin embargo, la garantía real del derecho no se agota en la existencia formal del aseguramiento, requiere un modelo de atención que organice el cuidado, articule redes funcionales, fortalezca la Atención Primaria en Salud y gestione de manera integral e individual el riesgo en salud, especialmente en pacientes con condiciones crónicas complejas, enfermedades de alto costo y patologías huérfanas.

Este bloque integra de manera estructural el aseguramiento como instrumento de protección individual y el modelo de atención como arquitectura organizativa del cuidado, **asegurando coherencia entre financiamiento, prestación, continuidad asistencial y generación de valor en salud.**

Principios estratégicos



Protección individual efectiva como punto de partida del modelo: La garantía del derecho a la salud exige que la protección individual no sea meramente formal. El aseguramiento debe traducirse en continuidad real del cuidado, acceso oportuno, protección financiera y coordinación asistencial. La gestión del riesgo financiero, técnico y operativo debe estar al servicio de la persona y no convertirse en barrera administrativa o fragmentación del sistema.



Gestión individual del riesgo como instrumento operativo de la gestión estructural de la cronicidad: La gestión del riesgo en salud debe combinar un enfoque poblacional con un enfoque individual, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas complejas, condiciones de alto costo y patologías huérfanas. La identificación temprana, la estratificación clínica, el seguimiento longitudinal y la responsabilidad clínica explícita son condiciones para evitar complicaciones prevenibles, hospitalizaciones innecesarias y deterioro de la calidad de vida. Reconocer diferencias en complejidad y carga de enfermedad exige estrategias diferenciadas de gestión para población general, condiciones crónicas y pacientes de alta complejidad, evitando soluciones homogéneas que ignoren perfiles de riesgo distintos.



Atención Primaria en Salud como eje organizador del cuidado: La APS constituye la base estructural del modelo. No es un conjunto de programas aislados, sino la puerta de entrada resolutoria, el coordinador de la red y el primer responsable de la continuidad del cuidado. Su fortalecimiento es condición para la sostenibilidad financiera, la reducción de inequidades territoriales y la disminución de la presión sobre niveles de mayor complejidad.



Redes integradas como forma funcional del sistema: Las redes deben organizarse con población asignada, roles definidos y mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia. No se trata de listados contractuales, sino de unidades operativas responsables de trayectorias de atención continuas y de resultados en salud.





Hospital público como pilar territorial y garante de equidad: En numerosos territorios del país, el hospital público constituye el único prestador disponible, configurando en la práctica un monopolio natural del servicio. Su sostenibilidad no puede depender exclusivamente de la venta de servicios cuando cumple funciones estratégicas de garantía de acceso y presencia efectiva del Estado.



Calidad, acreditación y generación de valor como estándares estructurales: La organización del modelo debe incorporar criterios explícitos de calidad, seguridad del paciente y mejora continua. La acreditación progresiva y la reducción de variabilidad clínica injustificada son instrumentos para elevar el estándar del sistema y fortalecer la confianza ciudadana.

Decisiones inmediatas o urgentes



1. Estrategia técnica diferenciada para situaciones con riesgo sistémico y protección de pacientes complejos.

Adoptar estrategias técnicas diferenciadas en contextos de alta fragilidad institucional o territorial, priorizando la continuidad de tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas complejas, alto costo y huérfanas. La protección de estas personas constituye una **obligación ética y constitucional del Estado**, por lo que se requiere desarrollar un plan de transición y estabilización para EPS intervenidas o con debilidad financiera, garantizando continuidad del aseguramiento.



2. Protección de redes críticas y hospital público en territorios vulnerables

Garantizar la estabilidad operativa de redes esenciales y del hospital público en territorios donde constituyen la única oferta disponible. **Evitar cierres de servicios estratégicos**, especialmente urgencias y hospitalización básica, cuya función social trasciende la lógica estrictamente comercial.

Decisiones de corto plazo

1. Clarificación del rol del aseguramiento como gestor integral del riesgo:

Definir explícitamente que el aseguramiento **debe gestionar de manera integrada el riesgo financiero, técnico y operativo**, articulando redes funcionales y garantizando continuidad del cuidado, especialmente en modelos programáticos de alto impacto sanitario.

2. Actualización de estándares para articulación efectiva de redes:

Fortalecer estándares operativos que aseguren coordinación clínica real, referencia y contrarreferencia efectiva, navegación del paciente y trazabilidad de la atención.

