

Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional

Liliana Claudia Delgado¹

Bajo la dirección de Juan
Carlos Giraldo Valencia²

¹ Asesora del Área de Investigación. Economista por la Pontificia Universidad Javeriana, magíster en Cooperación Internacional para el Desarrollo por la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

² Director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Médico y cirujano por la Universidad de Caldas, diploma en Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), especialista en Alta Dirección del Estado por la Escuela de Alto Gobierno de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), magíster en Administración de Salud por la Pontificia Universidad Javeriana y magíster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universidad de Barcelona.

Resumen ejecutivo

La crisis del talento humano en salud presenta un desafío global con importantes variaciones en las estimaciones según distintas fuentes. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) identificó una escasez mundial de 5,9 millones de enfermeras. Por otro lado, el estudio de Haakens-tad *et al.* (2022) ofrecen una perspectiva más amplia, pues estiman un déficit total de 43,1 millones de profesionales de la salud, desglosado en 6,4 millones de médicos, 30,6 millones de enfermeras y parteras, y el resto distribuido entre personal de odontología y farmacia.

Por su parte, Boniol *et al.* (2022) proyectan una reducción en la escasez global cuando estiman que para el 2030 el déficit será de 10,2 millones de trabajadores de la salud, lo que representa una mejora significativa con respecto a los 15,4 millones estimados para el 2020. Este estudio prevé que la escasez de personal de enfermería

se reducirá de 7,07 millones en el 2020 a 4,50 millones en el 2030, mientras que para los médicos la escasez pasará de 2,66 millones a 1,94 millones en el mismo periodo.

En el contexto latinoamericano, a pesar de que el promedio regional de 23 médicos y 33 enfermeras por 100.000 habitantes supera el umbral mínimo establecido por la OMS, persisten marcadas disparidades entre países y dentro de ellos. La región enfrenta el desafío de incorporar 2,6 millones de profesionales adicionales para el 2030 para satisfacer las crecientes necesidades de atención en salud.

Colombia, según datos del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), para el 2024 cuenta con 138.131 médicos y 83.172 enfermeras profesionales, lo que se traduce en 26,21 médicos y 15,78 enfermeras por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, estas cifras ocultan profundas desigualdades regionales con Bogotá, que registra 49,80 médicos por 10.000 habitantes en contraste con apenas 5,32 en Chocó.

Clínica Eirén: una respuesta integral a la depresión en adultos mayores

La depresión en adultos mayores es una realidad silenciosa pero creciente que afecta profundamente la calidad de vida de quienes la padecen. Según la OMS, el **14 % de los adultos mayores de 60 años** experimenta algún trastorno mental, siendo la depresión una de las más frecuentes. Frente a este desafío, la Clínica Eirén, una institución de salud mental de Clínica Colsanitas, se posiciona como un centro de referencia en atención especializada, humanizada y profesional para personas mayores de 18 años.



“La depresión en la vejez tiene un comportamiento distinto al de otros grupos etarios, y existen múltiples factores que pueden influir en su desarrollo. Entre ellos, destacan las alteraciones biológicas y enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos neurológicos”, explica la doctora Andrea Caballero, directora médica de la clínica.

La Clínica Eirén ofrece un enfoque integral que incluye consulta externa prioritaria, hospitalización y un innovador servicio de Clínica Día, bajo el modelo PADI, que permite intervenciones intensivas sin necesidad de hospitalización.



Su equipo interdisciplinario, conformado por psiquiatras, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales y personal de apoyo, está capacitado para abordar la salud mental desde múltiples dimensiones, priorizando la seguridad, la autonomía del paciente y el acompañamiento familiar.

Te invitamos a conocer la Clínica Eirén y descubrir un espacio pensado para tu bienestar.



Av. Cra. 7 No. 146-65, Bogotá
(601) 589 5414
www.clinicaeiren.com



Las instituciones han implementado diversas estrategias con un énfasis notable en programas de bienestar (77,42 %), mejoras en las condiciones laborales (58,06 %) y oportunidades de desarrollo profesional (54,84 %).

La encuesta realizada por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) revela preocupaciones significativas a nivel institucional: el 62,16 % de las instituciones reportan una disminución en la disponibilidad de médicos calificados, mientras que las tasas de rotación alcanzan el 13,1 % para médicos y el 15,8 % para enfermeras. Los factores principales detrás de esta situación incluyen salarios poco competitivos, migración profesional y altos niveles de estrés laboral.

En respuesta a estos desafíos, las instituciones han implementado diversas estrategias con un énfasis notable en programas de bienestar (77,42 %), mejoras en las condiciones laborales (58,06 %) y oportunidades de desarrollo profesional (54,84 %). Sin embargo, se identifican brechas significativas, particularmente en la adopción de tecnologías y la implementación de incentivos salariales, con solo el 38,71 % de las instituciones reportando programas en esta última área.

El estudio revela una alineación parcial entre las recomendaciones teóricas y las prácticas institucionales, subrayando la necesidad de un diálogo continuo entre investigadores, formuladores de políticas y administradores de salud. Las recomendaciones clave que emergen incluyen la inversión en formación continua, el desarrollo de políticas para una distribución más equitativa del personal sanitario, la mejora integral de condiciones laborales y salariales, el fomento de la innovación y la adopción tecnológica, y el fortalecimiento de la colaboración intersectorial.

La variabilidad en los datos y estimaciones subraya la urgencia de mejorar los sistemas de información y seguimiento del talento humano en salud. La construcción de una fuerza laboral sanitaria robusta y equitativamente distribuida requiere un enfoque multifacético

que considere tanto las tendencias globales como las especificidades locales. Solo a través de un esfuerzo concertado y sostenido será posible abordar este desafío crítico y garantizar un acceso equitativo a servicios de salud de calidad para toda la población.

Introducción

El recurso humano en salud constituye un pilar esencial para el adecuado funcionamiento y la eficacia de los sistemas de salud a escala global. Este sector no solo incluye a médicos y enfermeras; abarca una amplia gama de profesionales que desempeñan roles críticos en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades y la gestión de servicios de salud, así como en la implementación de políticas públicas. La efectividad de estos profesionales es determinante para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones, lo que se refleja de manera directa en indicadores clave de salud pública como la esperanza de vida, la calidad de vida y la mortalidad infantil.

En el escenario global actual, los desafíos que enfrenta el personal sanitario son complejos y multidimensionales: van desde la distribución geográfica desigual y la migración de profesionales de la salud, hasta las cargas laborales excesivas y las disparidades en el acceso a la formación y a recursos tecnológicos avanzados. Además, la pandemia de la COVID-19 acentuó muchas de estas dificultades, poniendo a prueba la resiliencia y la capacidad de adaptación del personal en salud en todo el mundo.



Líderes en trasplantes 🔍

20 AÑOS

del servicio de trasplantes de LaCardio: una historia de compromiso inquebrantable con el propósito de brindar una nueva oportunidad de vida a quienes más lo necesitan.

2005

INICIA EL SERVICIO DE TRASPLANTES

- Primer trasplante de riñón con donante vivo.
- Primer trasplante de hígado.
- Primer trasplante de corazón.

2006

- Primer trasplante de riñón en paciente pediátrico.

2014

- Inicia el programa de trasplante de pulmón.
- Primer trasplante de hígado pediátrico con donante vivo.

2017

- Inicio del programa de trasplante hepático adulto con donante vivo (único en el país).

2022

- Primera IPS en trasplantes de órganos en Colombia*.

*Según el informe anual de trasplantes del Instituto Nacional de Salud.

2023

- Primer puesto: Orden Responsabilidad Social Dona Bogotá.

2024

- Inicia el programa de trasplante de páncreas.
- Primer trasplante de páncreas - riñón en paciente adulto.
- Primer programa de excelencia clínica en cáncer de hígado en Colombia acreditado por Joint Commission International.



Gracias a los más de

100

especialistas y profesionales que hacen parte de nuestro servicio de trasplantes.

En la IPS

#1

en trasplantes de órganos del país, puedes confiar.





La planificación estratégica y la inversión en educación y formación continua serán fundamentales para preparar al sector sanitario ante los desafíos futuros.

En los próximos años será crucial enfrentar estas problemáticas mediante un enfoque integral que contemple la mejora de las condiciones laborales, la promoción de la equidad de género, la gestión del envejecimiento de la fuerza laboral y la integración de nuevas tecnologías que tienen el potencial de transformar la práctica médica. La planificación estratégica y la inversión en educación y formación continua serán fundamentales para preparar al sector sanitario ante los desafíos futuros, asegurando que no solo se incremente la cantidad de personal, sino también sus competencias y habilidades para enfrentar un entorno en constante evolución.

1. Contexto global

La escasez y la distribución inequitativa del talento humano en salud representan desafíos críticos a escala global, comprometiendo seriamente el derecho fundamental a la salud. Este fenómeno, que afecta tanto a países desarrollados como a aquellos en vías de desarrollo, se manifiesta en una compleja interacción de factores que incluyen la insuficiencia numérica de profesionales, su distribución geográfica desigual y los crecientes índices de rotación laboral.

El informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* de la OMS, basado en datos de 191 países, ofrece una visión detallada de la situación. Según este informe, en el 2018 había 27,9 millones de profesionales de enfermería en el mundo, de los cuales 19,3 millones eran enfermeros y enfermeras profesionales, 6 millones auxiliares de enfermería y 2,6 millones no se clasificaban en ninguno de estos dos grupos. A pesar de esta cifra aparentemente alta, el informe estima una escasez

mundial de 5,9 millones de enfermeras, concentrándose el 89 % de esta carencia en países de ingresos bajos y medianos bajos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Un estudio más reciente y exhaustivo titulado “Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019” ofrece una perspectiva más amplia y actualizada. Este análisis, que utilizó una metodología integral para estimar la densidad de trabajadores de la salud en 204 países y territorios desde 1990 hasta el 2019, revela que en el 2019 existían aproximadamente 104 millones de trabajadores de la salud en el ámbito mundial. Esta cifra incluye 12,8 millones de médicos, 29,8 millones de enfermeras y parteras, 4,6 millones de personal de odontología y 5,2 millones de personal farmacéutico. Sin embargo, el estudio también identifica un déficit alarmante de 43,1 millones de profesionales de la salud, desglosados en 6,4 millones de médicos, 30,6 millones de enfermeras y parteras, 3,3 millones de odontólogos y 2,9 millones de farmacéuticos (Haakenstad *et al.*, 2022).

La distribución geográfica desigual del personal sanitario es evidente: las regiones de África subsahariana, Asia meridional y norte de África/Medio Oriente presentan las densidades más bajas de trabajadores de la salud. Esta disparidad se extiende más allá de la mera distribución numérica, manifestándose también en desafíos significativos en términos de liderazgo y equidad de género.

Existen indicios preocupantes de una brecha salarial entre hombres y mujeres dentro de la profesión, donde los hombres tienden a percibir remuneraciones más altas por trabajos equivalentes. Se han reportado otras formas de discriminación de género en el entorno laboral, que



van desde la falta de políticas de conciliación laboral-familiar hasta casos de acoso y subvaloración del trabajo realizado predominantemente por mujeres. Estas disparidades no solo afectan el bienestar y la carrera de las profesionales de enfermería; también tienen implicaciones más amplias para la calidad y la eficiencia de los sistemas de salud en su conjunto.

