



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

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

Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org



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



Construimos el futuro de la salud, contigo en el centro

Nuestros pacientes y clínicos están en el corazón de todo lo que hacemos.

Creamos nuestros dispositivos pensando en quienes cuidan y en quienes necesitan ser cuidados.

 @minervamedical

 @minervamedical

 @minervamedicaloficial

 @minervamedicaloficial

www.minervamedical.com.co

EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

COMITÉ EDITORIAL

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

Periodista free lance, Olga Lucia Muñoz.

JUNTA DIRECTIVA 2025 - 2027

PRESIDENTA

HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES - DORIS SARASTY RODRÍGUEZ (SAN JUAN DE PASTO)

VICEPRESIDENTES

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ - HENRY MAURICIO GALLARDO LOZANO (BOGOTÁ)
CLÍNICA CARDIO VID - CARLOS ALBERTO LOZANO MUÑETÓN (MEDELLÍN)

PRINCIPALES

CLÍNICA PALMIRA - FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA (PALMIRA)
CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA - CARLOS ALBERTO RESTREPO MOLINA (MEDELLÍN)
SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS - JUAN FELIPE VALENCIA RÍOS (MANIZALES)
FUNDACIÓN JAVERIANA DE SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS INTERUNIVERSITARIOS
CARLOS MÁRQUEZ VILLEGAS, JAVESALUD - CARLOS TOBAR GONZÁLEZ (BOGOTÁ)
CLÍNICA EL ROSARIO - HNA. ÁNGELA MARÍA VÉLEZ RESTREPO (MEDELLÍN)
CLÍNICA REINA SOFÍA - PAOLA ANDREA RENGIFO BOBADILLA (BOGOTÁ)

SUPLENTE

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE - ANTONIO JOSÉ LÓPERA UPEGUI (MEDELLÍN)
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI - MARCELA GRANADOS SÁNCHEZ (CALI)
FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAÚL - MAURICIO TAMAYO PALACIO (MEDELLÍN)
CLÍNICA DE OCCIDENTE S. A. - ANTONIO JOSÉ DAGER FERNÁNDEZ (CALI)
CLÍNICA DE LA COSTA LTDA. - ALBERTO JOSÉ CADENA BONFANTI (BARRANQUILLA)
CLÍNICA IMBANACO - RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA (CALI)
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - JORGE ANDRÉS LÓPEZ (BOGOTÁ)
CORPORACIÓN SALUD UN, HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL - OSCAR DUEÑAS ARAUQUE (BOGOTÁ)
CLÍNICA VERSALLES S. A. - ANDRÉS CÓRDOBA ZAWADZKY (CALI)

REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

STRYKER - ÁNGELA AMADOR ACEVEDO

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN) - JAMEL HENAO CARDONA

MIEMBROS HONORARIOS

ROBERTO ESGUERRA GUTIÉRREZ
ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ

INVITADOS PERMANENTES

ASOCIACIÓN DE HOSPITALES DEL VALLE (ASOHOSVAL) - LIGIA ELVIRA VIAFARA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INSTITUCIONES DE SALUD DOMICILIARIA (ACISD) - ADRIANA PATRICIA FORERO HINCAPIÉ

SECRETARIA JUNTA DIRECTIVA

FABIOLA ALBA MUÑOZ

DIRECTOR GENERAL

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

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

Para correspondencia por favor dirigirse a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Cra. 4 N° 73-15, Bogotá.

PBX: (1) 312 4411 - FAX: (1) 312 1005

E-mail: comunicaciones@achc.org.co

Internet: www.achc.org.co

DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com

COMERCIALIZACIÓN PUBLICIDAD

Cila María Russi
publicidadhospitalaria@achc.org.co

ILUSTRACIÓN PORTADA

MIQUELOFF

2 Editorial

La crisis del talento humano en salud

4 De portada

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

37 Agenda gremial

VIII Foro de Soluciones Exitosas ACHC reafirmó el liderazgo y la capacidad transformadora del sector hospitalario colombiano

40 Homenaje

En memoria Padre Jaime Salazar Londoño, S. J.: una vida al servicio del país, la Iglesia y la salud

42 Notas del sector

- La Fundación Santa Fe de Bogotá recibió Acreditación Mundial de Excelencia en Enfermería
- Clínica Colsanitas se une a la transformación circular de residuos hospitalarios en Colombia
- Lanzamiento del nuevo angiógrafo Philips Azurion 7 B20/15 en DIME

48 Internacional

Banco Mundial: el gasto en salud en América Latina y el Caribe se duplicará en el 2050

52 Nos preguntan

El límite al trabajo suplementario en el sector salud

58 De nuestros Patrocinadores

Bionexo: 25 años transformando el abastecimiento en salud en América Latina

60 De los pacientes

Sobrevivientes de cáncer infantil en América Latina necesitan mayor acceso a servicios de salud mental

64 Cifras del sector

Tendencia de cáncer de piel en Colombia

67 Cifras del país

Trabajo infantil en Colombia, un fenómeno que persiste

71 Glosario

La crisis del talento humano en salud

En este número de *Hospitalaria* se publica la investigación de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) “Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional”; si bien se trata de un problema global, una mirada al caso colombiano muestra que existen factores regionales y nacionales particulares que agravan la situación. Se estima que la escasez mundial de profesionales de la salud puede superar la cifra de 40.000.000, que incluye médicos y enfermeras, pero también otros profesionales del sector.

El estudio sobre el talento humano en salud en nuestro país muestra que el 62 % de las instituciones informan disminución de disponibilidad de médicos calificados, además de una tasa de rotación alta: el 13 % para médicos y el 15 % para enfermeras; como causas se invocan los salarios poco competitivos, la migración profesional y los altos niveles de estrés laboral. Las instituciones hospitalarias han realizado un gran esfuerzo para mitigar la situación con programas de bienestar, mejora de condiciones laborales y oportunidades de desarrollo profesional.

Sin embargo, el valioso recurso humano en salud con el que cuenta el país afronta ahora otra grave amenaza por la situación de iliquidez que atraviesa el sector y que pone en peligro no solo las estrategias de mitigación, sino la misma estabilidad laboral, cuando hospitales y clínicas se ven obligados a redimensionar servicios, a atrasar pagos y a posponer o cancelar proyectos.

La situación está llegando a límites que ponen en peligro la propia estabilidad del sistema de salud. El más reciente informe de la Contraloría muestra que las deudas con el sector prestador superan los 32 billones de pesos, dato que concuerda con la última encuesta de la ACHC

que con corte a diciembre del 2024 mostró una cartera de 20,3 billones de pesos con una morosidad del 55,3 % para las 225 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que reportaron para este estudio, que con relación al corte anterior (junio del 2024) muestra un aumento de casi 1 billón de pesos en el monto total de la deuda. Al respecto, el presidente de la República dijo recientemente que la cifra de la Contraloría subestima la situación y que esta podría sobrepasar los 100 billones de pesos.

Desde hace meses la ACHC llama la atención del Gobierno sobre este delicado tema, pero no se ha limitado a señalarlo, sino que de manera constructiva ha presentado propuestas y fórmulas que permitirían inyectar liquidez al sector de manera inmediata, en lo que ha denominado el Plan Extraordinario de Liquidez.

No sobra recordar algunas de las alternativas sugeridas, entre las que se encuentran la posibilidad de hacer desinversión de reservas técnicas de las entidades promotoras de salud (EPS), la constitución de un fondo de garantías, la ampliación de la línea de crédito de Findeter, la habilitación de nuevas operaciones de compra de cartera, la resolución de los problemas operativos con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y la capitalización de las EPS intervenidas, ya que sin financiación no se puede esperar que las intervenciones tengan un efecto positivo real.

La ACHC también ha solicitado que el mecanismo de giro directo se implemente al máximo.

En este sentido, es importante señalar que la circular 015 del Ministerio de Salud y Protección Social corrige elementos que afectaban la distribución de los recursos por este mecanismo; con esta se rompe la mala costumbre de privilegiar en los pagos a la red propia, con lo que se perpetuaba uno de los efectos nocivos de la integración vertical. La circular establece la obligación de acatar las normas de la integración vertical y ordena que en el pago se dé con prelación a la red externa y a las entidades independientes. Está aún pendiente la expedición de la norma que eleve el porcentaje de pago del 80 % al 90 %, y que aclare de forma definitiva que el porcentaje restante debe ser girado en un tiempo determinado para que no se considere, como maliciosamente se ha querido, como un descuento.

No se puede pretender que una crisis tan delicada se solucione con una medida aislada; se requiere acudir a diversos mecanismos y al verdadero compromiso para solucionar una crisis que ya está ocasionando contracción de servicios y afectando a la comunidad. Hospitales y clínicas han demostrado plenamente su compromiso con la salud de los colombianos realizando inmensos esfuerzos y sacrificios para no afectar los servicios; pero como lo había anticipado la ACHC, ese esfuerzo tiene forzosamente un límite en el tiempo en donde se

agota esa capacidad y es necesario comenzar a contraer servicios y la nómina, a suspender todos los apoyos para el desarrollo profesional y el bienestar con el fin de poder ofrecer los servicios esenciales para la población.

A la crítica situación de la cartera se suman nuevos nubarrones que afectan directamente la caja de los hospitales,

como ha alertado la ACHC al solicitar que los hospitales sean exceptuados del anticipo de retención en la fuente decretado recientemente por el Gobierno nacional, ya que las exangües finanzas de hospitales y clínicas no podrán soportar esta nueva carga, que se suma a la entrada en vigor de la reducción de la jornada laboral a 44 horas semanales desde el pasado 15 de julio.

Las finanzas del sector prestador están en el punto en que necesariamente se afectarán

servicios para salvar, hasta donde sea posible, a las instituciones; esta situación impactará también de manera negativa al capital humano que representan los integrantes del personal sanitario, que el país debería proteger, y eso solamente se logrará solucionando la crítica situación actual. Para ello, en cualquier escenario, con o sin reforma a la salud, sin importar el caso se requieren recursos frescos y medidas como las que la ACHC ha sugerido en su Plan Extraordinario de Liquidez, por lo que esperamos que se sigan uniendo más voces que pidan al Gobierno nacional la solución urgente a un problema que afecta gravemente a la sociedad colombiana y compromete su bienestar. ■

No se puede pretender que una crisis tan delicada se solucione con una medida aislada; se requiere acudir a diversos mecanismos y al verdadero compromiso para solucionar una crisis que ya está ocasionando contracción de servicios y afectando a la comunidad.

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 *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 *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 deserción (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 NHA 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 NHA 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), Vaupés (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).

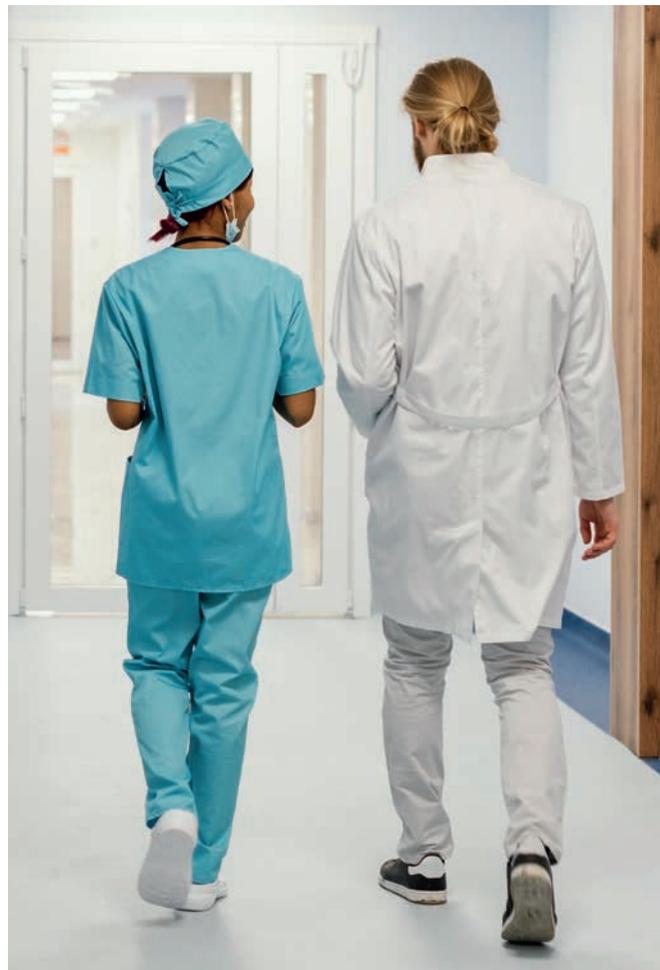
Varios factores contribuyen a esta creciente tendencia de abandono de la profesión. En primer lugar, los programas inflexibles y exigentes son una fuente importante de estrés para el personal de enfermería; en este sentido, la escasa flexibilidad en los horarios laborales puede resultar en turnos agotadores 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,

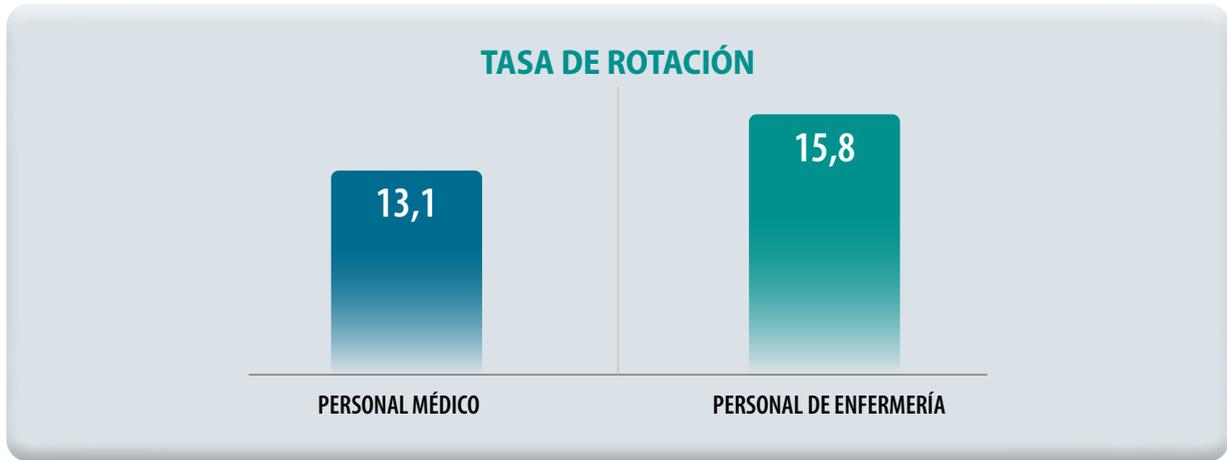
2020), y para médicos se mantienen alrededor del 9 % (General Medical Council, 2019). Estas cifras son comparables a los resultados de la presente encuesta.

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.

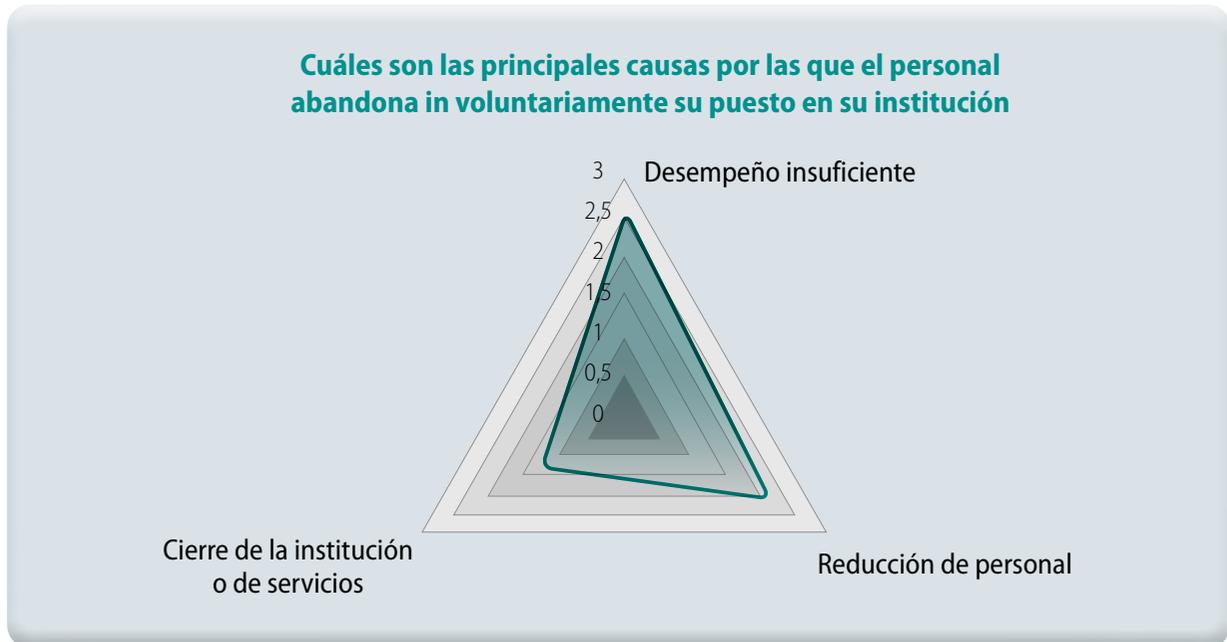
equilibrio trabajo-vida, son determinantes importantes en la intención de rotación de las enfermeras.

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.