3. Reducción de barreras administrativas sin debilitar gestión del riesgo:

Racionalizar procesos que no agregan valor clínico y generan judicialización, **protegiendo** especialmente la continuidad del cuidado en condiciones complejas.

4. Transición progresiva hacia contratación basada en resultados y valor:

Avanzar gradualmente hacia esquemas contractuales que remuneren continuidad del cuidado y resultados clínicos relevantes, incorporando mecanismos de riesgo compartido coherentes con la capacidad institucional del sistema.

Decisiones de mediano plazo

1. Implementación obligatoria de modelos estructurados de gestión individual del riesgo:

Exigir la **adopción de modelos estructurados** para la gestión individual del riesgo en salud, con responsabilidad clínica explícita, seguimiento longitudinal y coordinación interdisciplinaria en crónicos complejos, alto costo y huérfanas.

2. Desarrollo de modelos programáticos por grupos de patologías:

Organizar el cuidado mediante **modelos programáticos por condiciones clínicas prioritarias** (cáncer, autoinmunes, ERC, VIH, huérfanas y otras de alta complejidad), que definan rutas integrales, estándares clínicos y responsabilidades claras, alineando aseguramiento, prestación y financiamiento bajo criterios de generación de valor en salud.

3. Estrategia estructural de salud mental integrada al modelo de atención:

Incorporar la **salud mental como prioridad transversal** en los modelos programáticos y en la Atención Primaria, garantizando detección temprana, articulación con redes territoriales y seguimiento longitudinal. La salud mental no deberá tratarse como componente marginal, sino como parte integral de la gestión individual del riesgo y de la sostenibilidad social y productiva del país.



4. Modelo territorial diferenciado de organización del cuidado:

Consolidar un modelo que **reconozca diferencias urbano–rural–disperso**, fortaleciendo APS, redes funcionales y soluciones adaptativas según contexto territorial.

5. Política hospitalaria nacional con financiamiento diferenciado:

Desarrollar una **política hospitalaria de largo plazo** que cierre brechas de infraestructura y dotación, fortalezca gobierno corporativo, reduzca riesgos de captura política y contemple subsidio a la oferta en zonas rurales y dispersas donde la lógica de mercado no garantiza sostenibilidad.

Impacto esperado del bloque

- Protección efectiva del derecho individual.
- Gestión individual del riesgo clínico en condiciones complejas.
- Redes articuladas con continuidad real del cuidado.
- Hospital público fortalecido como pilar territorial.
- Transición progresiva hacia modelos basados en valor.
- Elevación sostenida del estándar de calidad del sistema.



Riesgo sistémico de no actuar: La ausencia de integración entre aseguramiento y modelo de atención perpetúa la fragmentación asistencial, incrementa la judicialización, debilita la sostenibilidad financiera, deteriora la capacidad del hospital público en territorios vulnerables y compromete la protección efectiva del derecho a la salud, especialmente en pacientes de mayor complejidad y vulnerabilidad.



BLOQUE 4

Talento humano en salud

Propósito del bloque:

Reconocer y fortalecer el talento humano en salud como **pilar estructural del sistema**, garantizando **condiciones dignas, estabilidad y pago oportuno** como requisitos habilitantes para la continuidad de la atención, la calidad clínica y la legitimidad del sistema.

El talento humano no constituye un componente accesorio ni una variable residual del modelo financiero; es el **capital estratégico** que determina la capacidad real del sistema para responder a las necesidades de la población, adaptarse a cambios epidemiológicos y sostener transformaciones estructurales.

Este bloque se articula directamente con:

- La sostenibilidad financiera.
- El modelo de aseguramiento.
- La Atención Primaria en Salud.
- Las redes integradas e integrales.
- La gestión estructural de la cronicidad.

Sin talento humano protegido, formado y planificado estratégicamente, **ninguna reforma del sistema es viable.**

Principios estratégicos que orientan la política de talento humano: Sin modificar los consensos alcanzados, se fortalecen los siguientes principios:



Talento humano como capital estratégico del país: La formación, permanencia y desarrollo del talento humano en salud determinan la resiliencia y sostenibilidad del sistema.



Condiciones dignas como requisito habilitante: La estabilidad laboral y el pago oportuno no son concesiones sectoriales, sino condiciones mínimas para garantizar calidad y continuidad del cuidado.



Planeación de largo plazo: La distribución territorial y la formación de especialistas deben responder a proyecciones demográficas y epidemiológicas, no a decisiones coyunturales.