La movilidad internacional del personal de enfermería es un fenómeno significativo y creciente en el sector de la salud global. Según el informe de la OMS (2020), uno de cada ocho profesionales de enfermería ejerce su actividad en un país diferente al de su nacimiento o formación. Esta tendencia, aunque puede ofrecer oportunidades para los profesionales individuales, plantea desafíos importantes para los sistemas de salud en el ámbito mundial. La distribución equitativa y la retención del personal de enfermería se han convertido en problemas prácticamente universales. El informe advierte que la migración no

controlada puede exacerbar la escasez de personal en los países de origen y contribuir a un acceso desigual a los servicios de salud. Además, se observa que algunos países, especialmente los de ingresos altos, tienden a depender excesivamente de la movilidad internacional del personal de enfermería, lo que refleja una falta de capacidad para formar y emplear suficientes profesionales locales.

Para abordar estos desafíos y alcanzar una Cobertura Sanitaria Universal (CSU) efectiva, se requieren esfuerzos significativos. El estudio de Haakens-tad *et al.* (2022) estima que para lograr una cobertura efectiva de la CSU de 80 de cada 100, se necesitarían por cada 10.000 habitantes al menos 20,7 médicos, 70,6 enfermeras y parteras, 8,2 personal de odontología y 9,4 personal farmacéutico. Esto implica un umbral combinado de 91,3 por 10.000 habitantes, más del doble del umbral actual de la OMS de 44,5 para estos mismos cuadros.

Para subsanar la escasez de personal de aquí al 2030 en todos los países, el número total de graduados en enfermería tendría que incrementarse de media en un 8 % anual

La OMS también proporciona proyecciones y recomendaciones cruciales para abordar la escasez de personal de enfermería. Para subsanar la escasez de personal de aquí al 2030 en todos los países, el número total de graduados en enfermería tendría que incrementarse de media en un 8 % anual, y tendría que mejorarse la capacidad para emplear y fidelizar a esos graduados. Sin este incremento las tendencias actuales indican que en el 2030 habrá 36 millones de profesionales de la enfermería, lo que supone un déficit previsto en función de las necesidades de 5,7 millones de profesionales, principalmente en las regiones de África, Sudeste Asiático y el Mediterráneo Oriental. En paralelo, algunos países de las regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental seguirían teniendo dificultades, con limitaciones definidas según el país (OMS, 2020).

El estudio de Boniol *et al.* (2022) ofrece una reevaluación crítica de las proyecciones globales de personal sanitario, actualizando las estimaciones presentadas en la Estrategia Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud: Fuerza Laboral 2030. Utilizando datos mejorados de las Cuentas Nacionales de Personal de Salud (NHWA), los autores revelan un panorama más optimista pero aún desafiante: mientras la estrategia original proyectaba una

escasez de 18.000.000 de trabajadores de la salud para el 2030, este nuevo análisis estima una reducción significativa a 10.000.000 para ese año, partiendo de una escasez de 15.000.000 en el 2020.

Un hallazgo clave del estudio es el crecimiento sustancial de la fuerza laboral sanitaria global. Los datos de la NHWA para el 2020 muestran un total de 65.000.000 de trabajadores de la salud a escala mundial, representando un aumento de 14.000.000 de empleos netos desde el 2013; más aún, se proyecta un aumento adicional de 19.000.000 de empleos netos para el 2030, llevando el total a 84.000.000. Este crecimiento supera significativamente las estimaciones anteriores y sugiere un progreso más rápido en la reducción de la escasez global de personal sanitario.

Al analizar las diferencias regionales, se observa que la región del Pacífico Occidental y la región de Europa cuentan con las mayores cantidades de médicos, con 4,07 y 3,41 millones, respectivamente, mientras que la región Africana tiene la menor cantidad, con solo 0,33 millones de médicos. En cuanto a las enfermeras, las Américas destacan con 8,27 millones, en contraste con la región del Mediterráneo Oriental, que tiene una cantidad significativamente

menor de 1,11 millones. Las disparidades entre regiones subrayan las desigualdades en la distribución de recursos humanos para la

salud, lo que puede impactar en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios en diferentes partes del mundo (tabla 1).

Tabla 1. Existencias de trabajadores de salud por región de la OMS (en millones), 2020

Región	Odontólogos	Médicos	Parteras	Enfermeras	Farmacéuticos
Africana	0,04	0,33	0,25	1,19	0,09
Américas	0,59	2,49	0,10	8,27	0,59
Mediterráneo Oriental	0,19	0,80	0,09	1,11	0,23
European region	0,57	3,41	0,40	7,39	0,60
Sudeste Asiático	0,30	1,55	0,55	3,58	1,32
Pacífico Occidental	0,84	4,07	0,81	7,56	0,85
Global*	2,54	12,65	2,20	29,10	3,69

Fuente: Boniol *et al.* (2022).

Boniol *et al.* (2022) presentan una proyección optimista pero desigual de la escasez global de personal sanitario. Los resultados indican que la escasez mundial de trabajadores de la salud, estimada en 15,4 millones en el 2020, se reduciría a 10,2 millones en el 2030, lo que representa una disminución del 34 %. Un análisis de sensibilidad adicional proyecta una escasez de 12,9 millones para el 2030, lo que sigue representando una reducción del 16 % desde el 2020. Esta tendencia general sugiere un progreso notable en la reducción de la escasez para la mayoría de las ocupaciones sanitarias a escala global.

Sin embargo, el estudio revela disparidades regionales significativas: en tanto la región del Pacífico Occidental de la OMS muestra la mayor disminución en la escasez, la situación en la región Africana de la OMS sigue siendo

preocupante. Se proyecta que esta última constituirá el 52 % de la escasez global para el 2030, un aumento sustancial desde el 25 % que representaba en el 2013. Es particularmente alarmante la situación de los 47 países incluidos en la Lista de Apoyo y Salvaguardias de Personal Sanitario de la OMS, que se prevé abarcarán el 69 % de la escasez mundial de personal sanitario para el 2030, lo que subraya la necesidad urgente de intervenciones focalizadas en estas regiones.

La escasez se estimó en relación con un umbral específico para cada ocupación, establecido a partir de la densidad media de 51,2 trabajadores de la salud (dentistas, médicos, personal de partería, personal de enfermería y farmacéuticos) por cada 10.000 habitantes en el 2013. Las proyecciones para el 2030 se basaron en un modelo de stock y flujo que tuvo en cuenta la desertión (debido a la jubilación) y la reposición de la fuerza laboral de salud mediante nuevos graduados (tabla 2).

Tabla 2. Estimación de la escasez global de la fuerza laboral en salud (en millones), 2013, 2020 y proyectada para el 2030 por ocupación

Ocupación	2013	2020	2030 (proyectado)
Dentistas	0,49	0,26	0,22
Médicos	3,05	2,66	1,94
Personal de partería	0,36	0,41	0,31
Personal de enfermería	9,89	7,07	4,50
Farmacéuticos	0,33	0,29	0,19
Otras ocupaciones	6,02	4,69	3,08
Total	20,15	15,37	10,23

Fuente: Boniol *et al.* (2022).

Los autores atribuyen la revisión significativa de las estimaciones de escasez de personal sanitario a datos más precisos y actualizados. Mientras que la **Health Workforce (HWF)** de la OMS proyectaba una reducción del 17 % en la escasez entre el 2013 y el 2030, este nuevo análisis estima una disminución del 49 %. Esta diferencia se debe principalmente a la inclusión de datos más completos sobre una gama más amplia de ocupaciones sanitarias, proporcionando una evaluación más precisa de su contribución a la expansión del acceso a la cobertura sanitaria universal.

La escasez de personal sanitario muestra tendencias variables según la profesión, aunque se observa una disminución general en todas las categorías entre el 2013 y el 2030. El personal de enfermería presenta la mayor escasez en términos absolutos, con 9,89 millones en el 2013, reduciéndose a 7,07 millones en el 2020, y se proyecta que alcance 4,50 millones en el 2030. Esta disminución significativa del 54,5 % en la escasez de enfermería es crucial, dado que este grupo representa el mayor componente de la fuerza laboral sanitaria. Los médicos muestran la segunda mayor escasez, comenzando con 3,05 millones en el 2013, bajando a 2,66 millones en el 2020, y se espera que llegue a 1,94 millones en el 2030, lo que representa una reducción del 36,4 % durante este periodo. (Boniol *et al.*, 2022).

Es relevante decir que este estudio presenta varias limitaciones importantes, por ejemplo, la disponibilidad de datos recientes varía entre países, con algunos utilizando datos incluso del 2017, lo que podría resultar en una subestimación del *stock* de personal sanitario. El modelo de proyección utilizado asume una capacidad de producción fija y no considera la migración de trabajadores de la salud, lo que puede afectar las estimaciones de escasez. Además, el modelo utiliza una distribución por edades fija y asume una tasa de absorción del 70 % de nuevos graduados, lo cual puede no reflejar con precisión las realidades de todos los países, especialmente considerando el impacto de la pandemia de la COVID-19 en el mercado laboral sanitario. Los autores reconocen que estas limitaciones podrían afectar la precisión de las proyecciones a largo plazo, aunque consideran que son menos problemáticas para las proyecciones a corto plazo (diez años) presentadas en el estudio.

2. Panorama latinoamericano

Históricamente, la OMS ha establecido umbrales de recursos humanos para la salud basándose en los logros de cobertura de servicios.



En el 2006 se estableció un umbral de 22,8 trabajadores de salud por cada 10.000 habitantes, a partir de los niveles observados en países con un 80 % de cobertura en servicios de parto cualificados. Posteriormente, en el 2016, este umbral fue revisado a 44,5, utilizando como referencia la mediana de logros en un índice de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (World Health Organization, 2016).

En un estudio exhaustivo realizado por Pérez-Cuevas *et al.* (2023), titulado *Rumbo al futuro del personal de salud: tendencias y desafíos para el próximo tiempo*, se examina el panorama cambiante del sector sanitario en América Latina y el Caribe. Este análisis prospectivo aborda las transformaciones demográficas, tecnológicas y epidemiológicas que moldearán las necesidades futuras del personal de salud en la región. Los autores hacen énfasis la importancia de anticipar y planificar estratégicamente para estos cambios, destacando la necesidad de desarrollar nuevas competencias, como la alfabetización digital y genómica, y de adaptar los sistemas educativos y de salud para satisfacer las demandas emergentes.

América Latina y el Caribe enfrentan un desafío significativo en cuanto a la disponibilidad y la distribución de personal sanitario. Pérez-Cuevas *et al.* (2023) señalan que la región necesitará 2,6 millones de profesionales de la salud para el 2030 para satisfacer las necesidades de atención médica. Actualmente, la región cuenta en promedio con 23 médicos y 33 enfermeras por cada 100.000 habitantes, sumando un total de 56 profesionales de salud por 100.000 habitantes. Esta cifra supera el umbral mínimo de 44,5 recomendado por la OMS. Sin embargo, esta media regional oculta disparidades significativas entre países: los autores destacan que mientras 15 países de la región cumplen o superan este criterio, 11

En el 2006 se estableció un umbral de 22,8 trabajadores de salud por cada 10.000 habitantes, a partir de los niveles observados en países con un 80 % de cobertura en servicios de parto cualificados.

aún carecen de personal suficiente. Las variaciones son notables, con países que tienen desde 2 hasta 84 médicos por cada 100.000 habitantes. En este orden de ideas, Uruguay, Cuba, Paraguay, Argentina y Brasil se destacan con el mayor número de médicos y enfermeras, mientras que Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua y Bolivia presentan las cifras más bajas.