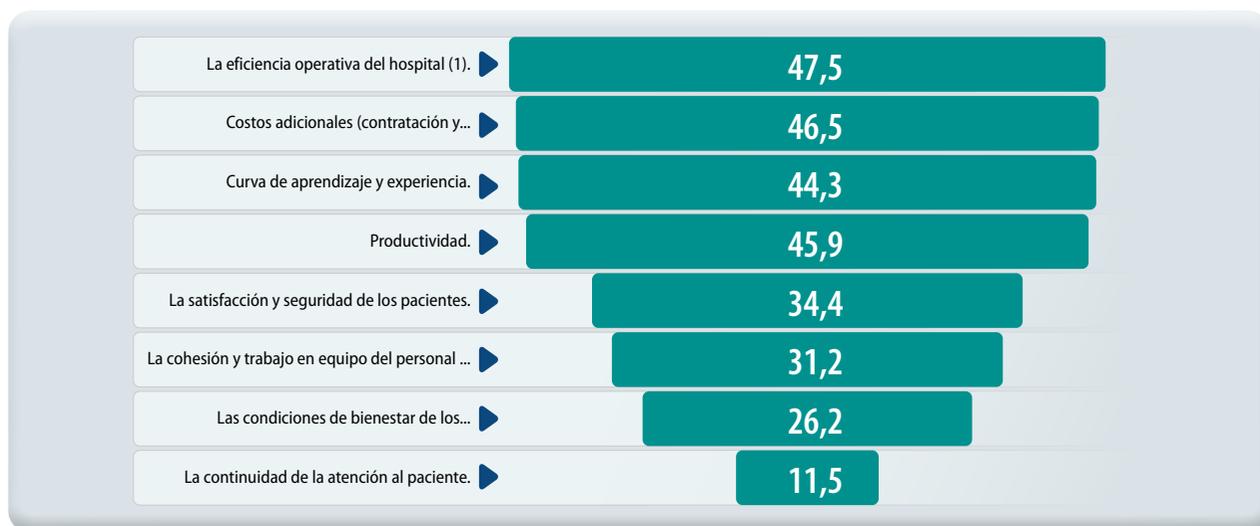
Es notable que la satisfacción y la seguridad de los pacientes (34,4) y la cohesión y el trabajo en equipo del personal de salud (31,2) muestran un impacto moderado, lo que sugiere que estos aspectos, aunque afectados, podrían ser más resilientes a los cambios de personal. Sin embargo, no deben subestimarse, 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
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y redistribución de cargas laborales • Reducción de jornadas laborales • Mejora de la eficiencia en los procesos • Implementación de tiempos protegidos para capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de modelos EFR • Flexibilidad horaria y en turnos • Promoción del equilibrio entre vida personal y laboral
7. Gestión del talento y retención	
<ul style="list-style-type: none"> • 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> 

VIII Foro de Soluciones Exitosas ACHC reafirmó el liderazgo y la capacidad transformadora del sector hospitalario colombiano



▼ Natalia López Delgado, Secretaria de Salud de Medellín, dio la bienvenida a la ciudad a todos los asistentes al foro y destacó la relevancia de este espacio de referenciación.

El VIII Foro de Soluciones Exitosas e Innovación en Salud reunió representantes de entidades de salud de diversas partes del país.

Los pasados 22 y 23 de mayo, el Gran Salón Antioquia del Hotel Intercontinental de Medellín acogió el VIII Foro de Soluciones Exitosas e Innovación en Salud, organizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Durante el evento, destacadas instituciones afiliadas presentaron estrategias y herramientas de vanguardia que han fortalecido su gestión clínica y administrativa, con resultados tangibles e impactos positivos en la atención a los pacientes.

Con la asistencia de más de 500 personas, en un formato de “Silent Experience Room” con dos salas simultáneas, se compartieron 86 casos de éxito presentados por 101 expertos de entidades

públicas y privadas, de diferentes niveles de complejidad. Los casos abordaron temáticas como innovación en salud, modelos de atención, liderazgo, salud mental y bienestar del personal de salud, así como sostenibilidad y medio ambiente, consolidando al Foro como uno de los escenarios académicos de mayor relevancia en el país.

En el acto de apertura, la secretaria de Salud de Medellín, doctora Natalia López Delgado, agradeció a la ACHC por elegir a la ciudad como sede del evento y resaltó la inspiración que representan las experiencias compartidas: “Quiero dar un agradecimiento muy especial a la Asociación por esta iniciativa. A pesar de los momentos difíciles que atravesamos en el sector, la vocación y el amor por servir a nuestros pacientes sigue muy viva en las instituciones que trabajan con compromiso por mantener altos estándares de calidad”.



▼ Juan Carlos Giraldo Valencia, Director General de la ACHC en el acto de apertura del Foro.

Por su parte, el director general de la ACHC, Juan Carlos Giraldo Valencia, hizo un reconocimiento al talento humano de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) por su creatividad y capacidad de adaptación para enfrentar los desafíos de la gestión hospitalaria: “Este encuentro demuestra que existe una institucionalidad sólida, con dinámicas internas orientadas al mejoramiento continuo. Las entidades se adaptan, transforman y aprovechan sus recursos para resolver problemas y generar valor”. Destacó, además, que todas las soluciones que integraron la agenda del Foro demuestran cómo los procesos han evolucionado y hoy son medibles, comparables, eficaces y ejemplares.

Asimismo, hizo un llamado a las autoridades nacionales para crear condiciones que permitan a las IPS seguir cumpliendo su misión: “Desde este gran Foro les decimos a los mandatarios y a la sociedad que el sector prestador continúa cumpliendo su deber. Hacemos más de lo que nos corresponde, y por ello es necesario cuidarlo, reconocerlo y brindarle las condiciones adecuadas para operar”.

Durante el acto de clausura, la presidenta de la Junta Directiva de la ACHC, doctora Doris Sarasty Rodríguez, expresó su satisfacción por dos jornadas intensas de aprendizaje y referenciación, en las que cerca de cincuenta instituciones compartieron sus mejores prácticas: “Hemos



recorrido experiencias que reflejan cómo la calidad, la transformación, la humanización, la seguridad del paciente, el respeto por el medio ambiente y la gestión administrativa y financiera se traducen en indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad. Este mejoramiento continuo nos permite cumplir con la sagrada misión de velar por la salud y el bienestar de los colombianos”, afirmó.

Agregó que, en un entorno complejo y desafiante, las instituciones prestadoras se han convertido en una luz de esperanza para el país: “Así es como se construye país, se transforma cultura y el sector prestador lidera con el ejemplo”, concluyó.

El Foro contó con la participación de directivos y líderes del sector salud de

todo el país, quienes accedieron a estrategias, procesos y herramientas que sus pares han aplicado exitosamente en sus propias entidades y que, con generosidad, compartieron con el resto del sector.

Como documento memoria del evento, la ACHC entregó a los asistentes el 6.º *Banco de Soluciones Exitosas e Innovación en Salud*, un libro que recopila las síntesis de todas las experiencias postuladas para esta edición del Foro. Esta publicación no solo evidencia el compromiso y la capacidad transformadora de las IPS colombianas, sino que se constituye en una valiosa herramienta de consulta y referencia para todos los actores del sistema que buscan fortalecer sus modelos de gestión y avanzar hacia la excelencia operativa y asistencial.





En memoria

Padre Jaime Salazar Londoño, S. J.: una vida al servicio del país, la Iglesia y la salud

Con profundo respeto y gratitud, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y la revista *Hospitalaria* rinden homenaje a la memoria del padre Jaime Salazar Londoño, S. J., quien falleció en Bogotá el pasado 18 de enero, a sus 94 años, tras dedicar más de siete décadas a una vida marcada por el compromiso espiritual, la excelencia administrativa y el servicio incansable para los más necesitados. Su huella en el sector salud colombiano, y especialmente en nuestra Asociación, fue profunda y transformadora.

Nacido en Bogotá el 16 de marzo de 1930 e ingresado a la Compañía de Jesús en 1945, el padre Salazar fue un hombre de formación rigurosa y entrega generosa. Fue ordenado sacerdote en 1961 y, desde entonces, desempeñó numerosos cargos pastorales, académicos y administrativos que reflejan su capacidad de liderazgo, su visión estratégica y su predilección por las causas justas. Entre sus múltiples servicios se destacan su paso por la Pontificia Universidad Javeriana, su rectoría en el Colegio San Luis Gonzaga de Manizales,

su prolongado trabajo como ecónomo provincial de los jesuitas en Colombia y su liderazgo internacional como ecónomo en la Pontificia Universidad Gregoriana de Roma.

En el campo de la salud el padre Jaime Salazar desplegó significativas contribuciones en los diferentes espacios en los que trabajó. Desde 1990 dirigió el Hospital Universitario San Ignacio durante cinco años, y fue en este contexto que se vinculó activamente a la ACHC. En 1991 fue elegido presidente de la junta directiva, cargo que ocupó hasta 1995, y desde el cual lideró un proceso de fortalecimiento gremial que marcó una etapa decisiva en la historia de la Asociación.

Durante su presidencia impulsó una intensa agenda de posicionamiento institucional en los ámbitos nacional e internacional, representando a la ACHC en organizaciones clave como la Federación Latinoamericana de Hospitales y la Organización Iberoamericana de Prestadores Privados de Seguridad Social, de la cual llegó a ser presidente. En un momento crítico para el sistema de salud colombiano, con la implementación de

la Ley 100, el padre Salazar lideró la participación activa de la Asociación en las discusiones sobre el nuevo modelo, defendiendo con firmeza los intereses de los prestadores y promoviendo siempre la calidad, la equidad y el respeto a la vida como principios rectores. Cuando se refería a las satisfacciones que le dejó su trabajo en la ACHC recordaba con orgullo el haber logrado influir en muchos espacios fundamentales del sector, llevando siempre un mensaje de respeto a la vida y calidad en la prestación de servicios de salud.

Gracias a su visión, sensibilidad y poder de convocatoria, logró consolidar alianzas estratégicas con organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Fundación Corona y la Fundación Restrepo Barco, así como con empresas privadas que se convirtieron en los primeros patrocinadores del gremio. Bajo su liderazgo, la ACHC participó en el movimiento latinoamericano por la garantía de calidad en salud y fue pionera en Colombia en el impulso del proceso de acreditación hospitalaria, culminando en 1995 con la publicación del primer *Manual de Garantía de Calidad y Acreditación*.

Por su gestión en el sector salud, el padre Jaime Salazar fue condecorado con la Medalla José del Carmen Acosta y nombrado miembro honorario de la ACHC, de la Organización Iberoamericana de Prestadores Privados de Seguridad Social (OIPPSS) y de la Asociación de Clínicas del Uruguay.

Quienes lo conocieron y trabajaron de cerca en la Compañía de Jesús lo recuerdan como un trabajador incansable, con una voluntad

férrea, una espiritualidad honda y una permanente preocupación por servir hasta el último aliento; como un hombre de convicciones firmes, profundo discernimiento y pasión por el servicio, y como un administrador ejemplar, metódico y visionario, pero sobre todo un sacerdote fiel, un pastor generoso y un compañero de comunidad siempre presente y comprometido.

El padre Nelson Velandia, S. J., narra que el padre Jaime en sus últimos años enfrentó con entereza la fragilidad de la salud y cumplió con una de sus últimas misiones escribiendo con lucidez y dedicación su autobiografía, que tituló *Mi contribución espiritual al desarrollo social de un país*. Este libro, que quedó en proceso de publicación antes de su deceso, pareciera ser el cierre simbólico de una vida plenamente vivida y entregada.

El padre Leonardo Rincón, S. J. en las exequias del padre Jaime destacó: "Su gestión exitosa al frente del Hospital de San Ignacio y el reconocimiento que obtuvo en el sector hospitalario; sus invaluable aportes en la Fundación Social; sus años en la Gregoriana donde logró una renovación administrativa por todos reconocida y estas últimas décadas en Chapinero como rector y administrador donde, me consta también, dejó huella imborrable de su ordenado y muy cuidadoso trabajo. Jaime no podrá ser ignorado en la historia de esta Provincia". Desde la ACHC nos unimos a ese reconocimiento, seguros de que su paso por la Asociación dejó una huella imborrable y sembró parte de las bases de un trabajo gremial que hoy permanece.

Honramos su memoria y damos gracias por su vida, convencidos de que su ejemplo continuará inspirando a nuevas generaciones de líderes hospitalarios. 



La Fundación Santa Fe de Bogotá recibió Acreditación Mundial de Excelencia en Enfermería



La Fundación Santa Fe de Bogotá fue designada oficialmente por el American Nurses Credentialing Center (ANCC) como Hospital Magnet, un reconocimiento de talla internacional que exalta a las organizaciones que demuestran los más altos estándares de calidad en el cuidado de enfermería y que promueven entornos de trabajo profesionales, seguros y transformadores, constituyéndose así en la primera entidad de salud en Colombia y la segunda en Sudamérica en recibir esta acreditación.

Durante más de seis años la Fundación Santa Fe de Bogotá avanzó en un riguroso proceso de adopción de los estándares del modelo Magnet, en el que evolucionó en la consolidación del liderazgo estratégico y clínico del equipo de enfermería, la articulación interdisciplinaria, la aplicación de evidencia científica y el compromiso institucional con el bienestar de las personas.

“La Fundación ha superado los referentes mundiales en infiltración venosa pediátrica, prevención de caídas, prevención de quemaduras en la organización e hipertensión”, afirma David Marshall, presidente de la Comisión Magnet del ANCC.

Este reconocimiento no solo eleva el nombre de la Fundación en el ámbito internacional; también representa un impacto directo y tangible en la experiencia de los pacientes, garantizando cuidado seguro, humano, ético y basado en la evidencia. Ser una organización Magnet destaca especialmente la contribución fundamental del equipo de enfermería al desarrollo de la profesión, al posicionamiento institucional y al logro de los objetivos organizacionales.

“Ser reconocidos como organización Magnet es un hito histórico que reafirma nuestra cultura de calidad interdisciplinaria, el profesionalismo de nuestro equipo de enfermería y nuestro propósito superior: transformar positivamente la salud en Colombia y la región”, afirmó Sandra Cortés, directora de Enfermería de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

La acreditación Magnet se basa en cinco pilares fundamentales: liderazgo transformacional; empoderamiento estructural; práctica profesional ejemplar; generación de nuevo conocimiento, innovación y mejora, y resultados empíricos medibles.

Para poder ser una organización designada como Magnet, la Fundación Santa Fe de Bogotá gestionó dieciocho indicadores de resultados para temas claves como desenlaces clínicos, satisfacción del personal de enfermería, entorno laboral y satisfacción del paciente. Durante ocho trimestres consecutivos estos indicadores se han mantenido en niveles iguales o superiores a un referente internacional, lo que refleja el compromiso con la excelencia en el cuidado y la mejora continua. Solo el 10 % de los hospitales en Estados Unidos y hasta la fecha menos del 1 % de los hospitales fuera de este país han alcanzado dicha distinción, posicionando así a la Fundación Santa Fe de Bogotá entre las organizaciones de salud más destacadas del mundo.



Clínica Colsanitas se une a la transformación circular de residuos hospitalarios en Colombia

En una apuesta por la sostenibilidad y la innovación en el sector salud, la red de Clínica Colsanitas se sumó al programa Vida en Movimiento, una iniciativa pionera en América Latina que transforma bolsas intravenosas posconsumo en nuevos productos como zapatillas, tapetes, mangueras y otros insumos industriales.

Gracias a esta alianza, la clínica ha logrado recuperar 4,6 toneladas de PVC provenientes de bolsas de solución salina usadas en sus sedes de Bogotá, un esfuerzo que ha evitado la emisión de 9,2 toneladas de CO₂ equivalente —el mismo impacto positivo que tendría plantar y cuidar 409 árboles durante un año—.



El programa Vida en Movimiento, liderado por Baxter, Orbia y Waste2Worth, busca construir una cadena de valor sostenible en el sector salud, articulando hospitales, gestores de residuos y aliados de la industria para dar una nueva vida a materiales que tradicionalmente terminaban como desechos. En toda Colombia esta iniciativa ha



“Ver cómo un residuo hospitalario, que en otro contexto sería considerado basura, se convierte en zapatillas listas para usar es una muestra poderosa de lo que podemos lograr cuando unimos innovación”

recolectado más de 285 toneladas de bolsas intravenosas desde el 2021, contribuyendo a evitar la emisión de 570 toneladas de CO₂ y permitiendo que estos materiales sean transformados en compuestos de alta calidad que cumplen con los estándares de la industria.

“Ver cómo un residuo hospitalario, que en otro contexto sería considerado basura, se convierte en zapatillas listas para usar es una muestra poderosa de lo que podemos lograr cuando unimos innovación, compromiso ambiental y colaboración entre sectores. En Clínica Colsanitas entendemos que el cuidado de la salud también implica cuidar el entorno en el que vivimos. Transformar los residuos hospitalarios en productos útiles como estas zapatillas es una forma concreta de construir un mundo más saludable y sostenible para todos”, señaló Paola Rengifo, presidente de Clínica Colsanitas.

Además de su impacto ambiental, la alianza genera un efecto social significativo: más de novecientos colaboradores del sector salud han sido capacitados en segregación de residuos y conceptos de economía circular, mientras que la red de gestores aliados ha recibido formación para fortalecer sus capacidades técnicas y de liderazgo, promoviendo empleos verdes y formales en la gestión de residuos hospitalarios.