Bienestar del talento humano como componente de calidad: La salud física y mental de los profesionales es condición para la seguridad del paciente y la sostenibilidad institucional.



Decisiones inmediatas o urgentes



1. Garantía de pago oportuno como condición de habilitación

Establecer el **pago oportuno** al talento humano en salud como **condición obligatoria** para la habilitación y permanencia de clínicas y hospitales públicos y privados. El incumplimiento sistemático en salarios, honorarios y aportes a seguridad social debilita la operación del sistema y compromete la continuidad del cuidado. La garantía de pago oportuno se reconoce como condición estructural de estabilidad operativa. En este sentido, una vez establecidos los planes de pago de la deuda corriente y de la deuda histórica, el Gobierno Nacional orientará que **dichos pagos se trasladen al talento humano en salud** en los mismos plazos establecidos.



2. Coordinar, en articulación con el sector educativo, la formación de especialistas para fortalecer la capacidad resolutoria del sistema y reducir las brechas territoriales, promoviendo esquemas formativos transversales, basados en núcleos comunes de competencias, que respondan con mayor oportunidad a las necesidades reales del sistema.

Decisiones de corto plazo

1. Formalización laboral escalonada y financieramente viable:

Implementar un **plan progresivo de formalización laboral**, con cronograma verificable y fuentes de financiación explícitas, priorizando:

- La red privada y pública hospitalaria.
- Territorios rurales y dispersos.
- Servicios estratégicos para continuidad del cuidado.

Este proceso deberá vincularse a un **estándar independiente de habilitación** en talento humano, que incorpore criterios verificables en materia de estabilidad laboral y contractual, bienestar, seguridad en el trabajo, garantía de derechos laborales (incluido el pago oportuno independientemente de la modalidad de contratación) y planeación del talento humano basada en datos y necesidades territoriales. Dicho estándar deberá evaluarse de manera periódica y contar con certificación formal por parte de los representantes legales y, cuando aplique, revisores fiscales de las IPS.

Adicionalmente, se deberá **fortalecer la formación de especialistas** mediante la creación de un sistema público de residencias médicas articulado a la planeación de largo plazo del sistema de salud, alineando cupos y especialidades con las necesidades epidemiológicas, territoriales y del modelo de atención del país.

2. Fortalecer el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud con planeación a largo plazo según las necesidades de país, insumos técnicos y seguimiento estricto, de manera que garantice:

- Consolidar información sectorial.
- Identificar brechas territoriales.
- Articular formación y necesidades del sistema.
- Emitir lineamientos técnicos de largo plazo.

La planeación del talento humano **no puede permanecer fragmentada** entre múltiples actores sin coordinación estructural.



3. Reforma del sistema de convalidación de títulos:

Fortalecer el proceso de convalidación de títulos y especialidades, garantizando:

- Evaluación técnica rigurosa.
- Agilidad razonable.
- Seguridad clínica.
- Participación técnica estructurada de las sociedades científicas en la evaluación de especialidades, dada su competencia y capacidad para realizar valoraciones especializadas oportunas.
- Validación efectiva de competencias y no únicamente revisión documental, incorporando — cuando sea necesario— evaluaciones teórico-prácticas en coordinación con instituciones de educación superior que oferten los programas en Colombia.

4. Priorizar el crédito para la formación de talento humano en salud:

La estrategia para recuperar el ICETEX debe **dar prioridad al acceso al crédito a los programas de formación de talento humano en salud**, en particular en los campos con mayores brechas.

La política de talento humano debe **equilibrar apertura, calidad y protección del paciente**.

Decisiones de mediano plazo

1. Plan Nacional de Talento Humano en Salud con horizonte de largo plazo:

Consolidar un **plan de planificación a 20–30 años**, alineado con:

- Transición demográfica.
- Envejecimiento poblacional.
- Carga de enfermedad.
- Modelo de atención basado en APS y redes.

Este plan deberá ser construido con la **participación de todos los actores que tengan intereses directo en el mismo**, de manera que se logre orientar cupos de formación, incentivos territoriales y desarrollo de especialidades estratégicas.



2. Des medicalización: fortalecer al THS en APS y fortalecer la resolutiveidad en el primer nivel de atención:

Avanzar hacia un modelo menos dependiente de la hiperespecialización y **más centrado en equipos interdisciplinarios** con alta capacidad resolutiveidad en el primer nivel.