La distribución inequitativa del personal sanitario emerge como un problema persistente y crítico en la región. Pérez-Cuevas *et al.* (2023) recalcan que, más allá del número total de profesionales, es crucial considerar su distribución geográfica para garantizar el acceso equitativo a la atención médica. El estudio revela una marcada concentración de personal sanitario en áreas urbanas y económicamente más prósperas, dejando a las zonas rurales y remotas con una escasez crítica de servicios de salud; esta disparidad no solo afecta la cobertura de atención primaria, sino que también limita el acceso a servicios especializados. El análisis de la distribución de personal de salud en países como Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panamá, Perú y Uruguay confirma este desequilibrio, evidenciando que las comunidades rurales enfrentan un acceso limitado a los servicios de salud. Como respuesta a esta problemática, algunos países han implementado programas para incentivar al personal de salud a trabajar en áreas remotas. Por ejemplo, Costa Rica y Uruguay han logrado reclutar al menos un 30 % del personal de salud para trabajar en sus propias comunidades de origen, una estrategia que busca mejorar la distribución y el acceso a servicios de salud en zonas tradicionalmente desatendidas.



Según los datos más recientes del NHPA de la OMS, para el 2021 Colombia registró 126.276 médicos, lo que se traduce en 24,5 médicos por cada 100.000 habitantes.

La disponibilidad de médicos especialistas también presenta variaciones significativas en la región, según Pérez-Cuevas *et al.* (2023). Los datos del portal de personal sanitario de la OMS revelan que en países como El Salvador, México, República Dominicana, Uruguay, Chile y Nicaragua, la mitad o más de los médicos tienen alguna especialidad; en contraste, en países como Colombia, Guatemala o Jamaica, menos del 30 % de los médicos son especialistas. Estas disparidades se atribuyen a múltiples factores, que incluyen la distribución desigual de recursos e infraestructura de salud en la región, limitaciones en la inversión para el entrenamiento y el reclutamiento de especialistas, y variaciones en la capacidad de los sistemas educativos y de salud para formar y retener a estos profesionales. Los autores señalan que la migración de médicos especialistas hacia países que ofrecen mejores oportunidades laborales y de desarrollo profesional es un fenómeno identificado que contribuye significativamente a estas disparidades. Esta situación plantea desafíos adicionales para los sistemas de salud de la región, que deben abordar no solo la formación de especialistas, sino también implementar estrategias efectivas para su retención y distribución equitativa.

La educación de posgrado y especialización en la región enfrenta importantes desafíos, particularmente en enfermería, donde solo 10 de los 33 países ofrecen programas de doctorado, concentrados principalmente en Brasil. Esta limitación afecta el desarrollo del liderazgo y la investigación en el campo. Además, la formación en áreas emergentes como la salud digital y la medicina genómica es incipiente en la mayoría de los países, lo que resalta la necesidad de modernizar y adaptar los programas educativos.

La falta de estandarización en términos y metodologías para la planificación de recursos humanos en salud complica la formulación de políticas basadas en evidencia. En el caso de la educación en enfermería, un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) realizado en el año 2023 en 246 escuelas revela una predominancia de la enseñanza centrada en hospitales, con menor enfoque en la atención primaria, y una escasez de docentes con formación de posgrado, lo que limita las oportunidades de aprendizaje. A pesar de que el 64 % de las escuelas cuentan con instalaciones adecuadas, el acceso a tecnología digital es insuficiente. (Pérez-Cuevas *et al.*, 2023). La capacitación continua es esencial para cerrar brechas educativas, pero su acceso es limitado: solo diez países cuentan con un sistema formal de educación médica continua, y en cinco de estos es obligatoria. La falta de estandarización de conceptos como “necesidad”, “demanda” y “utilización” refuerza la urgencia de mejorar la coherencia en la planificación y la evaluación del personal sanitario en la región.

3. Situación del país

En el contexto de la distribución del personal sanitario en América Latina y el Caribe, Colombia presenta un panorama que merece un análisis detallado. Según los datos más recientes del NHPA de la OMS, para el 2021 Colombia registró 126.276 médicos, lo que se traduce en 24,5 médicos por cada 100.000 habitantes. En cuanto al personal de enfermería, la cifra alcanzó 74.626 profesionales, equivalente a 14,49 enfermeras por cada 100.000 habitantes (tabla 3). Estas cifras posicionan a Colombia ligeramente por encima del promedio regional en términos de médicos, pero significativamente por debajo en lo que respecta a personal de enfermería.

Al contrastar estos datos con los de otros países de la región y del mundo se evidencian disparidades notables. En América Latina y el Caribe, países como Cuba sobresalen con 94 médicos y 54 enfermeras por cada 100.000 habitantes, mientras que Argentina reporta 41 médicos y 10,55 enfermeras, y Chile cuenta con 32 médicos y 40,9 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Estos datos revelan la heterogeneidad en la distribución del personal sanitario dentro de la región, con Colombia situándose en una posición intermedia en cuanto a médicos, pero rezagada en términos de enfermería.

La comparación con países de otras regiones acentúa aún más estas disparidades. Por ejemplo, España registra 45 médicos y 63,29 enfermeras, Suecia cuenta con 72 médicos y 204 enfermeras y Estados Unidos tiene 36 médicos y 119 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Estas cifras no solo subrayan la brecha existente entre Colombia y los países de altos ingresos en términos de densidad de personal sanitario; también resaltan la necesidad urgente de estrategias para incrementar y distribuir equitativamente el personal de salud, especialmente en el ámbito de la enfermería. Esta situación plantea desafíos significativos para el sistema de salud colombiano en su búsqueda por alcanzar una cobertura universal y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Tabla 3. Stock personal en salud Colombia, 2016-2021

Ocupación	Año	Número	Densidad (por 10.000 habitantes)
Médicos	2021	126.276	24,51
Personal de enfermería	2021	74.626	14,49
Dentistas	2021	42.566	8,26
Farmacéuticos	2021	9543	1,85
Total		253.011	49,11

Fuente: OMS (2024, octubre).

Las cifras más recientes del OTHS de Colombia, con corte al 2024, revelan un incremento significativo en la fuerza laboral del sector salud con respecto a las cifras oficiales de la OMS:

- Médicos profesionales: 138.131 (densidad de 26,21 por cada 10.000 habitantes).
- Enfermeras profesionales: 83.172 (densidad de 15,78 por cada 10.000 habitantes).
- Enfermeras auxiliares: 363.479 (densidad de 68,98 por cada 10.000 habitantes).

En el análisis de la distribución de médicos por departamentos se registran marcadas disparidades regionales. Bogotá lidera con la

mayor densidad (49,80 por cada 10.000 habitantes), seguida por departamentos importantes como Atlántico (32,66) y Valle del Cauca (31,07). Esta concentración en áreas metropolitanas sugiere una centralización de servicios médicos especializados y oportunidades laborales.

En contraste, departamentos como Chocó (5,32), Vau-pés (8,34) y Cundinamarca (9,13) presentan las densidades más bajas, evidenciando desafíos en la atracción y la retención de médicos en áreas rurales o menos desarrolladas. Sorprendentemente Cundinamarca, pese a su proximidad a Bogotá, muestra una baja densidad, lo que podría indicar una dependencia de los servicios de la capital. Regiones insulares como el Archipiélago de San Andrés muestran una densidad relativamente alta (31,81), posiblemente debido a políticas específicas para garantizar servicios de salud en zonas geográficamente aisladas (tabla 4).

Tabla 4. Stock de médicos y enfermeras (densidad por cada 10.000 habitantes), Colombia 2024

Datos por Departamento médicos

Departamento	Número Estimado THS	Densidad THS	Estado	Promedio IBC por Departamento
Bogotá D.C.	39,486	49.80	●	5,643,002
Antioquia	20,674	29.95	●	6,296,922
Valle del Cauca	14,438	31.07	●	5,371,949
Atlántico	9,234	32.66	▲	4,638,030
Santander	6,498	27.34	●	5,264,929
Bolívar	4,989	22.03	▲	4,573,124
Nariño	3,418	19.99	▲	3,997,185
Cundinamarca	3,243	9.13	▲	3,472,548
Risaralda	3,158	32.43	●	5,587,848
Córdoba	3,032	15.83	▲	4,623,651
Huila	2,994	25.11	▲	4,248,569
Norte de Santander	2,602	15.22	●	4,835,524
Tolima	2,585	18.72	●	5,685,264
Cesar	2,526	18.10	▲	4,610,175
Caldas	2,499	23.89	●	5,058,227
Boyacá	2,404	18.32	●	5,164,564
Magdalena	2,265	14.96	▲	4,458,078
Cauca	2,260	14.35	▲	3,967,907
Meta	1,885	16.45	●	4,832,362
Sucre	1,617	16.07	●	4,735,221
Quindío	1,521	26.87	●	4,729,611
La Guajira	1,356	12.83	▲	3,814,976
Casanare	727	15.30	▲	4,110,277
Arauca	496	15.63	▲	3,845,114
Putumayo	490	12.61	▲	3,492,596
Caquetá	481	11.23	●	5,314,954
Vichada	344	27.42	◆	1,393,333
Chocó	322	5.32	▲	4,505,507
Archipiélago de San Andrés	198	31.81	●	4,945,180
Guaviare	139	13.83	▲	3,722,623
Amazonas	107	12.40	▲	3,555,657
Guainía	103	17.78	◆	2,786,484
Vaupés	40	8.34	▲	3,753,830

Legenda de Estados:

- = Círculo verde
- ▲ = Triángulo amarillo
- ◆ = Rombo rojo

Nota: OTHS con corte al 2024.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2024).

Datos por Departamento Enfermeras

Departamento	Número Estimado THS	Densidad THS	Estado	Promedio IBC por Departamento
Bogotá D.C.	22,297	28.12	●	4,549,084
Antioquia	8,864	12.84	●	4,876,664
Valle del Cauca	7,843	16.88	●	4,299,169
Atlántico	4,894	17.31	▲	3,148,705
Santander	4,647	19.55	●	3,838,686
Bolívar	3,136	13.85	▲	3,163,784
Nariño	2,607	15.25	▲	2,992,713
Cundinamarca	2,345	6.60	▲	2,708,872
Risaralda	2,210	22.69	▲	3,511,566
Norte de Santander	2,021	11.82	▲	3,623,273
Caldas	1,926	18.41	▲	3,342,116
Tolima	1,908	13.82	●	3,913,052
Cesar	1,876	13.44	▲	2,857,551
Boyacá	1,855	14.14	▲	3,549,596
Cauca	1,780	11.31	▲	2,917,935
Córdoba	1,755	9.17	▲	3,129,363
Huila	1,732	14.53	▲	3,098,203
Magdalena	1,700	11.23	▲	2,701,601
Meta	1,472	12.85	▲	3,197,693
Sucre	1,071	10.65	▲	3,200,692
Quindío	1,003	17.72	▲	3,259,030
La Guajira	918	8.68	▲	2,823,624
Casanare	565	11.89	▲	3,100,116
Chocó	519	8.57	▲	2,841,274
Caquetá	414	9.67	▲	3,351,408
Putumayo	402	10.34	▲	2,768,924
Arauca	388	12.22	▲	2,662,387
Vichada	334	26.62	◆	1,239,578
Archipiélago de San Andrés	216	34.70	▲	2,668,343
Guaviare	143	14.23	▲	3,363,447
Amazonas	127	14.71	▲	2,459,416
Guainía	114	19.68	▲	2,978,754
Vaupés	90	18.77	▲	2,819,586

Legenda de Estados:

- = Círculo verde (Favorable - 5 departamentos)
- ▲ = Triángulo amarillo (Intermedio - 27 departamentos)
- ◆ = Rombo rojo (Crítico - 1 departamento: Vichada)

Observaciones:

- THS: Miles de trabajadores
- Densidad: Porcentaje de densidad
- IBC: Ingreso Base de Cotización promedio por departamento
- Datos ordenados de mayor a menor por Número Estimado THS



En lo correspondiente a la distribución de enfermeras profesionales este sigue un patrón similar al de los médicos, pero con algunas diferencias notables. El Archipiélago de San Andrés lidera con la mayor densidad (34,70 por cada 10.000 habitantes), seguido por Bogotá (28,12) y Vichada (26,72). La alta densidad en Vichada (26,72), un departamento con baja población y extenso territorio, podría reflejar estrategias para mejorar la cobertura de salud en áreas remotas, priorizando el personal de enfermería. Por otra parte, departamentos como Cundinamarca (6,60), Chocó (8,57) y La Guajira (8,68) presentan las densidades más bajas, lo que sugiere una escasez crítica de personal de enfermería en estas regiones.