El impacto de esta transformación es tangible: cada kilogramo de PVC reciclado evita la emisión de 2 kg de CO₂ equivalente y permite reducir la extracción de recursos vírgenes para nuevos productos. Las zapatillas hechas a partir de estas bolsas además de representar una solución sostenible, también son un símbolo del compromiso por incorporar la circularidad en las operaciones y generar un triple impacto: ambiental, social y económico.



“Este programa nació con el compromiso de demostrar que desde el sector salud también podemos generar modelos sostenibles con impacto real desde el fortalecimiento de sus cadenas de valor. Cada tonelada recuperada representa no solo la mitigación de un impacto ambiental, sino una oportunidad de fortalecer capacidades locales en reciclaje, de generar empleos y en la apropiación real del concepto de la economía circular”, afirma Andrea Cataño, líder del proyecto y directora de Gobierno y Responsabilidad Corporativa de Laboratorios Baxter en América Latina.

A la fecha, Vida en Movimiento cuenta con la participación de 40 IPS privadas y 47 hospitales públicos. Las metas para este año incluyen ampliar la cobertura a 50 IPS privadas adicionales, fortalecer las capacidades de los gestores con una meta de procesamiento de 15 toneladas mensuales cada uno, y mejorar el modelo de aprovechamiento con 200 toneladas posconsumo y 240 toneladas posindustriales provenientes de la planta de Baxter en Cali.

Además, se busca aumentar la cobertura de recolección entre pacientes renales en casa, pasando de un 6 % en el 2024 a un 15 % en el 2025, así como ejecutar el modelo de negocio que permite incorporar el material aprovechado de las bolsas como dotación para instituciones aliadas.



**Agradece
el apoyo de sus
miembros
patrocinadores:**



Lanzamiento del nuevo angiógrafo Philips Azurion 7 B20/15 en DIME:

El primero en Latinoamérica y diseñado para el tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares.



La Clínica Dime, ubicada en Cali, con la adquisición de este angiografo pone al servicio de los pacientes una atención más segura, resolutive y centrada en su bienestar.

DIME Clínica Neurocardiovascular, en su apuesta permanente por la excelencia médica y la innovación tecnológica, anuncia la incorporación del nuevo angiógrafo Philips Azurion 7 B20/15, siendo la tecnología más avanzada en Latinoamérica; Esta plataforma de última generación fortalece el abordaje de patologías neurocardiovasculares con mayor precisión, seguridad y eficiencia clínica.

Este equipo de última generación representa un salto tecnológico sin precedentes en Colombia al ser el primero de este tipo en el país y en Latinoamérica, permitiendo intervenciones más precisas y seguras, con mejores desenlaces clínicos. Así DIME

se consolida como institución pionera y de referencia en terapia endovascular de corazón, cerebro y vascular periférico con tecnología médica de punta.

“Este nuevo angiógrafo no es solo un equipo de última tecnología, es una herramienta que transforma la manera en que cuidamos a nuestros pacientes y nuestro equipo médico” —afirma el Dr. Alejandro Varela, gerente general de la Clínica DIME—. “Gracias a su capacidad de integración y a diferentes softwares avanzados, podemos garantizar procedimientos más seguros, más rápidos y con menor exposición a radiación tanto para el paciente como para nuestro equipo médico. Este equipo marca un antes y un después para nuestra institución y para la medicina en la región y el país.”

Esta tecnología sumada a la experticia de los especialistas de la institución, garantiza tratamientos endovasculares altamente especializados y complejos en eventos cerebrovasculares, aneurismas cerebrales y de aorta, ataques cerebrales, enfermedades arteriales periféricas y procedimientos cardíacos, desde cateterismos hasta problemas complejos de electrofisiología. Su

capacidad de realizar reconstrucciones 3D en tiempo real, reducir tiempos de intervención y facilitar procedimientos híbridos, mejora la seguridad del paciente y eleva el estándar del manejo de estas patologías para en el suroccidente colombiano.

Una herramienta de vanguardia para todas las intervenciones hemodinámicas, especialmente las complejas

Siendo un angiógrafo biplano cuenta con herramientas avanzadas, que permiten al equipo médico controlar múltiples fuentes de imagen desde una misma pantalla. Las capacidades de navegación 2D y 3D fusionadas permiten planear, guiar y evaluar con total precisión, aportando gran nivel de detalle. Además, reduce la dosis de radiación en un 67% para procedimientos coronarios y en un 65% en procedimientos neurológicos, sin comprometer la calidad de imagen frente a otros equipos sin esta tecnología.

“La llegada de este angiógrafo es un avance que fortalece nuestra visión institucional de ofrecer atención médica de alta complejidad, respaldada por tecnología de vanguardia y un equipo humano altamente calificado”, señala la Dra. Carolina Isaza de Lourido, gerente clínica de DIME. “No se trata solo de incorporar un nuevo equipo, sino de abrir la puerta a una medicina más segura, resolutiva y centrada en el bienestar del paciente”.

Más allá de la innovación, esta adquisición tiene un propósito claro: mejorar la calidad de vida de los pacientes. Con procedimientos más seguros, menos invasivos y más precisos, DIME avanza hacia una medicina centrada en el bienestar, la recuperación rápida y la humanización del cuidado.

Este importante avance no habría sido posible sin el respaldo de aliados estratégicos como Philips y el Banco de Occidente, quienes, con su compromiso y confianza, facilitaron las condiciones necesarias para llevar a cabo esta inversión.

La llegada de esta herramienta no solo representa un orgullo institucional sino también un avance en la atención de miles de personas que requieren intervenciones complejas. Este logro impacta directamente a la comunidad caleña y al suroccidente colombiano al reducir barreras de acceso a procedimientos altamente especializados y brindar una esperanza real a los pacientes. Con esta incorporación, DIME reafirma su compromiso de acercar una salud digna, oportuna y de alta calidad a quienes más lo necesitan.

Este importante avance no habría sido posible sin el respaldo de aliados estratégicos como Philips y el Banco de Occidente, quienes, con su compromiso y confianza, facilitaron las condiciones necesarias para llevar a cabo esta inversión. En un contexto desafiante para el sistema de salud, su apoyo ha sido clave para que DIME Clínica Neurocardiovascular continúe fortaleciendo su infraestructura tecnológica, enfocada en las necesidades de nuestros pacientes y el propósito de brindar atención médica de excelencia. 



Banco Mundial: el gasto en salud en América Latina y el Caribe se duplicará en el 2050

Después de la publicación de diversos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que dan cuenta de reducción del gasto público medio en salud en todos los países en los últimos tres años, dos estudios financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) concluyen que el gasto en salud en América Latina y el Caribe se duplicará para el 2050.

El informe sobre el gasto mundial en salud del 2024 de la OMS (2024) mostró que el gasto público medio en salud por persona en todos los grupos de países según su ingreso disminuyó en el 2022 respecto al 2021, después de incrementarse durante los primeros años de la pandemia. En un contexto en el que 4500 millones de personas en todo el mundo no tienen acceso a servicios básicos de salud como los ofrecidos por sistemas de seguridad social y 2000 millones de personas enfrentan dificultades financieras para costear sus gastos de atención en salud, evidencia que los gobiernos resten prioridad al gasto puede tener consecuencias nefastas.

En abril del 2025 la OMS alertó sobre las dificultades en los servicios de salud señaladas por 108 (70 %) de sus oficinas, principalmente en países de ingreso bajo y medio-bajo, derivadas de las suspensiones y reducciones repentinas de la asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud. Muchos países trabajan para aumentar o reasignar la financiación procedente de fuentes internas y externas alternativas para subsanar las deficiencias. Sin embargo, hasta el 24 % de las respuestas de las oficinas de la OMS sugieren que los recortes presupuestarios ya reflejan un aumento de pagos directos y gasto de bolsillo, siendo las personas pobres y vulnerables las más afectadas.

Y en julio del mismo año la OMS propuso la Iniciativa "3 para el 35" para instar a los países a aumentar los precios reales del tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas en al menos un 50 % de aquí al 2035 mediante impuestos para la salud, como medida para frenar las enfermedades crónicas y generar ingresos públicos cruciales. La iniciativa tiene un objetivo ambicioso pero factible: recaudar 1 billón de dólares en los próximos 10 años. Entre el 2012 y el 2022, aproximadamente 140 países aumentaron los impuestos al tabaco y se logró incrementar los precios reales en más del 50 % en promedio, demostrando que un cambio a gran escala es posible.

Duplicación del gasto en salud en América Latina y el Caribe para el 2050

El gasto en salud en la mayoría de los países de la región se duplicará para el 2050, siendo los principales propulsores el crecimiento económico y la tecnología, mientras que el envejecimiento poblacional y la prevalencia de enfermedades tendrán una contribución menor al aumento de dicho gasto. Una proporción cada vez mayor del gasto en salud se destinará a enfermedades no transmisibles (ENT) y a los grupos de mayor edad.

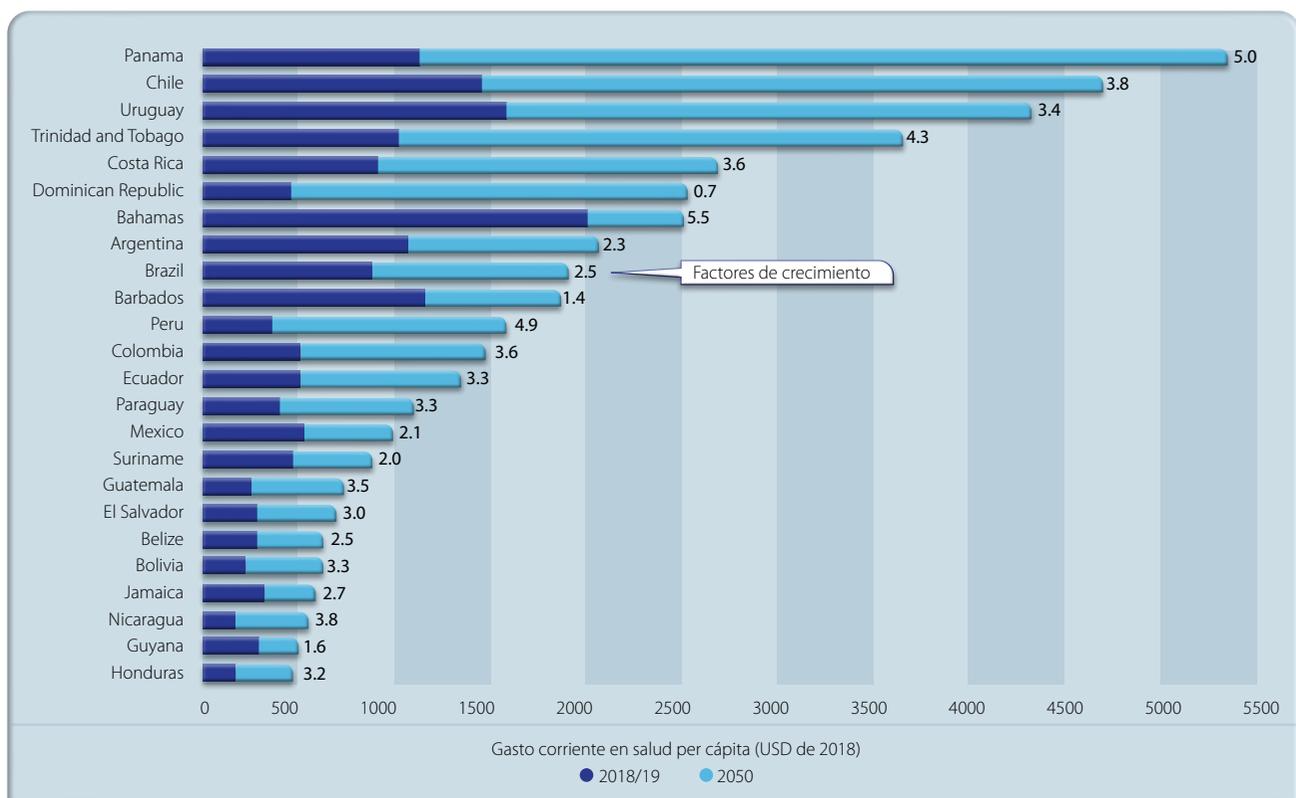
Esta fue la conclusión central del estudio "Gasto futuro en salud y sus determinantes en América Latina y el Caribe: un estudio de proyección multipaís" (Rao *et al.*, 2025), que

pronostica cómo cambiará el gasto actual en salud en los países de la región durante los próximos treinta años e identifica los factores clave de su crecimiento.

Por su parte, los investigadores de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins desarrollaron un modelo

estadístico para pronosticar la Evolución de la Carga de Enfermedad, EHC basándose en la evolución de la carga de enfermedad, el crecimiento económico, la tecnología y la demografía. Se estimó la ECH por edad y grupo de enfermedad al inicio (2018-2019) para los países de la región, basándose en siete países índice (Costa Rica, Perú, México, Argentina, Colombia, Trinidad y Tobago, y Brasil). El gasto al inicio se proyectó hasta el 2050 (figura 1).

Figura 1. Cambio en el gasto per cápita en salud entre 2018-2019 y el 2050



Nota: gasto corriente en salud expresado en dólares del 2018. Las etiquetas indican factores de crecimiento entre el 2030 y el 2050.

Fuente: Rao et al. (2025).

Según el estudio, el hallazgo central afirma que el gasto corriente en salud per cápita en América Latina se multiplicará, en promedio, por 2,75 veces entre 2018-2019 y el 2050. Los países que más verán aumentar su gasto per cápita son Panamá, Perú, Chile y Colombia.

Se identificaron como principales propulsores del aumento del gasto nacional en salud los siguientes factores: el crecimiento económico; el envejecimiento de la población; la

carga de enfermedad y los cambios en los factores de riesgo, en la tecnología y en las prácticas médicas; la inflación general de la economía, la inflación de los precios de la atención sanitaria y los cambios en la financiación y la gestión del sistema de salud.

Por tipo de enfermedad, las que más impulsarán el gasto serán aquellas relacionadas con neoplasias o cáncer, afecciones del sistema circulatorio y genitourinarias, mientras que los gastos relacionados con enfermedades infecciosas y materno-neonatales aumentarán a un ritmo

mucho menor. El crecimiento del gasto será más alto en los grupos de mayor edad.

Proyecciones del gasto actual en salud

Se proyecta que el gasto en salud per cápita aumente en los países de América Latina y el Caribe entre la

línea de base (2018-2019), el 2030 y el 2050 (figura 2). También se muestra el nivel de ese gasto en el periodo 2018-2019. En casi todos los países latinoamericanos hay al menos una duplicación del gasto en salud per cápita entre la línea de base y el 2050, que abarca más de treinta años.

Figura 2. Gasto actual en salud per cápita (USD 2018) en América Latina, 2018-2019*-2050



Fuente: Rao et al. (2025).

La mayoría de los países de la región experimentarán un crecimiento anual del ingreso per cápita en salud de aproximadamente el 3 % o superior. Los gastos en los grupos de mayor edad propiciarán este crecimiento, impulsados a su vez por el aumento del tamaño de estos grupos etarios y el incremento del gasto en salud per cápita en estas categorías de edad.

Los hallazgos indican que el progreso económico y la tecnología son los principales impulsores de los gastos futuros en salud. La demografía y la epidemiología (incluidos el aumento de la población, el envejecimiento y la prevalencia de enfermedades específicas por edad) tuvieron el segundo mayor efecto en el crecimiento en los países de América Latina y el Caribe.

El rápido proceso de envejecimiento en dicha región se debe a una transición demográfica más acelerada en comparación con otras: en el 2022 más de 88 millones

de personas tenían más de 60 años en América Latina y el Caribe (el 13,4 % de la población), cifra que aumentaría al 16,5 % para el 2030. Esto quiere decir que para el 2030 habrá más personas de 60 años o más que menores de 5 años.

Así mismo, del 2020 al 2050 la proporción de personas mayores de 70 años se duplicará en la mayoría de los países de la región: Costa Rica, Trinidad y Tobago, Brasil, Perú y México, y casi se triplicará en Colombia.

Resultados del estudio indican que los siete países del índice gastan mucho más en personas mayores, especialmente en aquellas de 65 años o más, que en grupos de edad más jóvenes. Todos los países del índice, excepto México y Trinidad y Tobago, tuvieron el gasto medio en salud per cápita más alto en la categoría de 85 años o más.

¿Cómo puede prepararse América Latina y el Caribe para el aumento del gasto en salud?

Es imperativo que los gobiernos de los países de la región controlen el gasto en salud y aumenten la eficiencia del sistema de salud, por medio de estrategias probadas. Los gobiernos pueden intentar controlar directamente el gasto en salud mediante negociaciones activas sobre precios entre pagadores y proveedores, la regulación de precios relacionados con medicamentos y diagnósticos y tecnologías más eficientes. Orientar los sistemas de salud hacia la atención primaria en salud puede darles mayor eficiencia al promover la atención preventiva y el tratamiento en centros de atención ambulatoria en lugar de hospitales. Además, implementar mecanismos de pago a proveedores como la capitación o los pagos basados en casos que fomentan un comportamiento más eficiente del proveedor al tiempo que garantizan una atención de calidad y centrada en el paciente, también puede contribuir a una mejor gestión del crecimiento del gasto en salud.