Fortalecer competencias del médico general, enfermería y equipos comunitarios, alineando formación con el modelo de atención integral.



3. Incentivos territoriales estructurados:

Diseñar un **paquete estructurado de incentivos** para promover permanencia del talento humano en zonas rurales y dispersas, incluyendo:

- Incentivos laborales.
- Oportunidades formativas.
- Condiciones de bienestar.

La distribución territorial del talento humano debe abordarse como prioridad estratégica del sistema.

4. Rediseño completo del marco regulatorio de docencia-servicio:

Diseñar un **modelo simple de relación docencia servicio** que permita expansión oportuna de cupos de formación en centros de práctica y minimice los costos que al final impactan la matrícula.

Decisiones de largo plazo

1. Régimen laboral especial para el talento humano en salud:

Diseñar y tramitar un régimen laboral especial que:

- Reconozca las particularidades del sector salud.
- Armonice condiciones entre lo público y lo privado.
- Garantice estabilidad jurídica.
- Sea fiscalmente sostenible.

Un marco laboral claro y estructural reduce incertidumbre y fortalece legitimidad institucional.

2. Gobernanza estructural del talento humano:

Se debe fortalecer la autonomía del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud y generar la Política de THS, en las condiciones arriba establecidas.

- Planeación estratégica.
- Distribución territorial.
- Estándares de calidad.
- Articulación con universidades y entidades formadoras.

La política de talento humano **debe trascender ciclos políticos y operar como política de Estado.**

Impacto esperado del bloque

- Reducción de rotación y precarización laboral.
- Mejora en continuidad del cuidado.
- Equipos estables en redes integradas.
- Mayor coherencia entre formación y modelo de atención.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel.
- Recuperación de legitimidad institucional.



Riesgo sistémico de no actuar: No adoptar estas decisiones implica profundizar:

- La precarización laboral.
- La migración de talento.
- La rotación permanente en hospitales públicos.
- La pérdida de conocimiento institucional.
- El deterioro de la calidad clínica.



BLOQUE 5

Acceso efectivo a tecnologías y servicios con decisiones basadas en valor

Propósito del bloque:

Garantizar el acceso oportuno, seguro y sostenible a tecnologías sanitarias mediante decisiones técnicas, transparentes y previsibles, reduciendo la incertidumbre regulatoria, la discrecionalidad y la judicialización asociadas al acceso.


El acceso a tecnologías sanitarias constituye un **componente esencial del derecho efectivo a la salud y de la calidad de la atención**. Sin embargo, su incorporación debe operar bajo una arquitectura institucional coherente que articule regulación sanitaria, evaluación de valor terapéutico y sostenibilidad fiscal.


Este bloque se sustenta principalmente en el Consenso 7 y se articula con:


- La sostenibilidad financiera.
- El modelo de aseguramiento.
- La gestión de la cronicidad.
- La competitividad y el ecosistema de innovación.
- El fortalecimiento institucional del sistema.


La ausencia de reglas claras en el ciclo de incorporación tecnológica genera **demoras, judicialización, presión fiscal y deterioro de la confianza en las decisiones públicas**.

Principios estratégicos que orientan el acceso a tecnologías: Sin modificar los consensos alcanzados, se fortalecen los siguientes principios:

 **Arquitectura institucional clara y coherente:** La regulación sanitaria, la evaluación de valor terapéutico y la decisión de financiación deben operar de manera articulada pero diferenciada.

 **Decisiones basadas en evidencia y valor en salud:** La incorporación de tecnologías debe considerar criterios de seguridad y eficacia, en el marco de las funciones del INVIMA, y podrá complementarse con elementos adicionales como el valor terapéutico, el impacto presupuestal y la equidad territorial.

 **Previsibilidad regulatoria:** Las reglas del proceso deben ser claras y estables para pacientes, industria, aseguradores y prestadores.

 **Sostenibilidad con acceso efectivo:** Decidir con base en valor terapéutico no debe entenderse como una restricción al derecho fundamental, sino como una herramienta orientada a proteger un acceso efectivo, equitativo y sostenible en el tiempo.



Decisiones inmediatas o urgentes



1. Plan de choque regulatorio para garantizar oportunidad de acceso

Implementar medidas extraordinarias para reducir rezagos regulatorios, **priorizando trámites de alto impacto sanitario** y garantizando continuidad de tratamientos y procedimientos críticos.