Estas disparidades en la distribución tanto de médicos como de enfermeras plantean desafíos significativos para la equidad en el acceso a servicios de salud en Colombia. Los resultados indican la necesidad de políticas públicas orientadas a incentivar una distribución más equilibrada del talento humano en salud, especialmente en áreas rurales y departamentos con menor desarrollo económico.

4. Desafíos

Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe enfrentan una serie de retos interconectados y relacionados con el personal sanitario, que afectan significativamente su eficacia y eficiencia. Uno de los problemas más apremiantes es la distribución desigual de profesionales de la salud,

La OMS señala que aproximadamente uno de cada ocho enfermeros trabaja en un país diferente al de su origen o formación, lo que agrava la “fuga de cerebros” en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2020).

tanto entre países como dentro de ellos, exacerbada por la migración del personal sanitario. La OMS señala que aproximadamente uno de cada ocho enfermeros trabaja en un país diferente al de su origen o formación, lo que agrava la “fuga de cerebros” en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2020).

Esta situación se complica por debilidades en la gobernanza y la gestión, incluyendo regulación inadecuada, financiamiento insuficiente e información incompleta. Los sistemas de salud luchan por identificar con precisión las necesidades actuales y futuras de personal, mientras que las condiciones laborales precarias, los riesgos laborales, la falta de capacitación y los bajos salarios resultan en baja productividad y desgaste profesional (Pérez-Cuevas *et al.*, 2023).

4.1 Envejecimiento de la fuerza laboral y Barreras en la formación y educación continua

El envejecimiento de la fuerza laboral, particularmente en las Américas, presenta otro desafío crítico. Existe una proporción significativamente mayor de profesionales de enfermería



cercanos a la edad de jubilación, lo que crea una brecha generacional y exacerba las tensiones en el suministro de personal sanitario (OMS, 2020). Simultáneamente persisten inequidades de género: aunque la enfermería es una profesión predominantemente femenina, con el 90 % de mujeres a escala global y el 72,8 % del personal sanitario en América Latina, existe una representación mínima en cargos directivos y se observan brechas salariales significativas (Pérez-Cuevas *et al.*, 2023).

En el ámbito educativo, la formación del personal de salud en la región es heterogénea y enfrenta diversos obstáculos. A pesar de los esfuerzos por aumentar la capacidad y mejorar la calidad de los programas, persisten problemas como la falta de instalaciones adecuadas y la escasez de docentes con formación de posgrado, especialmente en enfermería. La capacitación continua también presenta dificultades, con solo diez países en la región implementando sistemas formales de educación médica continua, y únicamente cinco haciéndola obligatoria. Las barreras incluyen falta de financiamiento, infraestructura inadecuada y acceso limitado a tecnología, especialmente en áreas remotas (Pérez-Cuevas *et al.*, 2023).

4.2 Rotación

La alta rotación del personal de enfermería se ha convertido en un desafío crítico para el sector de la salud, con repercusiones significativas en la calidad de la atención al paciente y en la viabilidad económica de los sistemas sanitarios. La rotación del personal de enfermería genera un ciclo perjudicial que afecta tanto a los profesionales como a las instituciones; este fenómeno se caracteriza por un efecto dominó en el que la sobrecarga laboral de los enfermeros que permanecen en sus puestos eventualmente los lleva a buscar oportunidades en otras entidades o incluso a abandonar por completo la profesión, ya sea optando por cambiar de sector o anticipando su jubilación. Esta dinámica no solo compromete la continuidad y la calidad de la atención al paciente, sino que también ejerce una presión constante sobre los recursos humanos y financieros de las instituciones sanitarias (Lindquist, 2023).

En el ámbito educativo, la formación del personal de salud en la región es heterogénea

A manera de ilustración, en Estados Unidos el informe del 2024 del NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report revela una ligera mejoría, con una disminución de la tasa de rotación hospitalaria al 20,7 % en el 2023 y una reducción de la rotación de enfermeras registradas al 18,4 %. No obstante, estas cifras permanecen considerablemente por encima de los niveles prepandémicos del 2019, cuando la rotación hospitalaria se situaba en el 17,8 % y la de enfermeras registradas en el 15,9 %.

El impacto financiero de esta rotación es sustancial. El costo promedio por cada enfermera registrada que abandona su puesto asciende a 56.300 dólares, lo que se traduce en pérdidas millonarias para los hospitales. Estos costos abarcan no solo los gastos directos asociados al reclutamiento y la capacitación, sino también costos indirectos como el pago de horas extras, bonificaciones por situaciones críticas, incrementos salariales y la contratación de personal temporal a través de agencias. La suma de estos factores ejerce una presión significativa sobre los márgenes operativos de las instituciones sanitarias.

El informe también destaca la dificultad en el proceso de reclutamiento, señalando que se requieren en promedio 86 días para contratar a una enfermera registrada con experiencia. Además, se evidencian problemas de retención temprana, con aproximadamente el 30 % de los nuevos empleados y el 24 % de las nuevas enfermeras registradas renunciando dentro de su primer año de servicio. Estos datos subrayan la necesidad urgente de implementar estrategias efectivas de

retención y desarrollo profesional en el sector sanitario (NSI Nursing Solutions, Inc., 2024).

Varios factores contribuyen a esta creciente tendencia de abandono de la profesión. En primer lugar, los programas inflexibles y exigentes son una fuente importante de estrés para el personal de enfermería; en este sentido, la escasa flexibilidad en los horarios laborales puede resultar en turnos agotadores cuando hay déficit de personal, lo que no solo pone en riesgo el bienestar de los pacientes, sino también la salud mental de los enfermeros.

En segundo lugar, la pandemia de la COVID-19 también exacerbó de forma significativa el estrés y el agotamiento en el personal de enfermería. Una encuesta realizada en el 2021 a más de 6500 profesionales de enfermería de cuidados intensivos reveló que el 92 % consideraba que la pandemia había “agotado a los profesionales de enfermería de sus hospitales”, y el 66 % afirmó estar considerando abandonar la profesión por completo debido a su experiencia con la COVID-19 (Guttormson *et al.*, 2022).

Tercero, las tecnologías y procesos obsoletos también contribuyen significativamente a la frustración del personal de enfermería. Los sistemas de historiales de salud electrónicos (EHR) a menudo requieren procesos engorrosos que consumen mucho tiempo, alejando a los enfermeros de la atención directa al paciente. Una encuesta realizada por Hospital IQ en el 2021 reveló que el 53 % de los enfermeros creía que se podría mejorar el entorno laboral y reducir sus niveles de agotamiento si se implementaran procesos más sencillos (Pérez-Cuevas *et al.*, 2023).

Las consecuencias económicas de la alta rotación de enfermería son diversas y abarcan tanto costos directos como indirectos. Los costos directos incluyen los gastos asociados

con los procesos de selección, contratación y formación de nuevos profesionales, así como la necesidad de recurrir a personal temporal para cubrir las vacantes, lo que suele implicar un gasto adicional considerable. Por otro lado, los costos indirectos, aunque menos tangibles, son igualmente impactantes, manifestándose en una reducción de la productividad general y un deterioro del clima laboral. Para mitigar estos efectos negativos se plantea como parte de la solución la implementación de mejoras tecnológicas, particularmente aquellas que automatizan o simplifican los procesos administrativos. Estas innovaciones tienen el potencial de aliviar la carga de tareas no asistenciales del personal de enfermería, permitiéndoles concentrarse más en su función principal: el cuidado directo del paciente. Este enfoque no solo podría mejorar la satisfacción laboral y la retención del personal; también optimizar la eficiencia operativa de las instituciones sanitarias (Lindquist, 2023).



Un punto fundamental es la necesidad de fortalecer la capacidad de recopilación y análisis de datos sobre el personal de enfermería

5. Implicaciones de política pública

El informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* de la OMS propone una serie de recomendaciones clave para fortalecer la profesión y mejorar los sistemas de salud globales. Estas recomendaciones abordan múltiples aspectos críticos del sector sanitario, desde la formación y el empleo hasta la gestión de la migración y la optimización de la práctica profesional.

Un punto fundamental es la necesidad de fortalecer la capacidad de recopilación y análisis de datos sobre el personal de enfermería, aspecto esencial para una planificación efectiva y la toma de decisiones informadas. Paralelamente, la OMS (2020) hace énfasis en la importancia de incrementar la financiación para la formación y el empleo de profesionales de enfermería, señalando la necesidad de incorporar al menos 5,9 millones de nuevos profesionales, principalmente en países que enfrentan escasez crítica.

La gestión ética de la movilidad y la migración del personal sanitario es otro aspecto crucial. Con uno de cada ocho profesionales de enfermería ejerciendo en un país diferente al de su formación, la OMS (2020) insta

a fortalecer la aplicación del *Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud* (OMS, 2021). Esto implica un enfoque equilibrado que respete los derechos de los profesionales a la movilidad internacional, mientras se protegen los sistemas de salud de los países de origen, especialmente aquellos con recursos limitados.

El informe también subraya la importancia de mejorar los programas de formación para impulsar la atención primaria y la cobertura universal en salud. Se recomienda optimizar las contribuciones de la práctica de enfermería y ampliar los modelos de atención liderados por enfermeras, reconociendo el papel crucial que estos profesionales pueden desempeñar en la prestación de servicios de salud, particularmente en áreas como las enfermedades no transmisibles y la integración de la atención sociosanitaria (OMS, 2020).

Buchan y Catton (2023), por su parte, hacen énfasis en la necesidad de mejorar las condiciones laborales y la equidad en la profesión. Esto incluye proporcionar condiciones de trabajo decentes, remuneración justa y garantizar la estabilidad laboral. Sugieren implementar programas de bienestar del personal y desarrollar procedimientos internos que faciliten una atención adecuada y un mejor rendimiento organizacional. Además, recomiendan crear programas de transición para nuevos graduados para reducir el estrés y facilitar su adaptación a la práctica profesional.

Cuando pienses en medicamentos, piensa en COHAN



Porque entendemos que cada necesidad farmacéutica requiere soluciones expertas, integrales y confiables, en COHAN nos hemos consolidado como líderes en la gestión farmacéutica integral en Colombia.

Conoce nuestras líneas de servicio, con un enfoque multidimensional del ciclo de vida del medicamento y contáctanos hoy mismo.



**Comercialización
de Medicamentos
y Dispositivos
Médicos**

**Droguerías
Comerciales**

**Servicios
Farmacéuticos
Integrales
Ambulatorios**

**Servicios
Farmacéuticos
Hospitalarios**

**Prestación de
Servicios de
Atención
Integral con
Énfasis en
Medicamentos**

**Logística
Farmacéutica**

¡Respaldados por un equipo humano experimentado, infraestructura tecnológica y procesos certificados, descubre como conectamos oportunidades para transformar el cuidado de la salud!