Algunas propuestas incluyen:

- Reformar el financiamiento y la provisión de servicios de salud con estrategias que respondan a los cambios demográficos y al creciente peso de las enfermedades crónicas. Esto implica invertir más en atención primaria, prevención y telesalud. Al mismo tiempo, es clave contener costos: negociar mejores precios de medicamentos y servicios, así como reformar los sistemas de pago a proveedores para premiar la eficiencia y la calidad.
- Gastar mejor, no solo más. Asegurar una buena relación costo-beneficio en salud requiere tomar decisiones informadas sobre qué financiar. Los países deben incorporar criterios de costo-efectividad para seleccionar

tecnologías sanitarias, apoyándose en el uso de herramientas y el diseño de paquetes de beneficios.

- Reducir barreras financieras al acceso. El gasto de bolsillo ya representa una carga para muchos hogares, y podría volverse más pesada si el financiamiento público no crece al mismo ritmo y los hogares financian en última instancia. Se necesita mayor inversión pública y mejor coordinación entre sistemas de salud fragmentados para mejorar la equidad y la protección financiera. También deben fortalecerse los sistemas de información para saber a dónde van los recursos, qué necesita la población y qué políticas funcionan.
- Hacer que los sistemas de salud sean resilientes y sostenibles. La sostenibilidad a largo plazo dependerá de generar espacio fiscal para la salud, gestionar con responsabilidad la adopción de nuevas tecnologías y alinear las reformas con los objetivos de cobertura universal. Estas soluciones técnicas son fundamentales para que los sistemas de salud se mantengan equitativos, resilientes y preparados para el futuro.

Referencias

- Flores, Y. N., Robertson, T., Torres Toledano, M., Jorge Machado, C., López Hernández, A., García Mora, C. A., Maceira, D. ... y Rao, K. D. (2025). The role of demographic and epidemiologic transitions on growing health expenditures in Latin America and the Caribbean: a descriptive study. *The Lancet Regional Health – Américas*, 44, 101070. [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(25\)00080-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(25)00080-8/fulltext)
- Rao, K. D., Robertson, T., Vecino-Ortiz, A. I., Noonan, C. M., López Hernández, A., García-Mora, C. A., Prado, A. M. ... y Maceira, D. (2025). Future health expenditures and its determinants in Latin America and the Caribbean: a multi-country projection study. *The Lancet Regional Health – Américas*, 44, 100781. [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00108-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00108-X/fulltext)
- World Health Organization. (2024). *Global spending on health: emerging from the pandemic*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/379750> 

El límite al trabajo suplementario en el sector salud

Fabiola Alba Muñoz¹

El derecho laboral en Colombia tiene como marco regulatorio la Constitución Política de 1991, los tratados y convenios internacionales suscritos por Colombia, el Código Sustantivo del Trabajo y sus normas complementarias y reglamentarias.

De acuerdo con el artículo 25 de nuestra Constitución Política, “El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas”.

Nuestro derecho laboral se divide en derecho laboral individual, que regula las relaciones entre el empleador y sus trabajadores y el derecho laboral colectivo, que regula las relaciones entre el empleador y los trabajadores reunidos en asociaciones, sean estas sindicales o no.

En cuanto al régimen laboral sustancial, este ha tenido tres reformas importantes: una con la Ley 50 de 1990 que introdujo, entre otros asuntos, un nuevo régimen de cesantías y flexibilización del mercado laboral; la Ley 789 del 2002, con la que se llevaron a cabo cambios en materia de prestaciones laborales, régimen indem-

nizatorio, jornada laboral, regímenes especiales, entre otros, y la reciente Ley 2466 del 2025 que modificó parcialmente normas laborales y adoptó una “reforma laboral para el trabajo decente y digno en Colombia”, que actualiza recargos de jornadas laborales, formalización de modalidades de trabajo, estabilidad contractual, regulación del teletrabajo e inclusión, entre otros aspectos.

Esta reforma estuvo precedida de ingentes debates en el Congreso de la República, y en marzo del 2025 fue archivada en la Comisión Séptima del Senado de la República. Esta decisión fue apelada buscando que la reforma continuara su trámite; el recurso fue estudiado por una comisión especial, de cuyo ejercicio se originó un informe de ponencia que fue votado y aprobado en la Plenaria del Senado de la República. Producto de esto, el proyecto de ley de reforma laboral impulsado por el órgano ejecutivo continuó su trámite y para la discusión del tercer debate llegó a la Comisión Cuarta del Senado de la República.

El 27 de mayo se debatió la ponencia para tercer debate. Fue negada una ponencia alternativa y la Comisión Cuarta decidió discutir la ponencia mayoritaria de 75 artículos, que preservaba en su gran parte lo apro-

¹ Jefe Jurídica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

bado en la Plenaria de la Cámara de Representantes. Finalmente, el 17 de junio se aprobó el proyecto de ley de reforma laboral presentado por el Gobierno nacional con 57 votos a favor y 31 en contra.

Los asuntos de mayor discusión se centraron en la modificación de la jornada nocturna y los recargos dominicales y festivos, así como en las exenciones de estas y otras disposiciones a las micro y medianas empresas, el límite a los contratos a término fijo y modificaciones en el contrato para aprendices del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Por otra parte, no se aprobó la propuesta de trabajo por tiempo parcial o por horas.

Son diversos los cambios introducidos y aún se están realizando análisis por parte de empleadores para establecer su impacto. Algunos de los asuntos destacados se refieren al aumento escalonado del recargo dominical y festivo que en el 2025 será del 80 %, en el 2026 será del 90 % y en el 2027 del 100 %. El recargo nocturno inicia desde las 7:00 p. m. y regirá seis meses después de la expedición de la ley y se mantiene la flexibilidad de la jornada laboral de común acuerdo entre las partes. Para el efecto se eliminó el párrafo del artículo 12, permitiendo excepciones para que empleador y trabajador acuerden la jornada semanal mediante jornadas flexibles de trabajo distribuidas en máximo seis días a la semana con un día de descanso obligatorio, el cual podrá coincidir con el domingo.

Se da carácter laboral al contrato de aprendizaje del SENA con el 75 % de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) en etapa lectiva y una remuneración del 100 % en etapa práctica, así como cotización a salud y pensión, afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), primas y vacaciones. También se

Los asuntos de mayor discusión se centraron en la modificación de la jornada nocturna y los recargos dominicales y festivos, así como en las exenciones de estas y otras disposiciones a las micro y medianas empresas, el límite a los contratos a término fijo y modificaciones en el contrato para aprendices del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

avaló una multa mensual de 1,5 SMMLV por aprendiz no contratado. La vinculación de las madres comunitarias y sustitutas entrará a regir 12 meses después de aprobado el proyecto, y se eliminarán los subsidios de los cuales son beneficiarias cuando se formalicen laboralmente.

Para el sector prestador de servicios de salud existen asuntos que son motivo de especial análisis por la dinámica continua del servicio del que se trata. Uno de ellos es el relacionado con las disposiciones del trabajo suplementario y que, justamente por las particularidades de un servicio que no tiene solución de continuidad, fue exceptuado en la reforma. Al respecto, el artículo 13 de la Ley 2466 del 2025 establece:

*Límite al Trabajo Suplementario. Modifíquese el artículo 22 de la Ley 50 de 1990, el cual quedará así: "ARTÍCULO 22. **Límite al trabajo suplementario.** En ningún caso las horas extras de trabajo, diurnas a nocturnas, podrán exceder de dos (2) horas diarias y doce (12) semanales. **Parágrafo.** Se exceptúa de la aplicación de la presente disposición al sector de seguridad, de conformidad con la Ley 1920 del 2018 y sus decretos reglamentarios, y al **sector salud, conforme a la normatividad vigente.** (Énfasis añadido)*

Conforme a la anterior excepción, vale la pena revisar las disposiciones de la normatividad vigente aplicable como límite al trabajo suplementario del sector salud.

Jornada laboral

Es preciso recordar que la jornada ordinaria máxima de trabajo se entiende como el tiempo máximo que la norma permite que el trabajador pueda laborar al servicio de un empleador.

En el sector público

Para los colaboradores del sector público hay algunos aspectos en materia de régimen laboral y ciertas disposiciones especiales que les son aplicables debido a su condición de empleados públicos.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 33 del Decreto 1042 de 1978, la jornada máxima legal para los empleados públicos nacionales es de 44 horas a la semana. Según lo establecido en el artículo 21 de dicho decreto, se infiere que los empleos de tiempo completo tienen una jornada diaria de 8 horas, jornada que en virtud de la Sentencia C-1063 del 2000 de la Corte Constitucional, se aplica a los empleados públicos territoriales, entre ellos, a los que laboran en entidades prestadoras de servicios de salud.

Para los empleados públicos que cumplen funciones en el campo médico —asistencial en las instituciones prestadoras de servicios de salud—, teniendo en cuenta las disposiciones de la Ley 269 de 1996², la Ley 100 de 1993³ y la nomenclatura y la clasificación de empleos del sector salud, corresponde al que tiene por objeto la prestación directa de servicios médicos, odontológicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, así como

servicios paramédicos y demás, conducentes a conservar o restablecer la salud de los pacientes.

El personal asistencial que preste directamente servicios de salud podrá desempeñar más de un empleo en entidades de derecho público. La jornada de trabajo del personal que cumple funciones de carácter asistencial en las entidades prestadoras de servicios de salud podrá ser máximo de doce horas diarias sin que en la semana exceda de 66 horas, cualquiera sea la modalidad de su vinculación. (Ley 269 de 1996, art. 2) (Énfasis añadido)

Es de anotar que esta jornada máxima diaria (12 horas), aplica para aquellas personas que tengan más de una vinculación con el Estado. Quiere decir lo anterior que, para un profesional de la salud que no tiene más de una vinculación con el Estado, la jornada es de 44 horas a la semana, esto es, la establecida en las resoluciones de nombramiento.

Tal como lo ha descrito en diversos conceptos el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), los profesionales de la salud deben cumplir con las 44 horas a la semana y lo que esté por fuera de ellas, de acuerdo con la Ley 269 de 1996, podrá ser reconocido por medio de otra vinculación con la misma entidad, siempre que no se superen 12 horas diarias de trabajo o 66 semanales⁴.

En el sector privado

Según el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado

² “Por la cual se regula parcialmente el artículo 128 de la Constitución Política, en relación con quienes prestan servicios de salud en las entidades de derecho público”.

³ “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

⁴ Concepto del DAFP, Sector Salud Varias Preguntas, Rad. 3644ER2009.

por la Ley 2101 del 2021, la duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho horas al día, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2101 del 2021 sobre la aplicación gradual, y una jornada máxima de 42 horas a la semana. La jornada máxima semanal puede ser distribuida, de común acuerdo, entre empleador y trabajador/a, de cinco a seis días a la semana, garantizando siempre el día de descanso y sin afectar el salario.

El número de horas de trabajo diario puede distribuirse de manera variable. Si en el horario pactado el trabajador debe laborar en jornada nocturna, tiene derecho al pago del recargo correspondiente.

Al respecto, se establecen las siguientes excepciones:

(a) El empleador y el trabajador o la trabajadora podrán acordar que la jornada semanal de cuarenta y dos (42) horas se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo seis días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo. Así, el número de horas de trabajo diario podrá distribuirse de manera variable durante la respectiva semana, teniendo como mínima cuatro (4) horas continuas y máximo hasta nueve (9) horas diarias sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando el número de horas de trabajo no exceda el promedio de cuarenta y dos (42) horas semanales dentro de la Jornada Ordinaria. De conformidad con el artículo 160 del Código Sustantivo del Trabajo.

(b) En las labores que sean especialmente insalubres o peligrosas, el Gobierno puede ordenar la reducción de la jornada de trabajo de acuerdo con dictámenes al respecto.

El empleador y el trabajador o la trabajadora podrán acordar que la jornada semanal de cuarenta y dos (42) horas se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo seis días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo.

(c) La duración máxima de la jornada laboral de los menores de edad autorizados para trabajar, se sujetará a las siguientes reglas:

1. Los menores de edad entre los 15 y los 17 años, solo podrán trabajar en jornada diurna máxima de seis (6) horas diarias y treinta (30) horas a la semana.

2. Los menores de edad, mayores de diecisiete (17) años, solo podrán trabajar en una jornada máxima de ocho (8) horas diarias y cuarenta (40) horas a la semana.

(d) El empleador y el trabajador o la trabajadora pueden acordar, temporal o indefinidamente, la organización de turnos de trabajo sucesivos, que permitan operar a la empresa o secciones de esta, sin solución de continuidad durante todos los días de la semana, siempre y cuando el respectivo turno no exceda de seis (6) horas al día y treinta y seis (36) a la semana.

En este caso no habrá lugar a recargo nocturno ni al previsto para el trabajo dominical o festivo, pero el trabajador devenga el salario correspondiente a la jornada ordinaria de trabajo, respetando siempre el mínimo legal o convencional y tendrá derecho a un día de descanso remunerado.

Parágrafo 1.º. El empleador no podrá, aun con el consentimiento del trabajador o trabajadora, contratarlo para la ejecución de dos turnos en el mismo día, salvo en labores de supervisión, dirección, confianza o manejo.



Con la última reforma se establece que el trabajo diurno es el que se realiza en el periodo comprendido entre las 6:00 a. m. y las 7:00 p. m. Si el trabajador debe trabajar en jornadas comprendidas entre las 7:00 p. m. y las 6:00 a. m. su trabajo debe remunerarse con un recargo nocturno del 35 % adicional al valor de la hora diurna

Parágrafo 2.º. Los empleadores y las Cajas de Compensación podrán facilitar, promover y gestionar una jornada semestral en la que sus empleados puedan compartir con su familia en un espacio suministrado por aquellas.

Con la última reforma se establece que el trabajo diurno es el que se realiza en el periodo comprendido entre las 6:00 a. m. y las 7:00 p. m. Si el trabajador debe trabajar en jornadas comprendidas entre las 7:00 p. m. y las 6:00 a. m. su trabajo debe remunerarse con un recargo nocturno del 35 % adicional al valor de la hora diurna.

Las horas trabajadas por fuera de la jornada habitual se remuneran como horas extras. Si el trabajo extra se desarrolla dentro de la jornada diurna, cada hora extra se debe pagar con un recargo del 25 %; si, por el contrario, se desarrollan en la jornada nocturna las horas extras se pagan como nocturnas con recargo del 75 %.

Conforme el artículo 159 del Código Sustantivo del Trabajo, el trabajo

suplementario o de horas extras es aquel que "excede de la jornada ordinaria y en todo caso el que excede de la máxima legal".

Es importante tener en cuenta que no es posible compensar en tiempo el trabajo extra desarrollado, porque la norma no lo contempló y porque las horas extras son un elemento del salario y, por tanto, aquel deberá ser tenido en cuenta para el pago de la liquidación de prestaciones sociales.

Ahora bien, en el sector privado, si un empleador desea ampliar dicha jornada, debe tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 166 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 3 del Decreto 13 de 1967 que dispone:

También puede elevarse el límite máximo de horas de trabajo establecido en el artículo 161, en aquellas labores que por razón de su misma naturaleza necesitan ser atendidas sin solución de continuidad, por turnos sucesivos de trabajadores, pero en tales casos, las horas de trabajo no pueden exceder de cincuenta y seis (56) por semana. (Énfasis añadido)

En el marco de la anterior disposición, el artículo 4 del Decreto Reglamentario 995 de 1968⁵, reglamentario de la Ley 73 de 1966 y que fuera incorporado al Código Sustantivo del Trabajo, dispone que

Cuando una empresa considere que determinada actividad suya requiere

⁵ "Por el cual se reglamenta la Ley 73 de 1966, incorporada al Código Sustantivo del Trabajo mediante Decreto número 13 de 1967". Establece disposiciones sobre protección de los trabajadores.

por razón de su misma naturaleza, o sea necesidades técnicas, ser atendida sin ninguna interrupción y deba, por lo tanto, proseguirse los siete (7) días de la semana, comprobará tal hecho ante la dirección regional del trabajo, o en su defecto ante la inspección del trabajo del lugar, para los fines del artículo 166 del Código Sustantivo del Trabajo.

En este sentido, el numeral 2 del artículo 162, modificado por la Ley 2466 del 2025, establece que

2. El empleador deberá llevar un registro del trabajo suplementario de cada trabajador en el que se especifique el nombre, actividad desarrollada y número de horas laboradas con la precisión de si son diurnas o nocturnas.

Este registro podrá realizarse de acuerdo a las necesidades y condiciones propias de su empresa. El empleador está obligado a entregar al trabajador que lo solicite, una relación de las horas extras laboradas, con las mismas especificaciones anteriores. Este registro deberá entregarse junto con el soporte que acredite el correspondiente pago. De igual modo, de ser requerido, estará obligado a aportar ante las autoridades judiciales y administrativas el registro de horas extras; de no hacerlo la autoridad administrativa del trabajo podrá imponer las sanciones a las que haya lugar.

A su vez, el párrafo de este artículo establece que

No se requerirá permiso del Ministerio del Trabajo para laborar horas extras. Sin embargo, cuando se demuestre que el empleador no remunera a sus trabajadores el tiempo suplementario, el Ministerio podrá imponer como sanción que a dicho empleador se le

Aunque para algunos ha surgido la inquietud de que al exceptuar al sector salud de las disposiciones del artículo 22 —trabajo suplementario—, este debe regirse por la normatividad anterior que contempla el trámite del permiso; lo cierto es que, con las modificaciones del artículo 12, no se requerirá permiso del Ministerio del Trabajo.

suspenda la facultad de autorizar que se trabaje tiempo suplementario por el término de seis (6) meses, sin perjuicio de las otras sanciones que disponga la ley. (Énfasis añadido)

Esta disposición elimina las autorizaciones por parte del Ministerio de Trabajo y Protección Social y deja a entera responsabilidad del empleador el registro, el control, el reconocimiento y el pago de ese trabajo extra, so pena de sanciones en caso de no hacerlo como dispone la ley.