En este marco, se deberán incorporar **mecanismos de priorización regulatoria** basados en criterios de impacto en salud pública, riesgo de desabastecimiento y relevancia estratégica para la continuidad del cuidado, que permitan agilizar los procesos de evaluación y aprobación. Este plan debe **preservar estándares técnicos de seguridad y eficacia**, evitando que la congestión administrativa se convierta en barrera de acceso o fuente de judicialización.



2. Asegurar continuidad y aceleración de la modernización tecnológica de la autoridad sanitaria y la Comisión Revisora

Consolidar la transformación digital del INVIMA como proyecto estratégico de Estado, garantizando:

- Gobernanza clara.
- Continuidad interadministrativa.
- Transparencia en cronogramas.
- Procesos digitales integrales.

La **modernización regulatoria** es condición para acceso oportuno y confianza institucional.

Decisiones de corto plazo

1. Clarificación de roles en el ciclo de incorporación tecnológica:

Diferenciar de manera explícita y pública las funciones de:

- Regulación sanitaria (seguridad y eficacia).
- Evaluación de valor terapéutico.
- Decisión de financiación.

Evitar duplicidades, superposiciones institucionales e incertidumbre para los actores del sistema.



2. Implementación de una “puerta de entrada”:

Coordinada e independiente entre el registro sanitario y la evaluación de valor, con coherencia temporal y metodológica, respetando sus competencias y finalidades propias, eficiencia regulatoria y contribuyendo a una incorporación de tecnologías alineada con un **enfoque explícito de salud basada en valor terapéutico**. Este esquema fortalece la transparencia del proceso, promueve decisiones consistentes con generación de valor en salud y reduce conflictos posteriores.

3. Implementar la Ley 2406 sobre modernización del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que permita la actualización continua del programa a lo largo del curso de la vida, acorde con el perfil epidemiológico y en línea con la mejor evidencia disponible.

Decisiones de mediano plazo

1. Fortalecimiento estructural del sistema de evaluación de tecnologías sanitarias:

Consolidar la capacidad técnica del sistema de evaluación incorporando:

- Metodologías robustas.
- Enfoques multicriterio.
- Participación técnica y temprana.
- Transparencia metodológica.
- La evaluación basada en valor fortalece legitimidad y sostenibilidad.

2. Mecanismos regulados de cofinanciación de evaluaciones técnicas:

Establecer esquemas transparentes que permitan acelerar la producción de evidencia técnica sin comprometer la independencia metodológica ni la autoridad institucional.

La **cofinanciación regulada** puede mejorar la eficiencia **sin afectar la integridad del proceso**.

3. Uso estratégico de mecanismos de eficiencia regulatoria internacional (*reliance*):

Incorporar herramientas que permitan aprovechar evaluaciones de autoridades regulatorias de referencia internacional, preservando autonomía sanitaria nacional y fortaleciendo eficiencia institucional.

El uso del **reliance** debe operar bajo reglas claras y criterios explícitos.

Decisiones de largo plazo

1. Consolidar una política de Estado para la gestión integral de tecnologías sanitarias:

Avanzar hacia un modelo estructural que articule:

- Innovación.
- Evaluación basada en valor.
- Necesidades médicas insatisfechas.
- Sostenibilidad fiscal.

- Equidad territorial.
- Articulación con ciencia, tecnología e industria.

La política de tecnologías sanitarias **debe integrarse con la agenda de competitividad y desarrollo del país.**

Impacto esperado del bloque

- Reducción de tiempos de acceso sin sacrificar rigor técnico.
- Mayor previsibilidad regulatoria.
- Disminución de judicialización asociada a tecnologías.
- Protección de la sostenibilidad fiscal.
- Mejor articulación entre innovación y sistema de salud.
- Recuperación de confianza institucional.



Riesgo sistémico de no actuar: Mantener un esquema fragmentado y discrecional en la incorporación de tecnologías implica:

- Demoras prolongadas en acceso.
- Incremento de judicialización.
- Incertidumbre para pacientes e industria.
- Presión fiscal desordenada.
- Pérdida de legitimidad en decisiones públicas.