Escríbenos:  +57 310 3623171

Visita: www.cohan.org.co



Se recomienda implementar programas de desarrollo de liderazgo y mentoría que preparen a las mujeres para asumir roles de alta responsabilidad

La innovación y la adopción tecnológica son aspectos cruciales destacados por Pérez-Cuevas *et al.* (2023). Las nuevas tecnologías, incluyendo la inteligencia artificial y la telemedicina, tienen el potencial de aumentar la productividad del personal sanitario, mejorar la relación enfermera-paciente y permitir una atención más personalizada y eficiente. La adopción de estas tecnologías en los programas educativos es esencial para preparar a los profesionales de la salud para un entorno en rápida evolución.

La OMS (2020) también hace hincapié en la promoción del liderazgo y la equidad de género. Se recomienda implementar programas de desarrollo de liderazgo y mentoría que preparen a las mujeres para asumir roles de alta responsabilidad, así como políticas de equidad salarial. Este enfoque no solo busca rectificar el desequilibrio de género en los puestos de liderazgo, sino también fortalecer la resiliencia y la eficacia del sector salud.

Finalmente, el informe destaca la importancia de fortalecer la colaboración intersectorial en las políticas de enfermería y modernizar la regulación de la práctica para asegurar que los profesionales puedan trabajar al máximo de sus capacidades y formación. Estas recomendaciones, en conjunto, buscan mejorar la situación de los profesionales de enfermería y fortalecer los sistemas de salud para avanzar hacia la meta de la cobertura sanitaria universal.

La implementación de estas políticas requiere un enfoque coordinado y multisectorial. Los gobiernos, las instituciones educativas, los empleadores del sector salud y las organizaciones profesionales deben colaborar estrechamente para traducir estas recomendaciones en

acciones concretas, considerando tanto el contexto global como las realidades específicas de cada país.

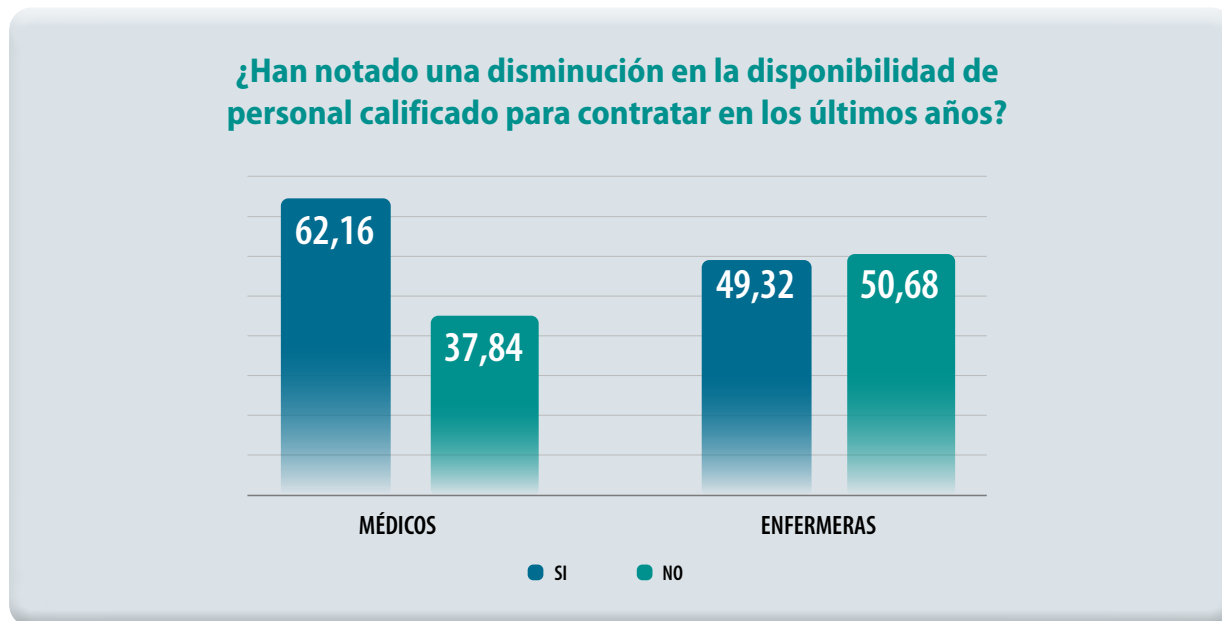
6. Encuesta sobre escasez y rotación de médicos y personal de enfermería en instituciones afiliadas a la ACHC

En mayo y junio del año 2024, la ACHC llevó a cabo una encuesta con el objetivo de recabar información detallada sobre la escasez de personal y la rotación en el sector salud, con un enfoque específico en médicos y personal de enfermería. La investigación abordó los factores que contribuyen a la falta de personal, así como las causas voluntarias e involuntarias de la rotación, evaluando además el impacto de estas dinámicas en la continuidad de la atención al paciente y en la eficiencia operativa de los hospitales. La encuesta fue diligencia por 102 instituciones reportantes (11.160 camas), las cuales representan el 11 % de las camas en el ámbito nacional. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

6.1 Disponibilidad de personal

Los resultados presentados en la gráfica 1 revelan una percepción diferenciada sobre la disminución de personal calificado en el sector salud. Un 62,16 % de los encuestados reportó una notable reducción en la disponibilidad de médicos calificados para contratar; en contraste, el 49,32 % de los encuestados indicó una disminución en la disponibilidad de enfermeras, mientras que el 50,68 % no percibió cambios significativos. Esta disparidad en la percepción entre los grupos profesionales sugiere que, si bien la escasez es más acentuada en el caso de los médicos, las dificultades en la contratación de personal de enfermería siguen siendo un desafío relevante para el sector.

Gráfica 1. Disponibilidad de personal



Fuente: elaboración propia con datos de ACHC (2024).

6.2 Causas de la escasez de personal

El análisis de las respuestas muestra que la razón más destacada para la escasez de personal es la comparación desfavorable de los salarios con otras profesiones o regiones, mencionada por el 43,90 % de los encuestados (gráfica 2). Esta situación refleja una desventaja competitiva en términos de remuneración, lo que desincentiva la retención y la contratación de profesionales calificados. Además, la migración de profesionales hacia otros países en busca de mejores oportunidades es otro factor relevante, señalado por el 43,06 % de los participantes, lo que evidencia una importante fuga de talento³.

Otro aspecto clave es la alta incidencia de estrés y agotamiento profesional (*burnout*), citado por el 37,50 %, lo que

señala la presión y las exigencias del trabajo asistencial, que provocan un desgaste emocional y físico en el personal. Además, el 29,17 % mencionó las condiciones laborales desfavorables, como la inflexibilidad horaria y la alta carga de trabajo, factores que dificultan la retención de los trabajadores.

Asimismo, la escasez de incentivos y reconocimientos fue identificada por el 27,78 % de los encuestados, lo que pone de relieve la falta de motivación y de políticas que promuevan el bienestar y la permanencia del personal. En un contexto más reciente, el impacto de la pandemia de la COVID-19 sigue siendo una causa relevante, mencionada por el 18,06 %, lo cual ha exacerbado las dificultades en el sector salud, especialmente en términos de condiciones laborales y bienestar del personal.

³ La pregunta fue de opción múltiple, lo que significa que los encuestados pudieron seleccionar más de una razón para explicar la escasez de personal asistencial; por tanto, los porcentajes no suman el 100 %, ya que cada porcentaje refleja la proporción de personas que identificaron ese factor como relevante.

Factores estructurales como la inadecuada planificación de recursos humanos (13,89 %) y la disminución de vocaciones en la población joven (13,00 %) también son causas subyacentes que afectan la oferta de personal asistencial. Por último, la baja tasa de graduados en campos de la salud (15,28 %) y la inseguridad en el lugar de trabajo (11,00 %) completan el panorama de obstáculos que enfrenta el sector, mostrando una combinación de deficiencias en formación y condiciones laborales inseguras.

Entre otras causas diferentes a las ya enunciadas las instituciones mencionaron una marcada deficiencia en las oportunidades de formación especializada, caracterizada por la insuficiencia de cupos de posgrado y la limitada oferta educativa en ciertas regiones. Esta situación se exagera por la creciente demanda de atención especializada, impulsada por un aumento en las remisiones desde la atención primaria. Paralelamente, se

observa una tendencia migratoria del personal sanitario hacia centros urbanos y hacia el sector privado, atraídos por mejores condiciones laborales y salariales, lo que agudiza la escasez en áreas rurales y en el sector público.

Adicionalmente, factores contextuales como la percepción de inseguridad en ciertas regiones y la competencia desleal de entidades que operan al margen de la legalidad compli- can aún más el panorama. Esta distribución desigual sugiere la necesidad de políticas focalizadas que contemplen incentivos para la retención de profesionales en áreas de alta necesidad y baja preferencia. La complejidad de esta problemática demanda un enfoque integral que considere tanto la reforma educativa como la reestructuración de los sistemas de incentivos laborales en el sector salud.

Gráfica 2. Causas de la escasez de personal



Fuente: elaboración propia con datos de ACHC (2024).



Es relevante tener en cuenta el impacto de la pandemia de la COVID-19, que ha exacerbado estas dinámicas al incrementar los niveles de estrés y agotamiento entre el personal sanitario en el ámbito mundial.

6.3 Rotación de personal y sus causas

La gráfica 3 ilustra las tasas de rotación del personal médico y de enfermería en el último año⁴, presentando un 13,1 % y un 15,8 % respectivamente. Estos porcentajes indican que, en comparación con el personal médico, el personal de enfermería experimenta una tasa de rotación ligeramente superior. Esto podría deberse a diversos factores como condiciones laborales más exigentes, diferencias en los niveles de estrés y carga laboral, o la naturaleza misma de las tareas que realiza cada grupo.

Al analizar estos resultados, en comparación con las tendencias internacionales reportadas en diversos países, se observa que las cifras obtenidas para el contexto local son consistentes con las de otras regiones del mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos como se mencionó, la tasa de rotación para enfermeras se sitúa entre el 17,8 % y el 20,7 % (NSI Nursing Solutions, Inc., 2024). De manera similar, en Canadá la rotación de enfermeras llega hasta el 20 % (), y para médicos es aproximadamente del 7 % (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). En el Reino Unido, las tasas para enfermeras oscilan entre el 12 % y el 18 % (NHS Digital,

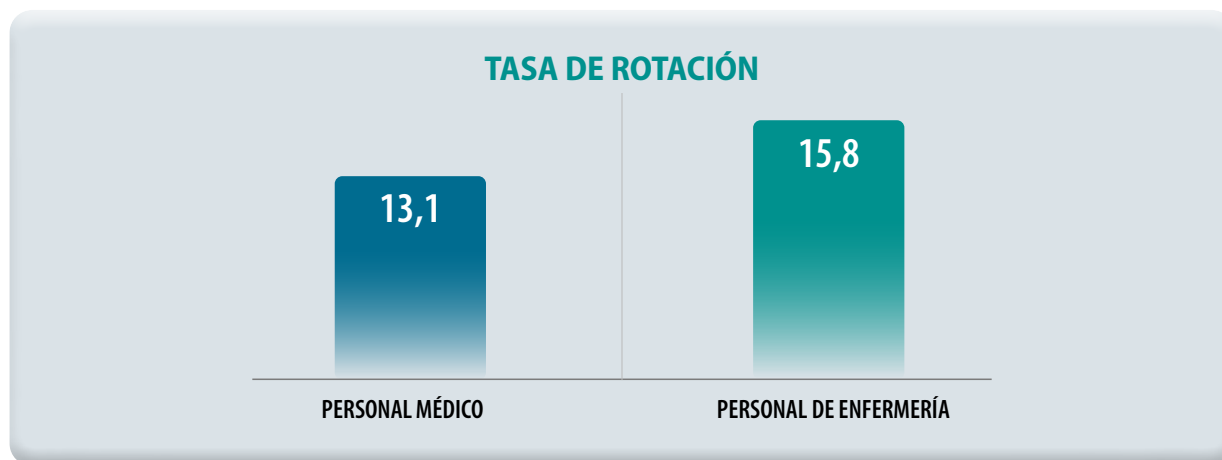
2020), y para médicos se mantienen alrededor del 9 % (General Medical Council, 2019). Estas cifras son comparables a los resultados de la presente encuesta.