Aunque para algunos ha surgido la inquietud de que al exceptuar al sector salud de las disposiciones del artículo 22 —trabajo suplementario—, este debe regirse por la normatividad anterior que contempla el trámite del permiso; lo cierto es que, con las modificaciones del artículo 12, no se requerirá permiso del Ministerio del Trabajo, lo que genera una derogación tácita de las disposiciones normativas que establecían su obligatoriedad. Esta es una condición que, para el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), dada la naturaleza del servicio que prestan, evitará trámites engorrosos y demorados y constituye una decisión en el sentido correcto. Aunque el ministerio de manera verbal ha precisado no requerirse el permiso, ante cualquier duda o dificultad en la práctica, se elevará consulta formal a la entidad. 



Bionexo: 25 años transformando el abastecimiento en salud en América Latina



Bionexo nació en el 2000 en Brasil y Argentina con un sueño claro: transformar el abastecimiento en el sector salud. Desde sus inicios, la compañía se propuso ser el vínculo entre instituciones —clínicas y hospitales— y los proveedores del mercado, facilitando la adquisición de insumos y medicamentos en el momento y la cantidad adecuados, para así garantizar una atención de calidad a los pacientes.

Ese sueño comenzó a materializarse un año después con la incorporación de su primer cliente, el Hospital San Luiz. Desde entonces, la compañía ha recorrido un camino de crecimiento sostenido, consolidándose como una de las principales HealthTech de América Latina.

Con el paso de los años, Bionexo ha desarrollado soluciones tecnológicas diseñadas para optimizar la gestión hospitalaria. En el 2006 lanzó en Brasil Opmenexo, una plataforma enfocada en la adquisición y la gestión de materiales, prótesis y ortesis. Luego, en el 2009 llegó a Colombia y, un año más tarde, a México, expandiendo así su impacto en el ecosistema de la salud en la región. Posteriormente, en el 2012, la firma Insight Venture Partners se convirtió en accionista, impulsando su crecimiento y fortaleciendo su base tecnológica.

La innovación ha sido una constante. En el 2015 se lanzó en Brasil Bioanalytics, una plataforma de inteligencia de mercado basada en *business intelligence* (BI) para apoyar la toma de decisiones estratégicas. En el 2017 llegó Plannexo,

una herramienta diseñada para planificar de forma eficiente la compra de insumos hospitalarios, que considera el historial de consumo, así como variables internas y del mercado. Hoy Plannexo está disponible en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y México, siendo clave en momentos de alta incertidumbre.

En el 2020, en plena pandemia, Bionexo presentó Biotracker, una solución que transformó la trazabilidad de insumos de alto costo que permite un control más preciso del *stock* hospitalario. Un año más tarde, en el 2021, la compañía recibió un aporte estratégico de Bain Capital Tech, convirtiéndose en la primera HealthTech brasileña evaluada en más de 1 billón de reales —más de 700.000 millones de pesos colombianos—. Esta inversión consolidó su liderazgo regional y permitió acelerar el desarrollo de soluciones centradas en la eficiencia, la transparencia y la innovación.

Para reafirmar su compromiso con el ecosistema de salud, Bionexo adquirió en el 2024 Tradimus, una empresa especializada en soluciones de eficiencia financiera para hospitales. Esta integración refuerza su propuesta de valor, ampliando su alcance a áreas clave de la gestión administrativa del sector.

Siempre en sintonía con la evolución del sector, Bionexo presenta ahora Bionexo 360°, una versión mejorada de su plataforma de compras que incorpora funcionalidades avanzadas que agilizan y simplifican el proceso de abastecimiento. Con una experiencia de usuario renovada, Bionexo 360° mejora la trazabilidad, facilita la gestión de insumos y fortalece la toma

de decisiones estratégicas mediante el uso de datos, tecnología y automatización. Se trata de una evolución diseñada para enfrentar los desafíos actuales del sistema de salud y generar valor en cada etapa del proceso.

Además, Plannexo también se fortalece con la integración de inteligencia artificial, llevando la planificación de insumos a un nuevo nivel. Gracias a esta plataforma, es posible anticiparse a la demanda, mantener un *stock* óptimo y evitar tanto el desabastecimiento como el sobreinventario. En un contexto marcado por la incertidumbre, Plannexo permite a las instituciones de salud planificar con mayor precisión, reducir las compras de emergencia y asegurar la disponibilidad de recursos cuando más se necesitan.

En esa misma línea de innovación, se proyecta para Colombia el lanzamiento del Índice de Precios de Medicamentos Hospitalarios (IPMH), una herramienta de referencia ya activa en Brasil y Argentina. El IPMH permitirá a los tomadores de decisiones actuar de manera más estratégica, basándose en datos reales del mercado y contribuyendo a una gestión más transparente y eficiente.

“Bionexo nació en el 2000 con un sueño: transformar el abastecimiento en el sector salud. ¡Y lo hemos logrado! Durante estos veinticinco años hemos evolucionado junto con el mercado, adaptándonos a las nuevas tecnologías y a las necesidades cambiantes de nuestros clientes. Hoy somos más que un proveedor de soluciones; somos un aliado estratégico que acompaña a las instituciones de salud en su camino hacia la excelencia en la gestión de suministros. Gracias a la aplicación de tecnologías de vanguardia como el *Big Data* y la inteligencia artificial, hemos desarrollado herramientas y procesos que simplifican la gestión, optimizan los costos y mejoran la toma de decisiones”, afirma Rodrigo Romero, vicepresidente de Crecimiento de Bionexo.

Este 2025 marca un hito muy especial: ¡Bionexo cumple veinticinco años! Y celebramos este aniversario haciendo lo que mejor sabemos hacer: innovar. Presentamos nuevas soluciones, fortalecemos nuestras plataformas y seguimos impulsando el desarrollo de quienes hacen posible que el sistema de salud funcione. Porque este aniversario también es un reconocimiento a los profesionales, los equipos y las instituciones que, con su labor, impactan directamente en la vida de los pacientes.

Como parte de esta celebración, realizamos una Jornada de Capacitación en Cadena de Abastecimiento, un espacio diseñado para visibilizar y fortalecer esas áreas que, aunque a menudo operan tras bambalinas, son el verdadero *corazón logístico* de una institución de salud. Un corazón que salva vidas, que toma decisiones críticas y que merece contar con herramientas modernas, datos confiables y procesos estratégicos para actuar con agilidad y precisión. Porque una buena gestión de abastecimiento no solo beneficia a los pacientes; también fortalece a toda la institución.

En esta jornada se desarrollaron tres eventos:

- Una *sesión presencial* el 11 de agosto, en la *Cámara de Comercio de Bogotá, sede Chapinero*.
- Dos *sesiones virtuales*, los días 13 y 14 de agosto, abiertas a participantes de todo el país.

Lo anterior se desarrolló en alianza con la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), reforzando nuestro compromiso compartido con la profesionalización, la innovación y la excelencia operativa en el sector salud. Porque celebrar veinticinco años también es agradecer, compartir y seguir construyendo el futuro juntos.

Actualmente, Bionexo opera en Brasil, Argentina, Colombia, México y Ecuador, conectando a más de 4000 *instituciones de salud* —entre hospitales públicos y privados, IPS, obras sociales y centros de diagnóstico— con más de 36.000 *proveedores* de medicamentos e insumos hospitalarios. Su ecosistema digital permite optimizar procesos clave como la planeación, las compras y la trazabilidad, mejorando la eficiencia en la cadena de abastecimiento y, en consecuencia, la atención que reciben los pacientes. 

Sobrevivientes de cáncer infantil en América Latina necesitan mayor acceso a servicios de salud mental



Según la investigación “Sobrevivientes de cáncer infantil en América Latina: perspectivas sobre los resultados de salud y las necesidades de información”, desarrollado por el Consorcio Latinoamericano para el Estudio de la Supervivencia al Cáncer Infantil¹, en este continente existe una brecha crítica en el acceso a servicios de salud mental: aunque más del 60 % de los pacientes reportó síntomas de ansiedad o depresión, y solo 1 de cada 3 recibió atención profesional, principalmente por problemas de acceso médico.

Otro dato alarmante es la falta de información médica disponible para estos sobrevivientes: casi 9 de cada 10 personas encuestadas (88,7 %) señalaron requerir mayor orientación sobre los efectos tardíos del tratamiento. Por

ejemplo, se visibilizó una problemática poco discutida: la infertilidad como efecto tardío del tratamiento oncológico, ya que un 16,9 % de los sobrevivientes reportó haber enfrentado infertilidad, pero muchos de ellos afirmaron haber tenido poca información disponible sobre opciones de preservación de la fertilidad.

El estudio, publicado en *Pediatric Blood & Cancer*, advierte que los sobrevivientes de cáncer infantil enfrentan un mayor riesgo de efectos médicos y psicosociales a largo plazo, que pueden afectar profundamente su calidad de vida. Treinta años después del diagnóstico, casi tres cuartas partes experimentan condiciones de salud crónicas y casi la mitad enfrenta problemas de salud graves. Sin embargo, a pesar de la creciente conciencia sobre el problema, los datos sobre esos efectos tardíos son limitados.

Resultados en estado de salud

Los efectos tardíos más comunes reportados fueron problemas de salud mental (61,2 %, $n = 71$), trastornos endocrinos (58,6 %, $n = 58$), complicaciones cardiovasculares (42,1 %, $n = 51$) y dificultades neurocognitivas/académicas (31,9 %, $n = 37$). De los participantes 5 (3,8 %)

¹ Integrado por expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Hospital Sant Joan de Déu en España, Seattle Children's Hospital y St. Jude Children's Research Hospital en Estados Unidos, Childhood Cancer International LATAM, SLAOP, jóvenes sobrevivientes de la Red de Faros de Vida e investigadores independientes.

reportaron un segundo diagnóstico de cáncer y el 9,1 % ($n = 11$) experimentó dolor crónico. Además, el 52,5 % ($n = 64$) de los sobrevivientes reportó otros efectos tardíos, siendo los problemas dentales los más frecuentes (42,9 %, $n = 54$).

Los efectos tardíos endocrinos más comunes informados fueron la infertilidad (16,9 %, $n = 22$) y la obesidad (14,0 %, $n = 18$). Las participantes femeninas, por su parte, reportaron la amenorrea (25,9 %, $n = 22$) con mayor frecuencia. Un tercio (31,5 %, $n = 41$) no estaba seguro de si la infertilidad era un posible efecto tardío. En cuanto a los problemas cardiovasculares, la taquicardia o las palpitaciones (17,7 %, $n = 23$) y la dislipidemia (16,6 %, $n = 22$) fueron los más frecuentes, y el 9,9 % ($n = 13$) informó no estar seguro de experimentar dolor en el pecho o dificultad para respirar durante el ejercicio. En los dominios neurocognitivos/académicos, se informaron problemas de memoria (22,9 %, $n = 30$) y dificultades de aprendizaje (16,0 %, $n = 21$).

La infertilidad fue prevalente (16,9%), con casi un tercio inseguro de su estado de fertilidad. La ansiedad (51,1 %) y la depresión (31,8 %) fueron los trastornos mentales más comunes. Los hallazgos significativos incluyeron tasas más altas de trastornos endocrinos en mujeres ($p = 0,0018$) y en quienes recibieron radiación ($p = 0,048$), problemas respiratorios en receptores de trasplantes de células madre ($p = 0,026$) y deterioro auditivo en sobrevivientes de un tumor sólido ($p = 0,0031$). Si bien la mayoría se sentía informada sobre su salud, solo un tercio tenía seguimiento médico regular y acceso a atención psicológica. Los sobrevivientes expresaron un fuerte interés en aprender más sobre fertilidad y salud mental, con preferencia por la información digital.

Con respecto a las necesidades de apoyo, el 9,8 % ($n = 13$) reportó sentir “siempre” la necesidad de apoyo para procesar la ansiedad y el miedo al cáncer, el 4,5 % ($n = 6$) “a menudo” y el 11,4 % ($n = 15$) “a veces”.

Resultados en estado psicosocial

En problemas psicosociales el estudio reporta que el 51,1 % ($n = 67$) de los sobrevivientes reportó ansiedad, el 31,8 % ($n = 42$) depresión y el 17,8 % ($n = 23$) trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, el 10,7 % ($n = 14$) y el 11,4 % ($n = 15$) no estaban seguros de experimentar ansiedad o depresión, respectivamente. Una minoría (14,6 %, $n = 19$) siempre temió la recurrencia, el 22,7 % ($n = 30$) siempre experimentó ansiedad durante los chequeos médicos y el 33,3 % ($n = 44$) reportó tener ansiedad siempre o a menudo en sus vidas. El 10,7 % ($n = 14$) declaró tener pensamientos de muerte siempre o con frecuencia. Al combinar las respuestas de siempre, a menudo, a veces y rara vez, un 28,3 % ($n = 37$) declaró experimentar dichos pensamientos.

Con respecto a las necesidades de apoyo, el 9,8 % ($n = 13$) reportó sentir “siempre” la necesidad de apoyo para procesar la ansiedad y el miedo al cáncer, el 4,5 % ($n = 6$) “a menudo” y el 11,4 % ($n = 15$) “a veces”. Sin embargo, solo un tercio (35,7 %, $n = 45$) tuvo acceso a atención psicológica, mientras que el 23 % ($n = 29$) indicó que, si fuera necesaria la atención, esta no sería accesible debido a los costos financieros, la programación, etc. Pese a estos desafíos, el 64,9 % ($n = 85$) reportó estar “siempre” feliz con la vida después del cáncer. A pesar de los altos niveles de educación de los encuestados, el 49,2 % ($n = 61$) señaló dificultades académicas que atribuyeron al tratamiento del cáncer infantil y el 59,7 % ($n = 74$) no recibió apoyo educativo después del tratamiento (tabla 1).

Tabla 1. Preocupaciones psicológicas reportadas por los sobrevivientes de cáncer infantil encuestados en América Latina

Preocupaciones psicológicas	Nunca n (%)	Casi nunca n (%)	A veces n (%)	A menudo n (%)	Siempre n (%)	Total de encuestados n = 135
Tengo miedo de que el cáncer regrese	43 (33,1 %)	46 (35,4 %)	19 (14,6 %)	3 (2,3 %)	19 (14,6 %)	130
Me siento ansioso por mi vida	44 (33,3 %)	24 (18,2 %)	20 (15,2 %)	14 (10,6 %)	30 (22,7 %)	132
Me siento ansioso durante los chequeos médicos de rutina	48 (36,4 %)	34 (25,8 %)	13 (9,8 %)	7 (5,3 %)	30 (22,7 %)	132
Siento que necesito ayuda para procesar mi ansiedad y miedo sobre el cáncer	80 (60,6 %)	18 (13,6 %)	15 (11,4 %)	6 (4,5 %)	13 (9,8 %)	132
Me siento triste o frustrado porque mi vida es diferente a la de los demás debido al cáncer	76 (58 %)	28 (21,4 %)	9 (6,9 %)	5 (3,8 %)	13 (9,9 %)	131
Tengo pensamientos de muerte	94 (71,8 %)	19 (14,5 %)	4 (3,1 %)	5 (3,8 %)	9 (6,9 %)	131
Me siento solo	81 (61,8 %)	21 (16 %)	11 (8,4 %)	5 (3,8 %)	13 (9,9 %)	131
Estoy feliz con mi vida, a pesar de haber tenido cáncer	9 (6,9 %)	7 (5,3 %)	8 (6,1 %)	22 (16,8 %)	85 (64,9 %)	131

Nota: Casi nunca: 2 a 3 veces en 6 meses; A veces: 2 a 3 veces en un mes; A menudo: 2 a 3 veces en una semana.

Fuente: Izurieta-Pacheco et al. (2025).

Información sobre efectos tardíos

El 78 % ($n = 99$) de los sobrevivientes reportó que sus médicos hablaron sobre la necesidad de seguimiento a largo plazo debido a posibles efectos tardíos, ya sea con ellos mismos o con un familiar. Sin embargo, solo un tercio (33,3 %, $n = 42$) contaba con un médico de cabecera para consultas regulares, mientras que el 48,4 % ($n = 61$) reportó ver a su médico con poca frecuencia o solo cuando era necesario. Aproximadamente el 62,5 % ($n = 80$) recibió un resumen del tratamiento con recomendaciones para futuras consultas.

La mayoría de los sobrevivientes afirmaron que estaban bien informados sobre su historial de cáncer (93,5 %, $n = 116$), mientras el 69,6 % ($n = 87$) indicó ser consciente de los posibles efectos tardíos físicos y el 65,6 % ($n = 82$) era consciente de los efectos tardíos emocionales. La mayoría (84 %, $n = 105$) reportó que se les informó sobre los exámenes de seguimiento necesarios. El interés en aprender más sobre los impactos a largo plazo en la salud fue alto: el 88,7 % ($n = 110$) expresó interés

en los efectos sobre la salud física y mental, el 95,1 % ($n = 116$) en la calidad de vida, el 90,2 % ($n = 111$) en la salud mental y el 81 % ($n = 98$) en la fertilidad. Las redes sociales (61,5 %, $n = 83$) fueron la fuente preferida de información sobre salud.