Sin una arquitectura institucional clara y basada en valor, el sistema continuará enfrentando conflictos recurrentes entre acceso, sostenibilidad y gobernabilidad, **debilitando su estabilidad estructural y su capacidad de innovación.**



BLOQUE 6

Salud como motor de desarrollo, competitividad e inversión

Propósito del bloque:

Posicionar la salud como sector estratégico para el desarrollo económico, la generación de empleo, la innovación y la competitividad del país, articulando el sistema de salud con la política de ciencia, tecnología, innovación e industria bajo una visión de Estado. En este marco, se reconoce el rol estratégico de las **capacidades productivas en salud en el país**, como un componente clave para garantizar la disponibilidad oportuna de medicamentos, fortalecer la resiliencia del sistema frente a interrupciones en el suministro y contribuir al desarrollo productivo, científico y tecnológico en salud.

La salud no debe concebirse exclusivamente como un rubro de gasto público o un problema fiscal. Es una **infraestructura social estratégica** que impacta directamente:

- La productividad laboral.
- La formalización del empleo.
- La cohesión social.
- La atracción de inversión.
- El desarrollo regional.
- La resiliencia frente a crisis sanitarias.

Un sistema de salud estable, predecible y técnicamente sólido es **condición habilitante para la competitividad nacional**.

Este bloque se sustenta principalmente en los **Consensos 12 y 14**, y se articula con:

- La sostenibilidad financiera.
- La estabilidad normativa.
- La modernización institucional.
- La gestión de tecnologías sanitarias.
- La política de talento humano.

Principios estratégicos que orientan este bloque: Sin modificar los consensos alcanzados, se fortalecen los siguientes principios:



Salud como activo económico y social estratégico: El sistema de salud produce bienestar, empleo, innovación y desarrollo productivo, además de garantizar derechos.



Estabilidad normativa como condición de inversión: La previsibilidad regulatoria es indispensable para atraer inversión en infraestructura, tecnología, investigación y formación de talento humano.



Articulación intersectorial estructural: La política de salud debe coordinarse explícitamente con ciencia, tecnología, industria y desarrollo productivo.



Soberanía sanitaria estratégica: El país debe fortalecer capacidades nacionales para reducir vulnerabilidad ante crisis globales y dependencias tecnológicas críticas a la vez que se inserta en las redes globales de tecnologías sanitarias. En este contexto, se reconoce el rol estratégico de la producción nacional como un componente relevante para favorecer la disponibilidad de medicamentos, fortalecer la resiliencia del sistema de salud y contribuir al desarrollo productivo, científico y tecnológico. Su fortalecimiento progresivo constituye una condición para avanzar hacia una mayor soberanía sanitaria.



Decisiones inmediatas o urgentes



1. Señales claras de estabilidad normativa y certidumbre institucional

Emitir señales explícitas de respeto por reglas técnicas, continuidad institucional y estabilidad regulatoria como condición para **recuperar confianza y atraer inversión nacional e internacional**.

La **incertidumbre regulatoria** incrementa costos de transacción, desincentiva inversión y debilita el ecosistema productivo en salud.



2. Normalización del flujo financiero como habilitador de inversión

La **estabilización del flujo de recursos** en el sistema de salud constituye condición indispensable para:

- Sustener infraestructura hospitalaria.
- Invertir en tecnología sanitaria.
- Fortalecer investigación clínica.
- Desarrollar capacidades productivas nacionales.

Sin estabilidad financiera, el ecosistema de innovación se debilita.

Decisiones de corto plazo

1. Fortalecimiento de la alianza público-privada integral:

Promover **esquemas de cooperación** que incluyan no solo prestación de servicios, sino también:

- Investigación clínica.
- Desarrollo tecnológico.
- Innovación organizacional.
- Formación especializada.

La **alianza público-privada** debe entenderse como **instrumento estructural de desarrollo**, no como solución coyuntural.



2. Articulación explícita entre política de salud y política de ciencia, tecnología e innovación:

Integrar **prioridades sanitarias** con instrumentos de política de CTI e industria, alineando recursos hacia:

- Retos estratégicos de salud pública.
- Innovación digital en salud.
- Producción nacional de medicamentos estratégicos como garantía de acceso y continuidad del tratamiento, especialmente en contextos de crisis o disrupciones globales.
- Investigación aplicada al modelo de atención.

La fragmentación entre salud y CTI limita el potencial transformador del sector.

3. Creación de un Observatorio Nacional de Innovación en Salud:

Establecer un espacio institucional que permita:

- Identificar barreras regulatorias a la innovación.
- Mapear el estado y soluciones de la innovación en salud en el país.
- Monitorear implementación de soluciones tecnológicas.
- Evaluar impacto sistémico de la transformación digital.