La rotación ligeramente mayor del personal de enfermería con respecto al personal médico es una tendencia global que puede estar relacionada con varios factores. Entre ellos destacan las exigentes condiciones laborales, la carga emocional y física que soporta el personal de enfermería, así como la escasez de incentivos y oportunidades de desarrollo profesional que a menudo enfrentan en comparación con otras profesiones del sector salud.

Además, es relevante tener en cuenta el impacto de la pandemia de la COVID-19, que ha exacerbado estas dinámicas al incrementar los niveles de estrés y agotamiento entre el personal sanitario en el ámbito mundial. En muchos casos esto ha derivado en un incremento de la rotación, tal como lo indican diversos reportes recientes (Gómez-Ochoa *et al.*, 2021). Si bien las tasas presentadas en la gráfica 3 no necesariamente reflejan el pico pospandemia, es probable que las condiciones adversas vinculadas a la crisis sanitaria hayan influido en el aumento de la rotación, especialmente entre el personal de enfermería.

⁴ La tasa de rotación se calcula mediante una fórmula que toma en cuenta el número total de salidas, ya sea por renuncia, despido, jubilación u otras causas, dividido por el número promedio de empleados durante el período, y el resultado se multiplica por 100.

Gráfica 3. Tasa de rotación

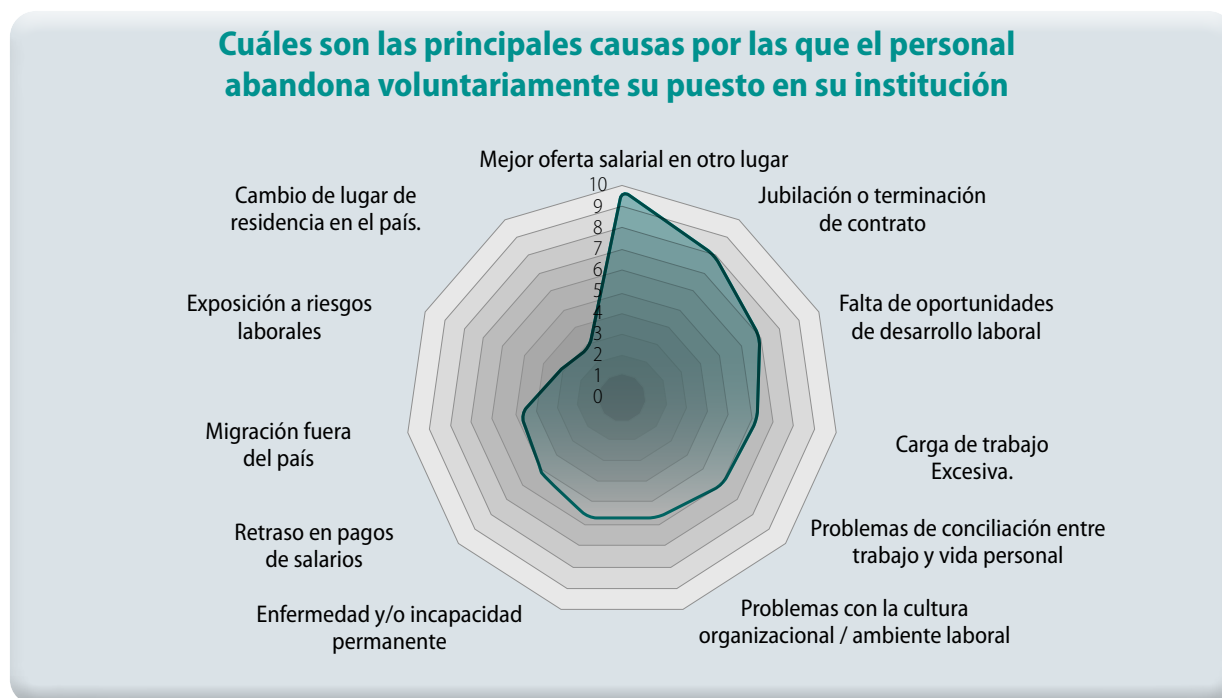


Fuente: elaboración propia con datos de ACHC (2024).

La separación de las causas de abandono voluntario e involuntario en la encuesta permite una comprensión más matizada de la dinámica laboral, facilitando intervenciones específicas y eficaces. Mientras que las causas voluntarias pueden indicar áreas de mejora en satisfacción laboral y retención, las involuntarias señalan

factores estructurales y organizacionales que requieren atención. Esta diferenciación proporciona a los gestores de recursos humanos y a los responsables de políticas sanitarias información valiosa para desarrollar estrategias diferenciadas (gráfica 4).

Gráfica 4. Causas por las que el personal abandona voluntariamente



Fuente: elaboración propia con datos de ACHC (2024).

El gráfico de radar presenta las principales causas de abandono voluntario del personal en instituciones, basándose en su nivel de importancia. Analizando los datos proporcionados, se observan las siguientes tendencias:

1. La causa más significativa es la “Mejor oferta salarial en otro lugar” con una puntuación de 9,73 sobre 10, lo que resalta la importancia de la compensación económica en la retención del personal.
2. La “Jubilación o terminación de contrato” (7,97) y la “Falta de oportunidades de desarrollo profesional” (7,11) son la segunda y tercera causas más importantes, respectivamente. Esto sugiere que tanto los factores naturales del ciclo laboral como las perspectivas de crecimiento profesional desempeñan un papel crucial en la decisión de abandonar un puesto.
3. La “Carga de trabajo excesiva” (6,4) y los “Problemas de conciliación entre trabajo y vida personal” (6,16) ocupan el cuarto y quinto lugar, indicando que el equilibrio trabajo-vida es un factor significativo en la retención del personal.
4. Factores como “Problemas con la cultura organizacional/ambiente laboral” (5,73), “Enfermedad e/o incapacidad permanente” (5,65) y “Retraso en pagos de salarios” (5,03) tienen una importancia moderada.
5. Las causas menos influyentes son la “Migración fuera del país” (4,76), “Exposición a riesgos laborales” (3,21) y “Cambio de lugar de residencia en el país” (2,83).

Estos hallazgos son consistentes con la literatura sobre retención de personal en el sector salud. Por ejemplo, un estudio de Halter *et al.* (2017) publicado en el *Journal of Clinical Nursing* identificó que los factores relacionados con el trabajo, como la carga laboral y el estrés, así como los factores personales, como el

La causa más significativa es la “Mejor oferta salarial en otro lugar” con una puntuación de 9,73 sobre 10, lo que resalta la importancia de la compensación económica en la retención del personal.

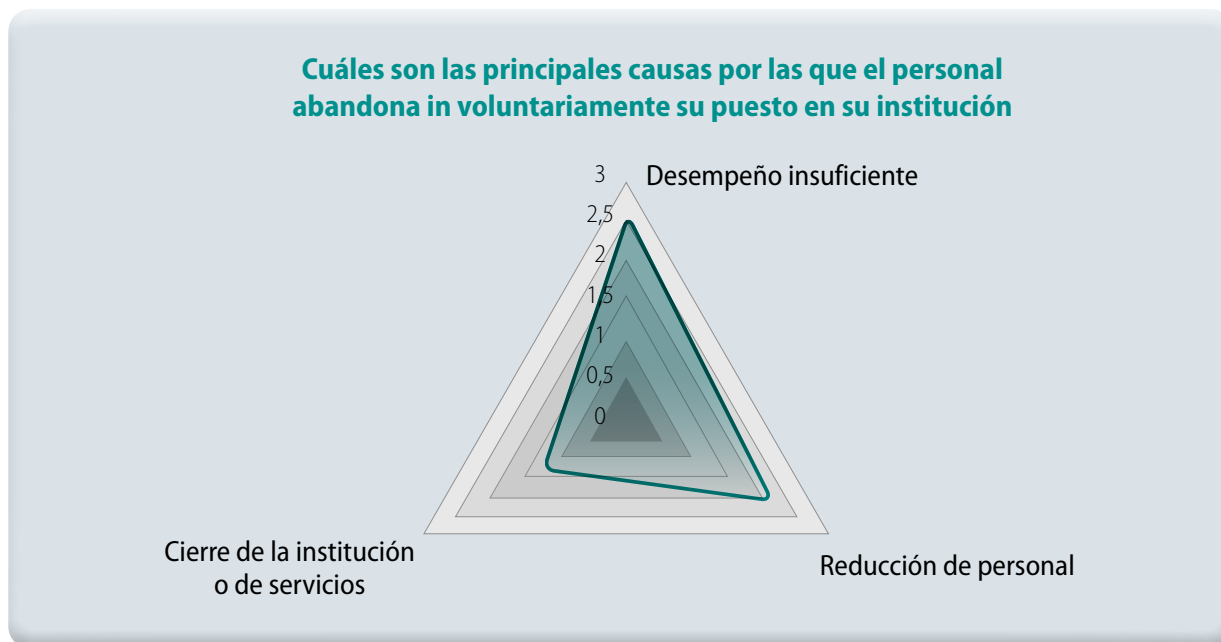
equilibrio trabajo-vida, son determinantes importantes en la intención de rotación de las enfermeras.

Es importante notar que mientras algunos factores como el salario y las oportunidades de desarrollo son relativamente fáciles de abordar mediante políticas organizacionales, otros como la carga de trabajo y la conciliación laboral-personal requieren enfoques más holísticos y cambios estructurales en la gestión de recursos humanos en el sector salud.

Por otra parte, el análisis de las causas de abandono involuntario del personal en instituciones de salud revela un patrón significativo de factores tanto individuales como organizacionales. El desempeño insuficiente emerge como la causa predominante, con una puntuación de 2,62, lo que subraya la crítica relevancia de los estándares de rendimiento en estos entornos profesionales.

En segundo lugar, la reducción de personal, con una puntuación de 2,12, se posiciona como un factor crucial en el cese involuntario de empleados. Este fenómeno, con frecuencia asociado a reestructuraciones organizacionales, puede tener repercusiones significativas no solo en el personal afectado directamente, sino también en la moral y el rendimiento de los empleados que permanecen, como señalan Waldman *et al.* (2004) en su estudio sobre los costos de la rotación en el sector salud. El cierre de la institución o de servicios específicos, aunque con menor frecuencia (1,27), representa otra causa notable de abandono involuntario (gráfica 5).

Gráfica 5. Causas por las que el personal abandona voluntariamente



Fuente: elaboración propia con datos de ACHC (2024).

6.4 Impacto de la rotación en las instituciones

La rotación de personal en el sector salud tiene un impacto significativo y multidimensional en diversos aspectos operativos y cualitativos de las instituciones sanitarias, según revela el análisis de las respuestas obtenidas (gráfica 6). Este fenómeno afecta de manera más pronunciada la eficiencia operativa del hospital, con una puntuación de 47,5, lo que sugiere un deterioro en indicadores clave como tiempos de espera, tasas de reingreso y equilibrio en la carga laboral. Estrechamente relacionado a esto, los costos adicionales asociados a la contratación y la capacitación de nuevo personal (46,5) representan una carga financiera sustancial para las instituciones.