El estudio evidencia que la carga de salud mental en estos pacientes es una preocupación significativa, con muchos participantes que reportaron ansiedad y depresión. Los malos resultados de salud mental se asocian con factores de riesgo como bajos ingresos, sexo femenino, discapacidades físicas y condiciones de salud crónicas. Dadas estas complejidades, los investigadores indican que priorizar la vigilancia de la salud mental para esta población es crucial, reconociendo a estos sobrevivientes como parte del grupo más amplio de poblaciones en riesgo en América Latina que requieren apoyo psicológico enfocado y sostenido.



Los hallazgos también reflejan un acceso limitado a servicios de salud mental en América Latina. Casi la mitad de los encuestados expresó su deseo de recibir apoyo en salud mental, pero solo una minoría tenía acceso a un psicólogo. Esta brecha es coherente con los desafíos en los recursos de salud mental en toda la región, incluidos la financiación insuficiente y la falta de profesionales especializados.

En la cohorte investigada, la infertilidad fue una de las secuelas endocrinas informadas con mayor frecuencia y es ampliamente reconocida en la literatura como una preocupación importante en relación con la calidad de vida de los sobrevivientes en su transición a la adultez. Un tercio de los encuestados no estaba seguro sobre su estado de fertilidad, lo cual evidencia falta de información sobre el tema. Muchos sobrevivientes reciben educación y orientación limitadas sobre los riesgos reproductivos a lo largo de su trayectoria de cáncer; por ejemplo, en el caso de los hombres, a menudo toman conciencia de la posible toxicidad gonadal al llegar a la edad reproductiva. Esta incertidumbre puede contribuir a una angustia psicológica significativa; si bien la mayoría expresó un fuerte interés en aprender más sobre su fertilidad, estas conversaciones pueden ser un desafío para proveedores no capacitados en atención de oncofertilidad: para ser efectivas, deben ser apropiadas según la edad, culturalmente sensibles y adaptadas a necesidades individuales, brindando información crítica de manera accesible y respetuosa. Garantizar la entrega constante de información de supervivencia sigue siendo un desafío crítico en la región.

El acceso a atención médica estaba disponible solo para un tercio de los encuestados. Casi la mitad informó visitas de seguimiento poco frecuentes, lo cual representa una oportunidad perdida para detección temprana y manejo de efectos tardíos, y potencialmente exacerba ries-

Casi la mitad de los encuestados expresó su deseo de recibir apoyo en salud mental, pero solo una minoría tenía acceso a un psicólogo.

gos de salud a largo plazo. La mayoría expresó interés en aprender sobre los impactos duraderos del tratamiento del cáncer en la salud, con un cambio notable hacia la educación sanitaria digital. Investigaciones demuestran que el acceso digital a resúmenes de tratamiento y recomendaciones de seguimiento puede empoderar a los sobrevivientes para asumir un papel activo en su atención.

La investigación fue presentada durante la Reunión Regional de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil (CureAll Américas 2025) —realizada juntamente con el Congreso Latinoamericano de Oncología Pediátrica (SLAOP) y la Asociación Colombiana de Hemato-Oncología Pediátrica (ACHOP)—, en junio pasado en Cali.

La metodología combinó encuestas cuantitativas y entrevistas cualitativas para explorar la salud física, mental y las necesidades informativas de estos pacientes. Se entrevistaron 135 sobrevivientes de cáncer infantil de 16 países latinoamericanos con una edad media de 26,1 años.

El instrumento se basó en la Encuesta de Seguimiento del Estudio de Sobrevivientes de Cáncer Infantil (CCSS) y el Cuestionario de Evaluación de Necesidades del Estudio de Sobrevivientes de Cáncer Infantil (CCSS-NAQ). La encuesta, alojada en REDCap (Captura Electrónica de Datos de Investigación) en el Centro Oncológico Pediátrico de Barcelona del Hospital Sant Joan de Déu, se realizó entre marzo y abril del 2024.

Referencia

Izurieta-Pacheco, A. C., Noyd, D. H., Challinor, J., Rosell, N., Olarte-Sierra, M. F., Bastardo Blanco, D., Zubieta, M., ... y Vásquez Ponce, L. (2025, junio). Sobrevivientes de cáncer infantil en América Latina: Perspectivas sobre los resultados de salud y las necesidades de información. *Pediatric Blood Cancer*, 13:e31833. <https://doi.org/10.1002/pbc.31833>

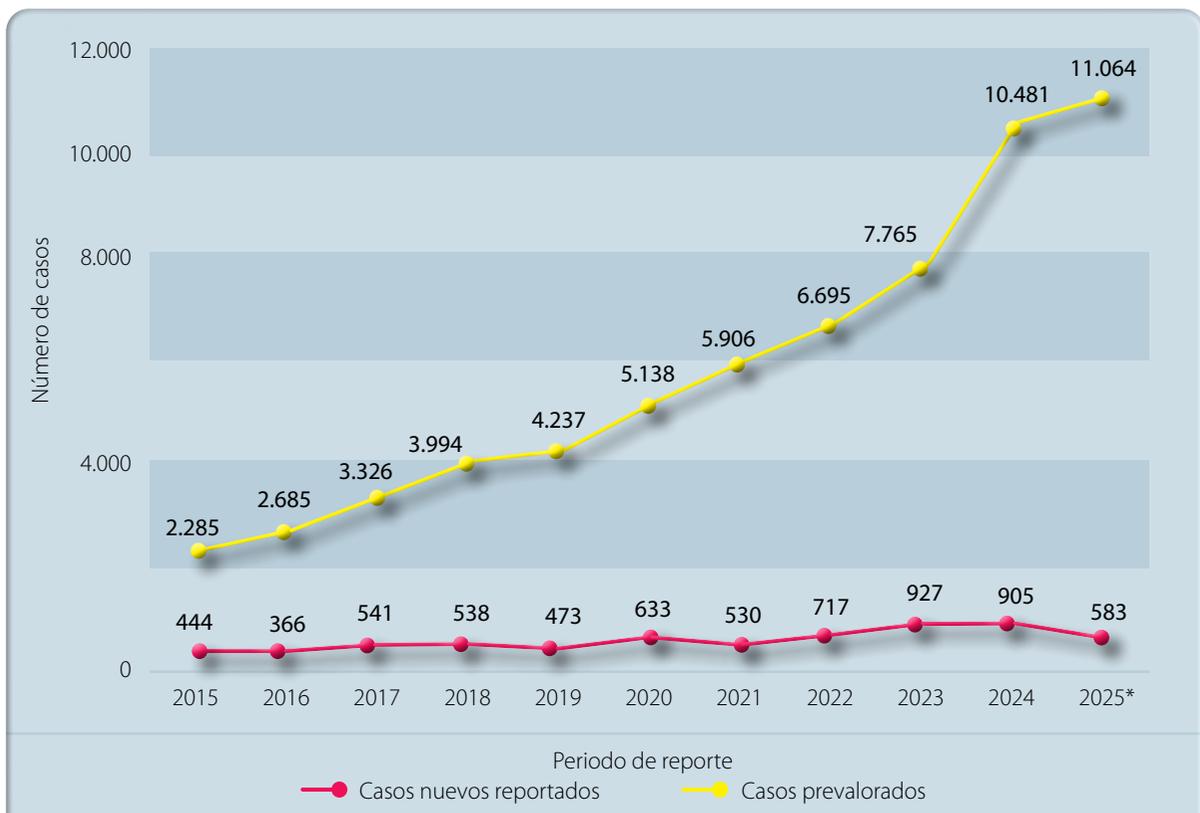
Tendencia de cáncer de piel en Colombia

Si bien en los últimos 5 años (2020-2024) se observó un aumento del 8,7 % en la detección temprana del melanoma cutáneo, desde la Cuenta de Alto Costo (CAC) se hizo un llamado a los actores del sistema de salud para seguir fortaleciendo las rutas de atención, la tamización y la formación del personal médico, con el objetivo de reducir la carga de esta enfermedad y mejorar los desenlaces en salud para todos los colombianos. En el mismo sentido, para fortalecer la prevención, se invitó a toda la población a adoptar hábitos de fotoprotección, acudir a controles dermatológicos regulares y estar atentos a cualquier cambio en la piel.

Según el Observatorio Global de Cáncer (GloboCAN), en el 2022 en términos de prevalencia a 5 años, se estimó 68.367 personas viviendo con melanoma de piel en América Latina y el Caribe, lo que representa el 5,4 % del total mundial.

De acuerdo con datos de la CAC, en Colombia hasta el 31 de diciembre del 2024 se atendieron 11.064 casos de melanoma cutáneo en el sistema de salud (figura 1). El 60,3 % de los diagnósticos corresponden a las mujeres y el 39,5 % de los casos se ubican en la región Central. La mediana de la edad al diagnóstico fue de 65 años.

Figura 1. Tendencia de los casos de melanoma cutáneo en el marco del aseguramiento, Colombia 2015-2025



* Datos preliminares.

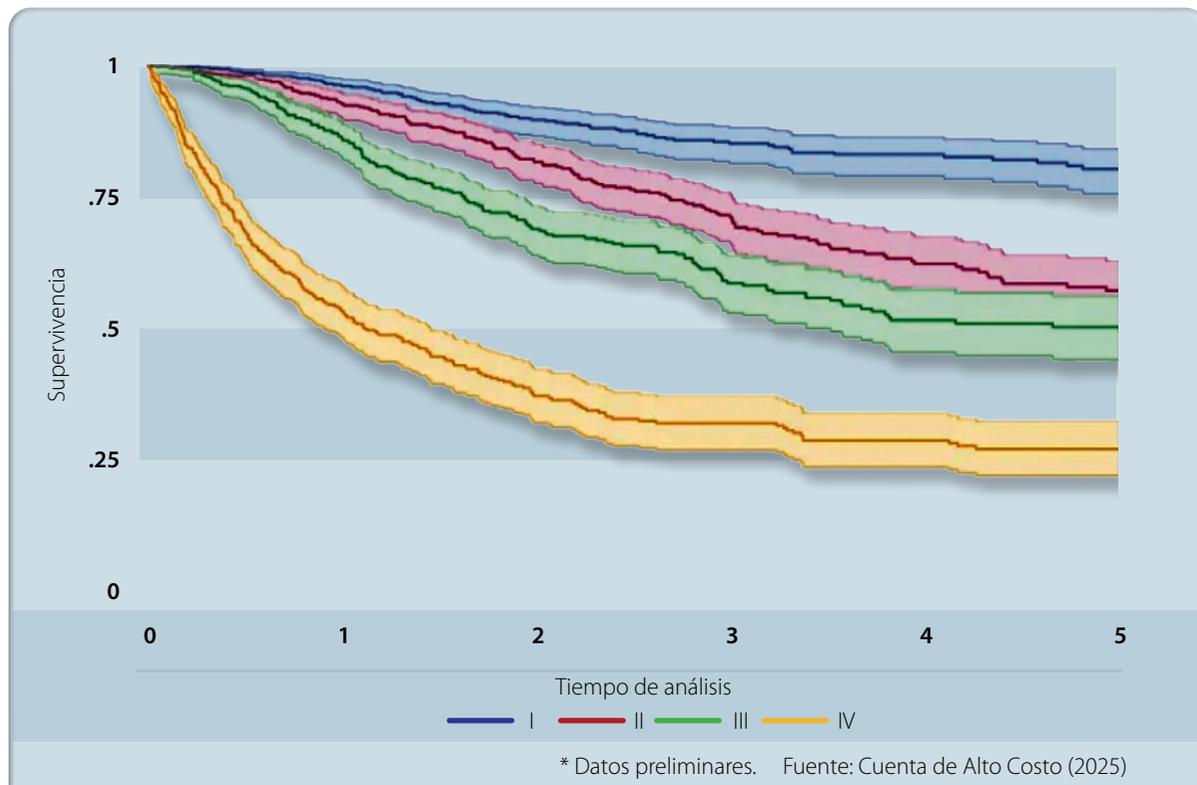
Fuente: Cuenta de Alto Costo (2025).

Durante el periodo 2024, comprendido entre el 2 de enero del 2023 y el 1.º de enero del 2024, el 67,4 % de los casos diagnosticados se identificaron en estadios tempranos (I y II). Aunque la detección temprana sigue siendo un desafío en algunas regiones del país, durante los últimos 5 periodos se observó un

incremento del 8,7 % en comparación con el resultado nacional del periodo 2020.

La supervivencia global a 5 años para el melanoma cutáneo es del 60,9 %. Sin embargo, en los estadios avanzados, especialmente en el estadio IV, menos del 50 % de los pacientes sobreviven a los dos años luego de confirmar el diagnóstico (figura 2).

Figura 2. Curva de supervivencia global a 5 años en el melanoma cutáneo según el estadio al diagnóstico, Colombia 2014-2022



* Datos preliminares.
Fuente: Cuenta de Alto Costo (2025).

Colombia presenta altas tasas de incidencia de melanoma, con importantes variaciones regionales, y la exposición a la radiación UV y la altitud son factores clave en dicha incidencia. Esta fue la conclusión de la investigación “Incidencia y supervivencia de pacientes con melanoma en Colombia” (Oliveros *et al.*, 2025), cuyo objetivo era determinar la incidencia en el país, su asociación con factores ambientales y las tasas de supervivencia a tres años.

En el estudio se explica que el melanoma es la forma más letal de cáncer de piel y resulta

de la proliferación maligna de melanocitos. Representa aproximadamente el 4 % de todos los diagnósticos de cáncer en todo el mundo, con una tasa de mortalidad a tres años de entre el 10 % y el 20 %. En el ámbito mundial las tasas varían dependiendo de la ubicación geográfica, la latitud, la altitud, el fototipo de piel de la población y factores genéticos individuales. En los últimos años, la incidencia del melanoma ha aumentado significativamente, especialmente en poblaciones de fototipo I, debido a una mayor susceptibilidad a la radiación UV —que es el factor más importante—, representando el 80 % de los casos de melanoma diagnosticados.



En el estudio de cohorte retrospectivo con datos del Sistema Integrado de Información de Protección Social (Sispro) del Ministerio de Salud y Protección Social, se incluyeron pacientes con diagnóstico reciente de melanoma en el 2019. Se analizaron las características demográficas, clínicas y de mortalidad, y se calcularon las tasas de incidencia brutas y ajustadas por edad y sexo, la asociación entre la altitud de las poblaciones y las tasas de melanoma, y la supervivencia.

En el 2019 se registraron 5255 casos nuevos de melanoma entre 22.000.000 de personas inscritas en el sistema de seguro de salud. De estos, el 45 % (2412) fueron melanomas *in situ* y el 54 % (2843) fueron melanomas invasivos. El 60 % de los casos fueron mujeres. La incidencia de melanoma aumentó progresivamente con la edad, desde 1,32 casos por 100.000 habitantes en niños menores de 5 años hasta 140.680 casos por 100.000 habitantes en personas mayores de 80 años. Las mujeres tuvieron tasas de incidencia más altas que los hombres en todos los grupos de edad hasta los 75 años, después de lo cual las tasas fueron más altas en los hombres.

En cuanto a la *correlación con la altitud*, los 5255 pacientes fueron tratados en 346 municipios. Se encontró una correlación positiva entre las tasas de melanoma y la altitud de los municipios. Al estratificar por altitud (0-400 m, 401-1200 m, 1201-1800 m y 1801-3000 m), se observó un gradiente creciente en las tasas de melanoma.

Por otra parte, en lo referente a la *supervivencia a tres años*, la mortalidad global durante los tres años de seguimiento fue de 987 casos (18,8 %), mientras que la mortalidad específica por melanoma fue de 368 casos (7 %). La probabilidad de supervivencia a los tres años atribuible al melanoma fue del 94 %, ajustada por variables como comorbilidades, sexo, edad y mortalidad competitiva.

En este estudio, la tasa bruta de melanoma fue de 22 casos por 100.000 habitantes, mientras que la tasa ajustada por edad fue de 21 casos por 100.000 habitantes. No se encontraron diferencias significativas entre las tasas brutas y ajustadas, lo que refleja la similitud en la distribución por edad entre la población colombiana y la mundial.

Las tasas de melanoma en Colombia mostraron amplias variaciones regionales, que oscilaron entre 0,6 y 53 casos por cada 100.000 habitantes. Estas diferencias podrían explicarse por factores como la edad, el sexo, el fototipo y las condiciones ambientales, especialmente la exposición a rayos UV. En comparación con investigaciones previas que reportaron tasas más bajas, este estudio que abarca todo el territorio colombiano y casi el 50 % de la población proporciona una estimación más precisa de la incidencia real. En cuanto a la distribución por sexo, las mujeres presentaron tasas más altas que los hombres en todos los grupos de edad, excepto en los mayores de 75 años.

Colombia se encuentra entre los países con mayor incidencia de melanoma, como cabría esperar dada su ubicación geográfica. La tasa de incidencia aumenta progresivamente a partir de los 60 años, alcanzando 140 casos por cada 100.000 habitantes en los mayores de 80 años.