Este observatorio **fortalece la gobernanza del ecosistema innovador** sin sustituir funciones regulatorias.



Decisiones de mediano plazo

1. Definición y sostenimiento de misiones estratégicas de CTI en salud:

Establecer misiones nacionales orientadas a retos prioritarios, tales como:

- Gestión de la cronicidad.
- Salud digital e interoperabilidad.
- Respuesta a enfermedades de alto impacto.
- Fortalecimiento del hospital público.

Estas misiones deberán contar con **visión de largo plazo y articulación intersectorial**.

2. Fortalecimiento de la gobernanza intersectorial:

Consolidar un esquema de coordinación efectiva entre:

- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Ciencia y Tecnología.
- Ministerio de Comercio e Industria.
- Entidades territoriales.
- Academia y sector productivo.

La **gobernanza intersectorial** es condición para transformar capacidades dispersas en estrategia país.

3. Entorno regulatorio estable para inversión y transferencia tecnológica:

Garantizar reglas claras para:

- Cooperación internacional.
- Inversión extranjera en salud.
- Transferencia tecnológica.
- Desarrollo productivo local.
- Sistema de propiedad intelectual fuerte.

La estabilidad institucional reduce el riesgo percibido y fortalece la competitividad.

Decisiones de largo plazo

1. Institucionalizar la salud como sector estratégico de la política de desarrollo:

Incorporar explícitamente la salud en los instrumentos de planeación económica y fiscal de mediano y largo plazo, reconociendo su impacto en productividad, empleo y desarrollo regional.

La salud **debe formar parte estructural** de la estrategia nacional de competitividad.

2. Consolidar un ecosistema robusto de ciencia, tecnología e innovación en salud:

Sostener inversión estratégica en:

- Investigación básica en prioridades de salud pública
- Investigación clínica.
- Innovación digital.
- Desarrollo de talento especializado.
- Infraestructura tecnológica.

Un ecosistema sólido **fortalece resiliencia, sostenibilidad y autonomía estratégica del país.**

Impacto esperado del bloque

- Mayor atracción de inversión nacional e internacional.
- Desarrollo productivo y generación de empleo calificado.
- Reducción de dependencia tecnológica crítica.
- Mayor resiliencia frente a crisis sanitarias.
- Integración del sistema de salud en la estrategia nacional de competitividad.
- Fortalecimiento de la innovación organizacional y tecnológica en el sector.



Riesgo sistémico de no actuar: No incorporar la salud como eje estratégico de desarrollo implica:

- Pérdida de oportunidades de inversión.
- Dependencia tecnológica creciente.
- Desarticulación entre innovación y sistema asistencial.
- Debilitamiento de la competitividad nacional.
- Vulnerabilidad frente a crisis sanitarias globales.

Sin una visión que conecte salud, innovación y desarrollo, el sistema permanecerá en lógica reactiva, con **baja capacidad de transformación estructural y limitado aporte al crecimiento sostenible del país.**

Arquitectura institucional habilitante para la implementación



Las decisiones estratégicas contenidas en esta Agenda requieren una **arquitectura institucional clara, coherente y no fragmentada**. El propósito de esta sección no es crear nuevas capas burocráticas, sino **ordenar y consolidar funciones esenciales** que hoy se encuentran dispersas o debilitadas.

Para garantizar gobernabilidad, sostenibilidad y continuidad interadministrativa, **se establecen los siguientes componentes habilitantes:**



1. Instancia estratégica de coordinación sectorial: Consolidar una instancia técnica permanente de coordinación que articule Gobierno Nacional, entidades territoriales y actores del sistema, con funciones claras de seguimiento a la estabilización y a la implementación de esta Agenda. Esta instancia no sustituye la autoridad del Estado ni los canales formales de decisión; actúa como espacio de coordinación estratégica y deliberación técnica intersectorial.

2. Unidad de Planeación del Sistema de Salud: Establecer una Unidad de Planeación con autonomía técnica encargada de integrar variables epidemiológicas, demográficas y financieras; proyectar sostenibilidad estructural; articular el Marco Fiscal de Mediano Plazo con decisiones sectoriales; y emitir análisis prospectivos que trasciendan ciclos políticos. Su función es reducir volatilidad normativa y fortalecer continuidad institucional.