La curva de aprendizaje y experiencia (45,9) y la productividad (44,3) también se ven significativamente afectadas, lo que pone de relieve el valor del conocimiento institucional y la experiencia acumulada en el desempeño eficiente de las funciones sanitarias. Estos hallazgos son consistentes con el estudio de Hayes et

al. (2012), que destaca cómo la rotación de personal en enfermería impacta negativamente en la productividad y la calidad de la atención al paciente.

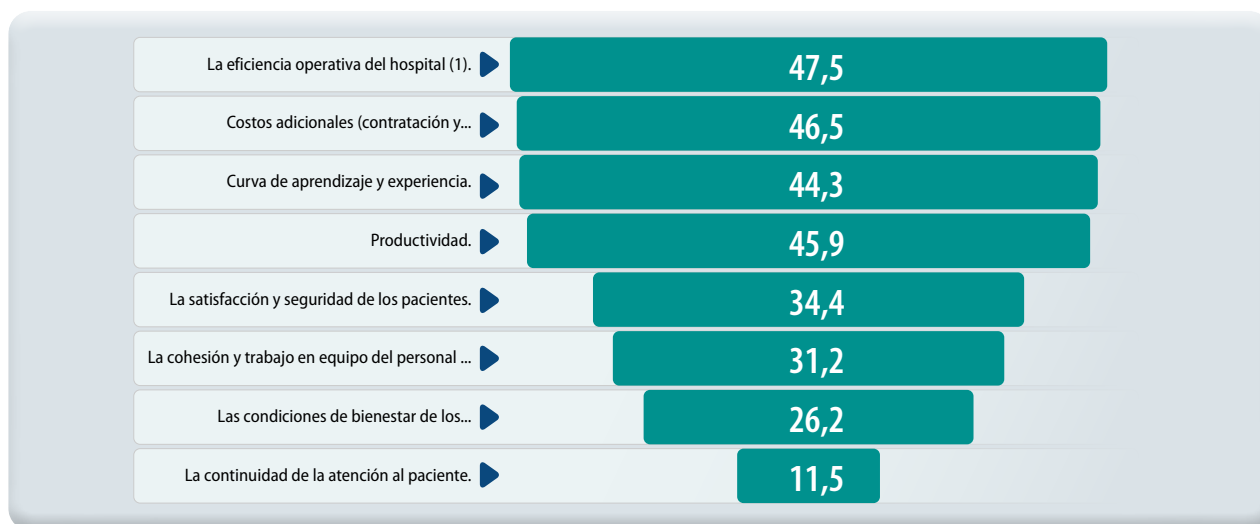
Es notable que la satisfacción y la seguridad de los pacientes (34,4) y la cohesión y el trabajo en equipo del personal de salud (31,2) muestran un impacto moderado, lo que sugiere que estos aspectos, aunque afectados, podrían ser más resilientes a los cambios de personal. Sin embargo, no deben subestimarse, ya que están directamente relacionados con la calidad de la atención y el ambiente laboral.

Las condiciones de bienestar de los trabajadores (26,2) y la continuidad de la atención al paciente (11,5) parecen ser los aspectos menos afectados, aunque siguen siendo relevantes. Esto podría indicar la existencia de mecanismos de compensación o políticas institucionales que mitigan estos impactos.

Estos resultados se alinean con la investigación de Buchan *et al.* (2020), que hace énfasis en cómo la rotación de personal en el sector salud

no solo afecta los costos y la eficiencia operativa, sino que también tiene implicaciones a largo plazo en la calidad de la atención y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Gráfica 6. Impacto de la rotación



Nota: (1): incremento en tiempos de espera, reingresos, desbalance en la carga de trabajos, entre otras.

Fuente: elaboración propia con datos de ACHC (2024).

6.5 Perspectivas y soluciones

La encuesta indagó acerca de las medidas implementadas por las instituciones para mejorar la retención de personal. Los datos presentados en la gráfica 7 ofrecen una visión comprehensiva de las estrategias adoptadas.

Gráfica 7. Medidas para mejorar la retención de personal



Fuente: elaboración propia con datos de ACHC (2024).



Los programas de bienestar y apoyo al personal, incluyendo iniciativas de salud mental y apoyo emocional, emergen como la medida más ampliamente implementada (77,42 %). Esta prevalencia refleja un reconocimiento creciente de la importancia del bienestar integral de los empleados, alineándose con las tendencias globales en la gestión del capital humano en el sector salud (Shanafelt y Noseworthy, 2017).

Las mejoras en las condiciones de trabajo (58,06 %) y las oportunidades de desarrollo profesional y formación (54,84 %) ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente. Estas medidas son fundamentales para abordar los factores de insatisfacción laboral y promover el crecimiento profesional, aspectos cruciales para la retención de personal cualificado en entornos sanitarios (Halter *et al.*, 2017).

Los programas para manejar el estrés y prevenir el agotamiento laboral

(53,23 %) y el fortalecimiento de la cultura organizacional (50,00 %) también muestran una alta prioridad. Estas iniciativas son particularmente relevantes en el contexto de las demandas emocionales y físicas inherentes al trabajo en el sector salud.

Es notable la implementación de programas de incentivos salariales (38,71 %) que, aunque menos frecuentes que otras medidas, siguen siendo un componente importante de las estrategias de retención.

La categoría "Otro" (17,74 %) revela una gama diversa de iniciativas adicionales que fueron mencionadas por las instituciones afiliadas a la ACHC, que incluye:

1. Alianzas con instituciones educativas para la formación continua.
2. Medidas de estabilidad laboral y flexiseguridad.
3. Beneficios económicos y de bienestar extendidos a las familias de los empleados.
4. Creación de plantas temporales de trabajo con prestaciones completas.
5. Implementación de modelos de Empresa Familiarmente Responsable (EFR).
6. Programas de desarrollo de carrera y liderazgo.
7. Flexibilidad en horarios y turnos.
8. Medición de la satisfacción laboral y experiencia del empleado.

Para concluir, la encuesta incluyó dos preguntas abiertas diseñadas para obtener información detallada



basada en la experiencia directa de las instituciones. Estas preguntas se centraron en:

- 1. Identificar acciones internas que las instituciones consideran efectivas para mejorar la situación de su personal asistencial.
- 2. Recopilar recomendaciones dirigidas a los formuladores de políticas sobre cómo abordar la escasez de personal asistencial a nivel sistémico.

Estas preguntas abiertas buscaron aprovechar el conocimiento práctico de las instituciones para generar *insights* valiosos tanto a nivel organizacional como de políticas públicas. Las respuestas a la primera pregunta fueron analizadas y categorizadas en siete ejes principales para facilitar su comprensión y análisis. Estos ejes se presentan en el recuadro 1, ofreciendo una visión estructurada de las acciones internas que las instituciones consideran efectivas para mejorar la situación de su personal asistencial.

Recuadro 1. Acciones internas de las instituciones

1. Gestión de la carga laboral y condiciones de trabajo	2. Desarrollo profesional y liderazgo
• Análisis y redistribución de cargas laborales • Reducción de jornadas laborales • Mejora de la eficiencia en los procesos • Implementación de tiempos protegidos para capacitación	• Fortalecimiento de programas de formación continua • Desarrollo de competencias técnicas y blandas • Promoción de planes de carrera • Fortalecimiento de habilidades de liderazgo
3. Bienestar y salud mental	4. Compensación y beneficios
• Implementación de programas de prevención del estrés y la fatiga laboral • Fortalecimiento de iniciativas de salud mental y apoyo psicológico • Promoción de estilos de vida saludables	• Mejora de condiciones salariales y pago oportuno • Implementación de incentivos económicos y no económicos • Desarrollo de programas de salario emocional • Formalización laboral y estabilidad contractual
5. Cultura organizacional y comunicación	6. Conciliación vida-trabajo
• Fortalecimiento de la cultura organizacional • Mejora de la comunicación asertiva entre personal y directivos • Implementación de programas de reconocimiento y valoración del trabajo • Fomento del trabajo en equipo y mejora de relaciones interpersonales	• Implementación de modelos EFR • Flexibilidad horaria y en turnos • Promoción del equilibrio entre vida personal y laboral
7. Gestión del talento y retención	
• Mejora en los procesos de selección y evaluación del personal • Implementación de entrevistas de retiro para identificar áreas de mejora • Creación de nuevos liderazgos y oportunidades de crecimiento	



La diversidad de las acciones propuestas subraya la complejidad del desafío de la retención de personal en el sector salud y la necesidad de estrategias personalizadas

Estas propuestas reflejan una comprensión integral de los factores que influyen en la satisfacción y la retención del personal asistencial. Se observa un énfasis en la necesidad de abordar no solo aspectos tradicionales como la compensación y las condiciones laborales, sino también elementos más sutiles como el bienestar emocional, el desarrollo profesional y la cultura organizacional.

La diversidad de las acciones propuestas subraya la complejidad del desafío de la retención de personal en el sector salud y la necesidad de estrategias personalizadas que se adapten a las características específicas de cada institución. Esto se alinea con la investigación de Halter *et al.* (2017), que destaca la importancia de diversas intervenciones para abordar la rotación de personal en enfermería. Además, la atención a aspectos como la conciliación vida-trabajo y el salario emocional refleja una evolución en la comprensión de las necesidades del personal de salud, especialmente en el contexto de las nuevas generaciones de profesionales. Esto coincide con los hallazgos de Gagné *et al.* (2019), sobre la importancia de prácticas de recursos humanos que promuevan la autonomía y el bienestar de los empleados en el sector salud.

En respuesta a la segunda pregunta, las instituciones ofrecieron recomendaciones a los formuladores de políticas sobre cómo abordar la escasez de personal asistencial a nivel sistémico:

- Mejora de las condiciones laborales y salariales
 - » Implementación de políticas para condiciones dignas y equitativas
 - » Revisión de escalas salariales

- » Promoción de incentivos como política nacional con el objetivo de atraer nuevos profesionales y retener al personal existente
- Formación y desarrollo profesional
 - » Ampliación de cupos para especialidades y subespecialidades médicas
 - » Revisión y ajuste de mallas curriculares
 - » Promoción de programas de formación continua
 - » Implementación de programas semillero para fomentar vocaciones en salud
 - » Facilitación del acceso a educación superior de alta calidad en áreas de salud
- Sostenibilidad financiera del sistema de salud
 - » Garantía de flujo de recursos a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)
 - » Desarrollo de políticas para sostenibilidad financiera en infraestructura, tecnología y automatización
 - » Mejora de condiciones de trabajo y programas de bienestar y desarrollo
- Reformas regulatorias y políticas
 - » Expansión de roles y ajuste de normativas en el sector salud
 - » Desarrollo de políticas visionarias alineadas con estrategias organizacionales
 - » Consideración del impacto en la carga laboral y promoción de la salud mental
- Articulación entre actores del sistema
 - » Fomento de colaboración entre empresas, universidades y Estado
 - » Fortalecimiento de la relación entre instituciones educativas y de salud
 - » Involucramiento del personal asistencial en la formulación de políticas
- Gestión del talento humano
 - » Estrategias de retención basadas en análisis situacional
 - » Implementación de programas de mejoramiento de calidad de vida laboral



- » Fomento del sentido de pertenencia institucional
- » Alineación de proyectos de vida personales con fines organizacionales
- Innovación y eficiencia
 - » Promoción de automatización de tareas administrativas y repetitivas
 - » Implementación de tecnologías para mejorar eficiencia y reducir carga laboral
- Educación y concientización
 - » Aumento de la educación de usuarios en procesos de salud
 - » Promoción de cultura de vocación y servicio en el sector
 - » Inclusión de habilidades de cuidado y servicio en programas de formación profesional
- Acceso y distribución del talento humano
 - » Incentivos para trabajo en municipios y áreas remotas
 - » Estrategias para mejorar accesibilidad de empleadores al talento humano formado
- Seguridad y bienestar del personal
 - » Implementación de medidas para salvaguardar la integridad de los profesionales
 - » Desarrollo de programas de bienestar integral

Estas recomendaciones, provenientes del sector prestador de servicios de salud, son de un valor incalculable para abordar la escasez de personal asistencial. Los prestadores, quienes enfrentan diariamente los desafíos y dificultades en la atención, ofrecen una perspectiva única y crucial. La diversidad y la profundidad de sus propuestas reflejan la complejidad del problema y también la riqueza de su experiencia práctica. Es imperativo que el Gobierno reconozca y capitalice esta sabiduría colectiva en su gestión.