La altitud fue el factor más asociado con la variación en las tasas de incidencia, con una tasa de 7,7 por 100.000 habitantes en altitudes entre 0 y 400 m, y de 17,52 en municipios entre 1801 y 3000 m. Cabe destacar que no existen estudios previos en el país que demuestren la asociación de este tipo de cáncer con la altitud. Las bajas tasas a menor altitud podrían corresponder a un predominio de los fototipos III y IV en las poblaciones afrodescendientes de las costas del Pacífico y el Caribe.

Referencias

Oliveros, H., Usta Stavoli, J., Proaños, N. J., Amador, J. R. y Reyes, L. F. (2025). Incidencia y supervivencia de pacientes con melanoma en Colombia. *Epidemiología del cáncer*, 96. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2025.102784>

Trabajo infantil en Colombia, un fenómeno que persiste

Mientras en el mundo la problemática del trabajo infantil afecta aproximadamente a 138 millones de niños, en Colombia más de 311.000 menores de edad estuvieron vinculados a actividades laborales en el 2024. Y al ampliar la definición para incluir el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado con una dedicación semanal de 15 horas o más, la cifra asciende a cerca de 850.000 niños que laboran en el país.

Así lo reveló un informe de los microdatos del Módulo de Trabajo Infantil de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), que expone la evolución del fenómeno en Colombia y una caracterización del trabajo infantil por algunas variables de desagregación (sexo, zona, rango etario y territorios), para el periodo 2022-2024.

De acuerdo con el informe, el fenómeno de trabajo infantil en Colombia persiste y afecta a cientos de miles de niños y adolescentes, especialmente a las mujeres, a las niñas y adolescentes mujeres, y a aquellos menores de edad ubicados en la ruralidad.

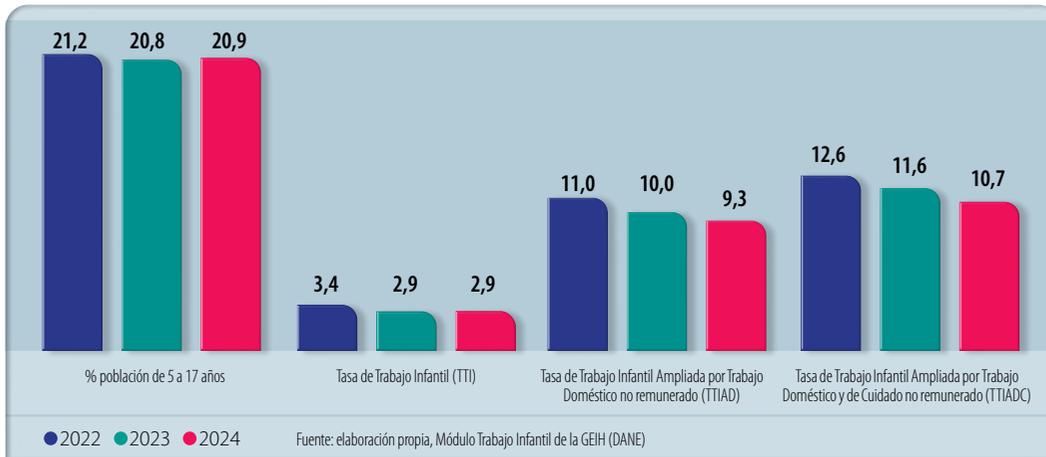
En el 2024, la tasa nacional de trabajo infantil se mantuvo en el 2,9 % (igual que en el 2023, aunque inferior al registro del 2022 que se ubicó en el 3,4 %). En cifras, esto se traduce en

que más de 311.000 niños colombianos estuvieron laborando en el 2024 y que al incluir a aquellos que hicieron el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado de 15 horas o más a la semana, la cifra asciende a unos 850.000 niños y jóvenes que trabajan.

En este aspecto aumenta considerablemente la brecha de género en contra de las mujeres: mientras que en el trabajo infantil un mayor porcentaje de niños y adolescentes hombres trabajan (para el 2024 fue del 3,8 %), en mujeres la participación fue menor e igual al 1,9 %. Pero al considerar actividades de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, la brecha de género se convierte en negativa: por ejemplo, en el 2024 la Tasa de Trabajo Infantil Ampliada por Trabajo Doméstico y de Cuidado no Remunerado (TTIADC) en hombres fue del 8 % y en mujeres del 13,6 %, lo que representa una brecha en contra de las mujeres de 5,6 puntos porcentuales (pp). Por tanto, en el país persisten brechas de género, especialmente en el trabajo doméstico y de cuidado, donde las niñas presentan tasas de participación mucho más altas que los niños.

La figura 1 da cuenta de la TTIADC que mide la relación porcentual entre la población de 5 a 17 años que trabaja, más la que no trabaja y reporta que se dedica al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en su hogar por 15 horas o más a la semana, con respecto a la población total en el mismo rango etario.

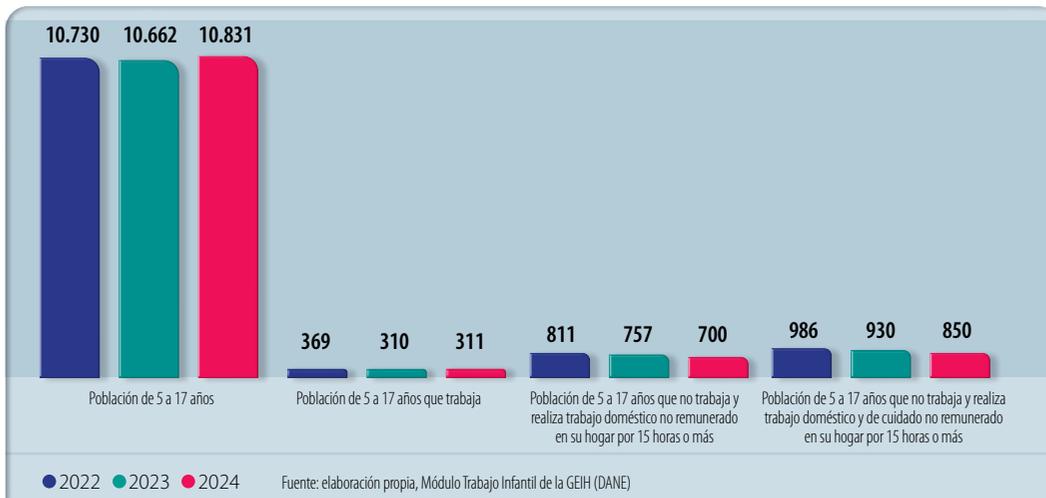
Figura 1. Porcentaje de población de 5-17 años y tasas de trabajo infantil, nacional 2022-2024



Fuente: Módulo de Trabajo Infantil de la GEIH (DANE).

Por su parte, la figura 2 muestra los mismos indicadores, pero en valores absolutos.

Figura 2. Población entre 5-7 años y número de menores en trabajo infantil (cifras en miles), 2022-2024



Fuente: Módulo de Trabajo Infantil de la GEIH (DANE).

Según el rango etario, son los adolescentes (de 15-17 años) quienes más se dedican al trabajo infantil, así como a actividades de trabajo doméstico y cuidado no remunerado que los más jóvenes (niños de 5-14 años). Sin embargo, estas brechas etarias se reducen para el periodo

2022-2024, lo que en principio no es tan positivo considerando que los primeros años de vida son vitales para el crecimiento y el desarrollo cognitivo, socioemocional y pleno de los menores de edad (LEE, 2024) (tabla 1).

Tabla 1. Tasas de trabajo infantil según rango etario y brecha etaria, nacional 2022-2024

Ítem	Rango etario	2022	2023	2024
Tasa de Trabajo Infantil	5 a 14 años	1,3	0,9	1,1
	15 a 17 años	10,3	9,6	8,7
	Brecha etaria	9	8,7	7,6
Tasa de Trabajo Infantil Ampliada por Trabajo Doméstico no remunerado	5 a 14 años	5,8	4,8	5
	15 a 17 años	28,1	26,9	23,3
	Brecha etaria	22,3	22,1	18,3
Tasa de Trabajo Infantil Ampliada por Trabajo Doméstico y de Cuidado no remunerado	5 a 14 años	7,1	6,3	6,1
	15 a 17 años	30,6	29,1	25,6
	Brecha etaria	23,5	22,8	19,5

Fuente: Módulo de Trabajo Infantil de la GEIH (DANE).

Según el informe, el principal determinante del trabajo infantil es que a los menores de edad les gusta trabajar para tener sus propios recursos: en el 2024 esto correspondió al 40,6 %. La segunda razón más importante que motiva a esta población a trabajar es la obligación de participar en la actividad económica de la familia (en el 2024 la partici-

pación por esta razón se ubicó en el 30,4 %). Y el tercer determinante es que deben ayudar con los gastos de la casa y con los gastos de su estudio: en el 2024 su participación porcentual fue del 20,3 %. Con menos importancia está la percepción de que el trabajo los forma, los hace honrados y los aleja de vicios (con una participación del 7,1 % para el 2024) (figura 3).

Figura 3. Determinantes del trabajo infantil, nacional 2022-2024

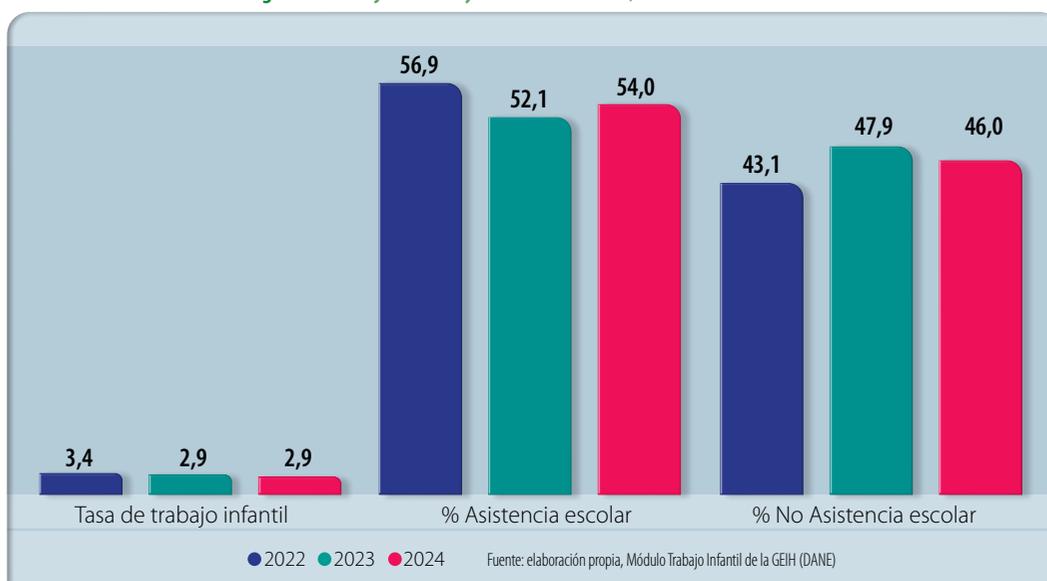


Fuente: Módulo de Trabajo Infantil de la GEIH (DANE).

En el 2023 el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que trabajaron y manifestaron que también estaban estudiando bajó al 52,1 % (en el 2022 era el 56,9 %) y para el 2024 aumentó al 54 %. Es decir, 54 de cada

100 niños y jóvenes en trabajo infantil asisten a colegio y 46 no lo hacen, siendo un fenómeno altamente preocupante por sus efectos a largo plazo que trae consigo la desescolarización de esta población (figura 4).

Figura 4. Trabajo infantil y asistencia escolar, nacional 2022-2024

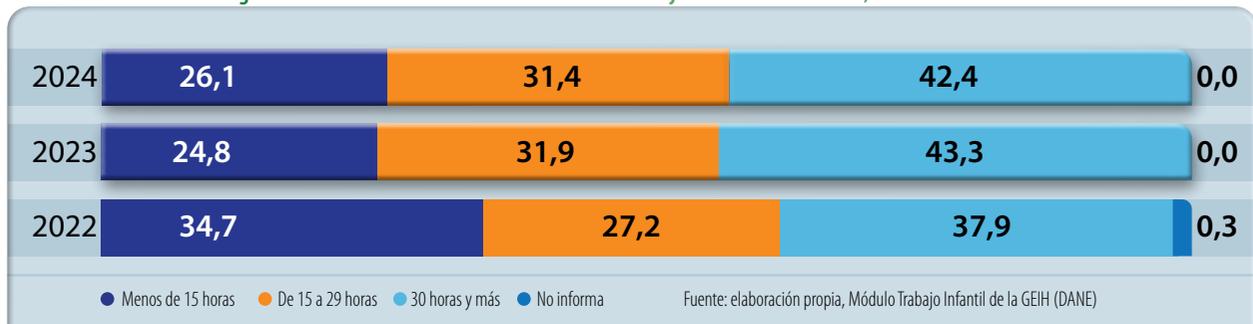


Fuente: Módulo de Trabajo Infantil de la GEIH (DANE).

En promedio, en los últimos 3 años, 4 de cada 10 niños, niñas y adolescentes trabajan 30 horas o más a la semana. Para el 2024, el 42,4 % dedica 30 horas o más, el 31,4 % entre 15 y 29 horas, y el 26,1 % menos de 15

horas. Como en el 2022 la mayor dedicación (30 horas o más a la semana) era del 37,9 %, para el 2024 representó un incremento de 4,5 pp (figura 5).

Figura 5. Distribución del número de horas de trabajo infantil a la semana, nacional 2022-2024



Fuente: Módulo de Trabajo Infantil de la GEIH (DANE).

Por otra parte, según resultados territoriales, en el 2024 la tasa de trabajo infantil en las principales áreas urbanas del país mostró tendencia general a la baja con respecto al 2023 y al 2022, aunque con diferencias notables entre territorios. Por ejemplo, en el agregado de 23 ciudades y áreas metropolitanas, la tasa de trabajo infantil pasó del 1,4 % en el 2023 al 1,1 % en el 2024, lo que representa una reducción de 0,3 pp y de 0,2 pp frente al 2022. Bucaramanga y Villavicencio destacan por las mayores disminuciones, con caídas de 2,7 pp y 0,6 pp, respectivamente. Sin embargo, ciudades como Pasto y Florencia tuvieron aumentos en la tasa, con incrementos de 0,8 y 0,2 pp, respectivamente.

El Trabajo Infantil Ampliado (TTIAD y TTIADC) también presenta una reducción significativa en la mayoría de los territorios. Por ejemplo, en Bogotá el TTIAD disminuyó 2,2 pp y el TTIADC 1,9 pp en el 2024 frente al 2023. No

obstante, capitales como Quibdó (3,8 pp y 3,7 pp, respectivamente) y Pasto (2,8 pp y 2,2 pp, respectivamente) presentaron aumentos considerables en estos indicadores, reflejando que frente a la tendencia nacional positiva persisten desafíos importantes en regiones específicas donde el trabajo infantil sigue siendo un problema relevante y requiere atención focalizada y prioritaria.

En Colombia 2 de cada 10 personas tienen entre 5 y 17 años, lo que equivale a algo más de 10.000.000 de niños y adolescentes. Puesto que el trabajo infantil continúa perpetuando ciclos de pobreza y exclusión social afecta el desarrollo físico, emocional y educativo de los menores de edad involucrados, la reducción de las tasas es un avance, pero el número absoluto de niños y jóvenes afectados sigue siendo preocupante y exige acciones sostenidas y focalizadas.

Referencias

Laboratorio de Economía de la Educación (LEE)-Pontificia Universidad Javeriana. (2025). *Informe 119: Análisis del trabajo infantil en Colombia*. <https://lee.javeriana.edu.co/publicaciones-y-documentos>

Puesto que el trabajo infantil continúa perpetuando ciclos de pobreza y exclusión social afecta el desarrollo físico, emocional y educativo de los menores de edad involucrados.

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

** Importante

* Informativa

1. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

***Ley 2475 (9 de julio)

Por medio de la cual se establece y garantiza el derecho al olvido oncológico en Colombia y se dictan otras disposiciones.

La presente ley tiene por objeto establecer y garantizar el derecho al *olvido oncológico*, con la finalidad de asegurar la inclusión y no discriminación de las personas sobrevivientes de cáncer, bajo los siguientes principios:

- Confidencialidad de la historia clínica: se reafirma el carácter reservado de la historia clínica de los pacientes, en consonancia con el derecho a la intimidad y la protección de datos personales. La divulgación de cualquier información relativa al diagnóstico o tratamiento oncológico queda supeditada al consentimiento expreso del paciente, salvo en los casos taxativamente señalados por la ley.
- Reconocimiento de la doble victimización: se reconoce la doble victimización que enfrentan las personas sobrevivientes de cáncer, manifestada tanto en la duración del tratamiento como una vez superada la enfermedad, lo que implica las secuelas psicológicas, sociales y laborales derivadas de su condición.
- Principio de no discriminación: se prohíbe cualquier forma de discriminación basada en antecedentes oncológicos, especialmente en el acceso a servicios financieros, laborales, educativos y de salud.
- Principio de inclusión social: se promoverán políticas públicas y acciones afirmativas que garanticen la igualdad de oportunidades y la participación de las personas sobrevivientes de cáncer en la sociedad.



2. CORTE CONSTITUCIONAL

***Sentencia SU-277 (26 de junio)

Garantía del derecho al debido proceso administrativo en los procedimientos de intervención y toma de posesión de EPS adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Mediante la presente sentencia, la Corte Constitucional revocó la sentencia del 10 de julio del 2024 proferida por la Corte Suprema de Justicia que había confirmado el fallo del 30 de mayo del 2024 expedido por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D. C, que declaró improcedente la acción de tutela interpuesta por Clínica Colsanitas S. A., Medisanitas S. A. S. Compañía de Medicina Prepagada, Keralty S. A. S, contra la Superintendencia Nacional de Salud.