3. Sistema integrado e interoperable de información sectorial: Implementar una arquitectura única de información que garantice interoperabilidad clínica y trazabilidad financiera exigibles, con datos comparables y verificables para gobernanza efectiva basada en evidencia. La interoperabilidad no se concibe como un proyecto tecnológico aislado, sino como un instrumento estructural de control, transparencia y coordinación.

4. Fortalecimiento técnico de entidades rectoras, regulatorias y de supervisión: Fortalecer capacidades, autonomía técnica y estabilidad institucional de entidades clave como el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el INVIMA y el IETS. La modernización regulatoria y la independencia técnica son condiciones habilitantes para decisiones basadas en evidencia, valor y sostenibilidad.

5. Profesionalización de la gestión territorial y hospitalaria pública: Consolidar reglas de gobierno corporativo, concursos meritocráticos y estabilidad directiva mínima en hospitales públicos y capacidades técnicas en entidades territoriales, reduciendo interferencia política y fortaleciendo gestión basada en desempeño.

Principio rector: La arquitectura institucional habilitante no constituye un conjunto adicional de reformas, sino el **ordenamiento mínimo necesario** para que las decisiones contenidas en esta Agenda puedan **ejecutarse con estabilidad, coherencia y continuidad en el tiempo.**



6. Consideraciones Finales

El proceso que dio origen a este documento demuestra que, incluso en un contexto de alta complejidad institucional y presión fiscal, **el sector salud colombiano, junto, es capaz de construir consensos técnicos amplios sobre los desafíos estructurales del sistema.**

Los catorce consensos aquí recogidos no constituyen un programa de gobierno ni una reforma predeterminada. **Representan un marco de referencia sectorial** que traduce diagnósticos compartidos en decisiones estratégicas diferenciadas por horizonte temporal, reconociendo que **la estabilización inmediata y la transformación estructural** deben avanzar de manera simultánea y responsable.

La Agenda propuesta ordena prioridades, hace explícitos los costos de postergar decisiones y ofrece criterios verificables para evaluar coherencia, viabilidad e impacto. Su valor radica en haber sido **construida desde la pluralidad**: pacientes y usuarios, talento humano, clínicas y hospitales, aseguradores, academia, industria, centros de pensamiento y sector productivo.

El sistema de salud enfrenta **tensiones financieras, institucionales y operativas** que requieren **conducción estratégica** desde el primer día de gobierno. La estabilidad del flujo de recursos, la protección de clínicas y hospitales públicos y privados, la gestión integral del riesgo, el fortalecimiento del talento humano y la modernización institucional **no son decisiones aisladas**, sino componentes interdependientes de una arquitectura que debe recuperar confianza y sostenibilidad.



La salud **no es solo un gasto social**, es infraestructura estratégica para la productividad, cohesión territorial y competitividad del país.

Transformar estos consensos en **políticas viables** exigirá liderazgo, rigor técnico y capacidad de articulación intersectorial. El país cuenta con el conocimiento acumulado y la experiencia institucional para hacerlo. Lo que se requiere ahora es **decisión, secuencia y responsabilidad en la implementación.**

Este documento pone a disposición del próximo gobierno una **hoja de ruta sectorial** construida desde el diálogo informado y la experiencia territorial. Su propósito es **contribuir a que la salud se consolide como política de Estado**, con estabilidad normativa, sostenibilidad financiera y un modelo de atención centrado efectivamente en las personas.

NOTA ACLARATORIA

Algunos de los actores que participaron en la construcción de este documento han manifestado que, en el mediano y largo plazo, **podrían requerirse reformas estructurales adicionales al sistema de salud**. En ese marco, ciertos participantes han promovido o presentado ante el Congreso de la República **propuestas con modificaciones estructurales que no se desarrollan en el presente documento**.

El contenido aquí recogido no agota el debate sobre el futuro del sistema de salud ni pretende sustituir iniciativas legislativas específicas. Este documento constituye un **insumo técnico construido desde la convergencia sectorial**, orientado a ofrecer **puntos de acuerdo verificables y decisiones estratégicas prioritarias**.

El presente documento **se pone a disposición de todas las instancias de toma de decisión**, incluidos partidos políticos, candidaturas presidenciales, Congreso de la República, autoridades nacionales y territoriales y demás espacios de incidencia sectorial, sin distinción alguna, como aporte técnico para fortalecer la deliberación pública y la sostenibilidad del sistema de salud.

CONSENSOS DEL SECTOR SALUD

Bases para un diálogo responsable sobre el futuro del sistema

2026