La escasez de personal sanitario persiste como un problema crítico, con un déficit estimado de 43,1 millones de profesionales de la salud (Haakenstad *et al.*, 2022).

El enfoque integral y colaborativo que proponen estos actores clave del sistema de salud es esencial para desarrollar soluciones sostenibles y efectivas a largo plazo. Sus recomendaciones no solo abordan la escasez actual, sino que también sientan las bases para fortalecer y valorizar la fuerza laboral en salud del futuro. El Gobierno tiene ahora la responsabilidad de traducir estas valiosas *insights* en políticas concretas, asegurando que la voz de quienes están en la primera línea de atención sea el eje central en la transformación del sistema de salud. Solo a través de esta colaboración estrecha entre formuladores de políticas y prestadores de servicios podremos construir un sistema de salud robusto, resiliente y capaz de enfrentar los desafíos del mañana.

7. Conclusiones

El análisis de la situación del talento humano en salud revela un panorama complejo y multifacético que abarca desafíos globales, regionales y nacionales, exigiendo respuestas integrales y coordinadas. A escala global, la escasez de personal sanitario persiste como un problema crítico, con un déficit estimado de 43,1 millones de profesionales de la salud (Haakenstad *et al.*, 2022). Esta carencia se distribuye de manera desigual, afectando desproporcionadamente a las regiones de bajos y medianos ingresos. La movilidad internacional del personal sanitario, si bien ofrece oportunidades individuales, exacerba los desequilibrios existentes, planteando desafíos significativos para los sistemas de salud de los países de origen. Además, las disparidades de género en liderazgo y remuneración dentro del sector salud siguen siendo preocupantes, lo que subraya la necesidad de políticas que promuevan la equidad y el empoderamiento femenino en roles de toma de decisiones.



En el contexto latinoamericano, la heterogeneidad en la disponibilidad y la distribución de personal sanitario es notable. Mientras que la región en promedio supera el umbral mínimo de la OMS de 44,5 profesionales de salud por cada 100.000 habitantes, las disparidades entre países y dentro de ellos son pronunciadas.

En el contexto latinoamericano, la heterogeneidad en la disponibilidad y la distribución de personal sanitario es notable. Mientras que la región en promedio supera el umbral mínimo de la OMS de 44,5 profesionales de salud por cada 100.000 habitantes, las disparidades entre países y dentro de ellos son pronunciadas. La concentración de personal en áreas urbanas y económicamente privilegiadas deja a las zonas rurales y remotas con una escasez crítica de servicios de salud. Esta distribución inequitativa no solo afecta la cobertura de atención primaria sino que también limita el acceso a servicios especializados, evidenciando la necesidad de estrategias de retención y distribución más efectivas.

Colombia, por su parte, enfrenta desafíos particulares en la gestión de su fuerza laboral sanitaria. Con 26,21 médicos y 15,78 enfermeras por cada 10.000 habitantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025), el país se sitúa en una posición intermedia en la región en términos de densidad de médicos, pero rezagada en cuanto a personal de enfermería. Las marcadas disparidades regionales en la distribución de profesionales de la salud, con una concentración significativa en áreas urbanas como Bogotá,

subrayan la urgencia de implementar políticas que incentiven una distribución más equitativa del talento humano en salud, especialmente en áreas rurales y departamentos con menor desarrollo económico.

La encuesta realizada por la ACHC proporciona *insights* valiosos sobre la percepción y la experiencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Los resultados revelan una preocupación generalizada por la disminución en la disponibilidad de personal calificado, especialmente médicos, con un 62,16 % de las instituciones que reportan una reducción notable. Las causas de esta escasez son diversas y destacan factores como salarios poco competitivos, migración de profesionales y altos niveles de estrés y agotamiento laboral.

Las tasas de rotación reportadas (13,1 % para médicos y 15,8 % para enfermeras) son consistentes con las tendencias internacionales, pero no por ello menos preocupantes. Estas cifras destacan la necesidad urgente de implementar estrategias efectivas de retención y desarrollo profesional. Las principales causas de abandono voluntario, como mejores ofertas salariales en otros lugares y falta de

oportunidades de desarrollo profesional, señalan áreas críticas para la intervención.

El impacto de la rotación en las instituciones es significativo y afecta principalmente la eficiencia operativa, los costos asociados a la contratación y capacitación, y la curva de aprendizaje y experiencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la retención de personal no solo como una cuestión de recursos humanos, sino como un factor crítico para la calidad y sostenibilidad de los servicios de salud.

Es notable la convergencia entre las recomendaciones teóricas y las prácticas institucionales en áreas clave. El 54,84 % de las instituciones reportaron implementar oportunidades de desarrollo profesional y formación, alineándose con las recomendaciones de la OMS (2020) sobre la importancia de la inversión en educación y formación continua. Asimismo, el 58,06 % de las instituciones están implementando mejoras en las condiciones laborales, en consonancia con las recomendaciones de Buchan y Catton (2023).

Sin embargo, se observan discrepancias significativas en algunos aspectos: mientras que la literatura pone de relieve la importancia de salarios competitivos, solo el 38,71 % de las instituciones reportaron implementar programas de incentivos salariales, lo que sugiere una brecha entre las recomendaciones teóricas y las realidades presupuestarias. Además, la adopción de tecnologías e innovación, destacada por Pérez-Cuevas *et al.* (2023) como fundamental, no emergió como una estrategia prominente en las respuestas de la encuesta, indicando una posible brecha de implementación.

Un área de convergencia significativa fue el énfasis en el bienestar y la salud mental del

personal, con el 77,42 % de las instituciones implementando programas de bienestar y apoyo. Este enfoque se alinea con las recomendaciones de la literatura sobre la importancia del bienestar integral de los empleados.

Un hallazgo interesante que surgió de las respuestas empíricas y que no se destaca tanto en la literatura revisada, es la importancia de la cultura organizacional y la comunicación. El 50 % de las instituciones reportaron implementar medidas para fortalecer estos aspectos, subrayando su relevancia en la gestión del talento humano en salud.

En conclusión, abordar la escasez y la distribución inequitativa del talento humano en salud requiere un esfuerzo coordinado y multisectorial. Las políticas deben enfocarse en mejorar las condiciones laborales, promover el desarrollo profesional y asegurar una distribución más equitativa de los recursos humanos. Es imperativo que los formuladores de políticas capitalicen la experiencia y los conocimientos del sector prestador para desarrollar estrategias efectivas y sostenibles.

La alineación significativa entre las recomendaciones teóricas y las estrategias implementadas por las instituciones en áreas como el desarrollo profesional, la mejora de condiciones laborales y el bienestar del personal es alentadora. Sin embargo, las discrepancias observadas en aspectos como la adopción tecnológica y la gestión de la migración subrayan la importancia de un diálogo continuo entre investigadores, formuladores de políticas y administradores de instituciones de salud.

Este diálogo es crucial para desarrollar estrategias que sean tanto efectivas como factibles de implementar en contextos específicos, considerando las realidades presupuestarias y operativas de las instituciones de salud. Solo a través de esta colaboración estrecha entre todos los actores del sistema de salud se podrá construir una fuerza laboral sanitaria robusta, capaz de enfrentar los desafíos actuales y futuros, y garantizar una atención de calidad para toda la población.



Referencias

- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2024). *Encuesta sobre escasez y rotación de personal médico y de enfermería*.
- Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J. y Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*, 7(6), e009316. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>
- Buchan, J. y Catton, H. (2023). *Recover to rebuild. Investing in the nursing workforce for health system effectiveness*. International Council of Nurses.
- Buchan, J., Catton, H. y Shaffer, F. A. (2020). AGEING WELL? Policies to Support Older Nurses at Work. *International Centre on Nurse Migration*.
- Gagné, M., Tian, A. W., Soo, C., Zhang, B., Ho, K. S. B. y Hosszu, K. (2019). Different motivations for knowledge sharing and hiding: The role of motivating work design. *Journal of Organizational Behavior*, 40(7), 783-799.
- General Medical Council. (2019). *The state of medical education and practice in the UK: The workforce report 2019*. General Medical Council. <https://www.gmc-uk.org>
- Gómez-Ochoa, S. A., Franco, O. H., Rojas, L. Z., Raguindin, P. F., Roa-Díaz, Z. M., Wyssmann, B. M., ... y Muka, T. (2021). COVID-19 in health-care workers: a living systematic review and meta-analysis of prevalence, risk factors, clinical characteristics, and outcomes. *American Journal of Epidemiology*, 190(1), 161-175.
- Guttormson, J. L., Calkins, K., McAndrew, N., Fitzgerald, J., Losurdo, H. y Loonsfoot, D. (2022). Critical care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: a US national survey. *American Journal of Critical Care*, 31(2), 96-103.
- Haakenstad, A., Irvine, C. M. S., Zhao, Y., Moses, M. W., Sligar, A., Chapin, A., Gupta, V., Yamey, G., Bhutta, Z. A. y Dieleman, J. L. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 399(10341), 2129-2154.
- Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., ... y Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17, 1-20.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., ... y North, N. (2012). Nurse turnover: a literature review—an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905.
- Lindquist, M. (2023, 10 de enero). El costo de la rotación del personal de enfermería en cifras. *Oracle*. <https://www.oracle.com/co/human-capital-management/cost-of-nurse-turnover/>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2024). *Observatorio de Talento Humano en Salud*. Recuperado en octubre del 2024.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030; Flaubert JL, Le Menestrel S, Williams DR, et al., editors. *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021 May 11. 3, The Nursing Workforce. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573922/>
- NSI Nursing Solutions, Inc. (2021). *NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report*. <https://www.nsinursingsolutions.com>
- NSI Nursing Solutions, Inc. (2024). *2024 NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report*. https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332164/9789240004948-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud - Instrumento nacional de presentación de informes*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/spanish-national-reporting-instrument-2021.pdf?sfvrsn=326f3294_32&download=true
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *National Health Workforce Accounts (NHWA) Portal*. <https://apps.who.int/nhwportal/>
- Pérez-Cuevas, R., Savedoff, W. D., Nigenda, G., Vladislavovna Doubova, S., Sório, R. E. y Dal Poz, M. (2023, mayo). *Rumbo al futuro del personal de salud: tendencias y desafíos para el próximo tiempo*. Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0004886>
- Shanafelt, T. D. y Noseworthy, J. H. (2017, January). Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129-146.
- Waldman, J. D., Kelly, F., Aurora, S. y Smith, H. L. (2004). El impactante coste de la rotación de personal en el ámbito sanitario. *Health Care Management Review*, 29(1), 2-7.
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf> 