En el fondo de la decisión, la Sala Plena concluyó que la entidad accionada vulneró el derecho al debido proceso de los accionantes y de EPS Sanitas al expedir la resolución acusada, pues interpretó el artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) sin valorar ni aplicar las órdenes impartidas por la Sala Especial de Seguimiento. En concreto, la Sala sostuvo que la insuficiencia de la unidad de pago por capitación (UPC) y la falta de reconocimiento oportuno y transferencia de los Presupuestos Máximos tiene impacto transversal en los componentes financieros de la EPS intervenida.

Precisó que en este caso se evidenció una omisión absoluta y determinante por parte de la autoridad accionada de cara a considerar, valorar y aplicar los autos proferidos por la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional a la Sentencia T-760 del 2008, cuyas órdenes a la Superintendencia Nacional de Salud guardan íntima relación con las causas en que se sustentó la toma de posesión y, en concreto, en lo que respecta al capital necesario para operar.



A la misma conclusión se llegó con respecto a la Resolución 2024100000003060-6 del 10 de abril del 2024 que corrigió la anterior, y de la Resolución 2025320030001947-6 del 1.º de abril del 2025, toda vez que este acto se limitó a prorrogar la medida dispuesta en la resolución que inicialmente dispuso la toma de posesión de la EPS Sanitas. Así, amparó el derecho fundamental al debido proceso de las entidades mencionadas dejando sin efectos la Resolución 2024160000003002-6 del 2024 que ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de EPS Sanitas, por el término de un año, así como la intervención forzosa para ejercer la administración; la Resolución 2024100000003060-6 del 2024 que la corrigió, y la Resolución 2025320030001947-6 del 2025, mediante la cual se prorrogó dicha medida de intervención por un año, dictadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

****Circular 026 (9 de julio)**

Prohibición de afectación a la continuidad en la prestación del servicio de salud en el departamento de La Guajira, a través de los hospitales móviles o de campaña.

Con la presente circular se prohíbe que cualquier autoridad político-administrativa interrumpa la prestación del servicio de salud que actualmente se materializa en el departamento de La Guajira, especialmente a través de los hospitales de campaña o móviles, so pena de que se inicien por parte de los organismos correspondientes las acciones penales, disciplinarias y fiscales a que haya lugar.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, garantizar que las autoridades administrativas correspondientes no impidan u obstaculicen la prestación de los servicios de salud en los hospitales móviles o de campaña referenciados, y de ser el caso, impondrá las sanciones correspondientes.

*****Resolución 1444 (27 de junio)**

Por la cual se adopta la Política Pública del Talento Humano en Salud.

Mediante la presente resolución se adopta la Política

Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035, la cual hace parte integral del presente acto administrativo, junto con su Documento Marco Orientador, de conformidad con la parte considerativa del presente acto.

La Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035 está dirigida a los trabajadores de la salud, y su objetivo general es fortalecer la gobernabilidad y la gobernanza del talento humano en salud, mediante estrategias de planificación y gestión para la mejora de la disponibilidad, la distribución equitativa, la formación integral acorde con el análisis de la situación de salud de la población, que permitan el desempeño laboral en condiciones de empleo y trabajo digno y decente para la garantía del derecho fundamental a la salud.

****Resolución 914 (15 de mayo)**

Por la cual se adopta el Manual de Requisitos para la Implementación de las Buenas Prácticas de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos y Elementos Reutilizables (DMER).

Por medio de la presente resolución se adopta el Manual de Requisitos para la Implementación de las Buenas Prácticas de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos y Elementos Reutilizables (DMER) que han sido definidos como reutilizables por el fabricante.

Se excluyen los procesos de repotenciamiento, remanufactura y otros procedimientos cuya intención sea restaurar las condiciones y especificaciones de seguridad y rendimiento establecidas por el fabricante del dispositivo original, o cuyo propósito sea modificar el uso, así como los dispositivos médicos de un uso (DMUU). El reprocesamiento de DMER debe ser realizado por todos los prestadores de servicios de salud (PSS) aplicando cada una de las etapas y actividades descritas en el manual adoptado por la presente resolución. Dicho reprocesamiento

se desarrollará en la central de reprocesamiento de una IPS, o en ambientes o áreas adaptadas por los PSS que son exceptuados de contar con central de reprocesamiento de DMER.

Están obligados a contar con central de reprocesamiento de DMER propia los siguientes PSS: (1) los PSS que tienen habilitados servicios del grupo quirúrgico; (2) las IPS con servicios de alta complejidad que requieran DMER reprocesados, y (3) las IPS con convenios de docencia-servicio para la formación, capacitación, entrenamiento y escenario de práctica para el reprocesamiento de DMER; aun cuando presten servicios de mediana y baja complejidad.

Los PSS deben identificar, analizar y evaluar el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) con fundamento en el artículo 10 de la Resolución 1229 del 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

****Resolución 1324 (27 de junio)**

Por la cual se da cumplimiento del Auto 504 del 2025 de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional - Mesa técnica suficiencia UPC.

La presente resolución tiene por objeto establecer el reinicio de la mesa de trabajo de carácter participativo, en cumplimiento de lo dispuesto en el Auto 504 de 2025 de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. La presente resolución define las disposiciones aplicables para su organización y funcionamiento.

La mesa de trabajo tendrá carácter participativo y su objeto consistirá en recibir, analizar y evaluar la información, los insumos y aportes de los participantes del sector salud para la revisión de la suficiencia de la unidad de pago por capitación (UPC) de la vigencia 2024, para lo cual se abordarán los siguientes temas: el rezago

señalado por la Corte Constitucional en el valor de la UPC; la siniestralidad y las variaciones en las frecuencias de uso, el impacto de las inclusiones de la vigencia inmediatamente anterior a la hora de calcular la UPC de la vigencia siguiente o, en su defecto, durante la vigencia en cuestión al momento de efectuar su reajuste; la definición de las variables y ajustadores de riesgo que deben ser tenidos en cuenta para establecer la UPC; la procedencia del reajuste del valor de la UPC del 2024, teniendo en cuenta los resultados del análisis de los puntos anteriores, y los lineamientos o criterios, si a ello hubiere lugar, a partir de los cuales se podrían realizar los ajustes ex post, la forma como se reconocería a las entidades promotoras de salud (EPS) el reajuste de la UPC del 2024, porcentajes y fechas máximas de pago.

****Resolución 1122 (30 de mayo)**

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones.

A través de la presente resolución se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025, una vez aplicada la metodología prevista en la Resolución 2509 del 2012, modificada por la Resolución 2249 del 2018.

Por lo anterior, los saldos de los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) con que cuentan las entidades territoriales, no distribuidos o no ejecutados por estas, se destinarán al financiamiento de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados o que se viabilicen por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

****Resolución 1182 (9 de junio)**

Proceso de asignación de afiliados de la población no indígena e indígena que no hacen parte del territorio CRIC afiliada a la Asociación Indígena del Cauca.

La presente resolución tiene por objeto, en el marco de la ruta de transición hacia el sistema indígena de salud propio e intercultural de que trata el artículo 54 del Decreto Ley 968 del 2024, "por el cual se dictan normas para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) para el Territorio Indígena que



conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC)”, activar el proceso de asignación de afiliados de la población no indígena e indígena que no hace parte del territorio CRIC que está afiliada a la Asociación Indígena del Cauca, Entidad Promotora de Salud Indígena (AIG-EPS-I), identificada con NIT 817.001.773-3, a la(s) EPS o EPS-I receptora(s).

****Circular 022 (6 de junio)**

Instrucciones para el reporte de información casos incidentes de cáncer en Colombia.

De este modo el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera conjunta con el Instituto Nacional de Cancerología y la Superintendencia Nacional de Salud, expidieron la Circular 00000010 del 2 de julio del 2024 en la cual se implementó un plan de choque dirigido a concretar las acciones que garanticen la atención integral del cáncer a través de cinco componentes dirigidos a (1) la organización de la red de servicios en salud, (2) el fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud, (3) el programa de aseguramiento de la calidad, (4) la información, educación y comunicación, y (5) el seguimiento y el monitoreo.

En razón del componente encaminado al seguimiento y monitoreo en el marco del plan de choque previsto en la referida normativa, mediante la presente circular se solicita información específica para identificar las atenciones en salud con respecto a los casos incidentes de todos los tipos de cáncer en el país durante las etapas de diagnóstico, estadificación y tratamiento, con el propósito de orientar las decisiones en materia de política pública en salud dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En consecuencia, las Secretarías de Salud Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, a las EPS, Entidades Adaptadas, entidades que administran planes voluntarios de salud y regímenes especiales y de excepción, deben presentar el reporte de información conforme lo detallado en la presente circular.

*****Circular 025 (10 de junio)**

Medidas para la prevención y el control de fiebre amarilla, dengue y otras arbovirosis.

Mediante la presente circular el Ministerio de Salud y

Protección Social adopta medidas para la prevención y el control de la fiebre amarilla, el dengue y otras arbovirosis durante ferias, fiestas y eventos con aglomeración de público focalizada y afluencia simultánea multiespacial.

En dicho contexto, destacamos las obligaciones para las IPS, así: implementar el monitoreo continuo de la notificación diaria de casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) durante el evento y hasta dos semanas después; las IPS que prestarán atención durante el evento deberán revisar y actualizar su Plan de Emergencia Hospitalaria; las EARS e IPS garantizarán que el 100 % del personal de salud que prestará atención durante el evento esté capacitado en el manejo clínico de casos probables o confirmados; los prestadores de servicios de salud garantizarán la disponibilidad de pruebas diagnósticas para la evaluación de la función hepática, incluyendo Aspartato Aminotransferasa (AST), Alanina Aminotransferasa (ALT) y bilirrubinas, como parte del manejo clínico de casos probables de fiebre amarilla durante el evento; garantizarán la implementación de medidas de aislamiento vectorial para pacientes probables o confirmados de arbovirosis, incluyendo el uso de toldillos no impregnados o el alojamiento en habitaciones protegidas contra vectores durante su estancia en observación o hospitalización, así como fortalecer, dentro de su Plan de Emergencia Hospitalaria, el sistema de referencia y contra-referencia.

*****Decreto 572 (28 de mayo)**

Tarifas de autorretención y bases mínimas para practicar retención en la fuente.

Con el presente decreto el Ministerio de Hacienda y Crédito Público dispone algunas medidas tributarias; entre ellas, eleva la tarifa de autorretención en la fuente para las actividades económicas señaladas en el decreto, con el objetivo de aumentar el recaudo durante

el año gravable 2025, por lo cual se pagará de manera anticipada una parte del impuesto de renta correspondiente al 2026.

Así mismo, los porcentajes de retención por otros ingresos tributarios será del máximo 4,5 % del respectivo pago o abono en cuenta. El presente decreto aplicará a partir del primer día calendario del mes siguiente a su publicación, es decir las nuevas tarifas serán aplicables a partir del 1.º de junio del 2025 y las antiguas serán aplicables hasta el 31 de mayo del 2025.

****Circular 019 (23 de mayo)**

Prohibición de intermediación del usuario para el acceso a los servicios de salud y tecnologías en salud.

De esta manera, las EPS y demás pagadores, IPS y los Proveedores de Tecnologías en Salud, están en la obligación de dar cumplimiento a la eliminación de la autorización de servicios en todos y cada uno de los eventos en salud que a continuación se relacionan: atención de urgencias; atención integral del cáncer infantil; atención del VIH/sida; atención del cáncer de adultos; prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); eventos en salud priorizados de acuerdo con la caracterización poblacional o el análisis de la situación en salud, así como aquellos eventos y condiciones en salud priorizados a través de la política pública.

En ningún caso, en el marco de las relaciones contractuales, ni en los procesos y procedimientos administrativos y operativos para la prestación de servicios de salud y provisión de las tecnologías en salud, deben imponerse cargas administrativas a los usuarios frente a la presentación de órdenes, consecución, trámite o renovación de autorización de servicios ante la entidad responsable de pago y demás pagadores.

*****Decreto 527 (14 de mayo)**

Autorización especial para las EPS del régimen contributivo con afiliados en el régimen subsidiado.

Así, con el presente decreto, se adiciona una autorización especial con reglas específicas que permita a las EPS del régimen contributivo, con afiliados en el régimen subsidiado, continuar garantizando la prestación de los servicios en salud a esta población.

Para lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud actualizará de manera inmediata el certificado de autorización de funcionamiento del régimen contributivo para operar en el régimen subsidiado, a las EPS que a la expedición del presente decreto se encuentren autorizadas en el régimen contributivo y cuenten con afiliados del régimen subsidiado, incluidas aquellas que tengan medida de vigilancia especial o de intervención forzosa administrativa para administrar. El certificado de autorización funcionamiento se expedirá en el ámbito territorial donde la EPS tiene población del régimen subsidiado.

Las EPS con autorización especial, conforme a lo dispuesto en el presente artículo, no estarán obligadas a acreditar capital adicional. No obstante, estas EPS tendrán una limitación de la capacidad de afiliación para realizar nuevas afiliaciones, para aceptar traslados en el régimen subsidiado y recibir afiliados del régimen subsidiado hasta que acrediten el cumplimiento del capital adicional.

****Circular 17 (9 de mayo)**

Implementación de la ruta operativa para la distribución, el suministro y el seguimiento del medicamento antirretroviral para VIH.

Por medio de la presente circular se imparten las directrices para la implementación de la ruta operativa en la cual se incluyen los procedimientos para la distribución, el suministro y el seguimiento a la dispensación del medicamento a los usuarios por parte de las EPS y Entidades Adaptadas o quien haga sus veces, IPS o gestores farmacéuticos, asegurando que llegue de manera oportuna a los siguientes grupos de personas con diagnóstico de VIH mencionados en el artículo 1 de la Resolución 2164 del 2024: personas que viven con VIH que hacen parte de la



población migrante venezolana regular, personas que viven con VIH recién diagnosticadas y personas que viven con VIH con falla virológica.

****Resolución 838 (7 de mayo)**

Comité Institucional para la articulación, la coordinación, el seguimiento y el cumplimiento de la Sentencia T-760 del 2008.

Con la presente resolución se crea el Comité Institucional para la articulación, la coordinación, el seguimiento y el cumplimiento de la Sentencia T-760 del 2008 emitida por la Corte Constitucional, como instancia articuladora de las acciones y medidas que apunten al cumplimiento de los distintos mandatos proferidos en el marco de dicha sentencia. El comité estará integrado por los siguientes funcionarios: (1) el/la viceministro/a de Protección Social, quien lo presidirá; (2) el/la viceministro/a de Salud Pública y Prestación de Servicios; (3) el/la jefe de la Oficina de Calidad; (4) el/la director/a de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, y (5) el/la subdirector/a de Asuntos Normativos.

El Comité Institucional podrá invitar a los servidores públicos y personal del Ministerio de Salud y Protección Social que considere necesarios, atendiendo los asuntos a tratar en la respectiva sesión.

4. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

*****Resolución 2025160000004979-6 (20 de junio)**

Por la cual se crea Mesa de Trabajo en cumplimiento a la orden novena del Auto 007 del 2025, proferido por la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional, Sentencia T-760 del 2008.

A través de la presente resolución, la Superintendencia Nacional de Salud crea la Mesa de Trabajo para analizar las denuncias relacionadas con la información que se reporta para el cálculo de la UPC, las actuaciones desplegadas en ella y los resultados obtenidos conforme lo dispuesto en la orden novena del Auto 007 del 2025, proferido por la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional con ocasión de la valoración de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 del 2008, relativa a la suficiencia de la UPC.

La Mesa de Trabajo estará conformada por la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, la Delegatura para Investigaciones Administrativas y la Dirección Jurídica.

5. SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

*****Resolución 35379 (10 de junio)**

Autorización para negociar conjuntamente entre EPS la adquisición de tecnologías en salud.

De este modo, la Superintendencia de Industria y Comercio autorizó la solicitud de la aplicación del parágrafo único del artículo 1 de la Ley 155 de 1959, de las EPS Sanitas, Asmet Salud, EMSSANAR EPS, Famisanar, Nueva EPS, Savia Salud, EPS S. O. S., Capresoca EPS y Coosalud, esto es, la celebración de un acuerdo para negociar de manera conjunta la adquisición de tecnologías en salud para que, una vez realizada la negociación, cada una de las intervinientes en el acuerdo puedan adquirir y distribuir estas tecnologías.

Dicho acuerdo estará dividido en tres etapas, en las cuales se planea negociar diferentes tipos de medicamentos, dispositivos médicos y alimentos con propósitos médicos, así: primera etapa: medicamentos de alto costo, en sus diferentes presentaciones y concentraciones, los cuales están destinados a tratar enfermedades raras o crónicas graves en pacientes cuyas condiciones de salud requieren tratamientos especiales y prolongados; segunda etapa: dispositivos médicos como pañales desechables en sus diferentes marcas, características y tallas, más Alimentos de Propósito Médico Especial (APME), en sus diferentes marcas, presentaciones o concentraciones, y tercera etapa: medicamentos genéricos o de bajo costo por el alto volumen en su consumo, en sus diferentes presentaciones y concentraciones. **■**



Conoce nuestros Planes Integrales de Salud Sexual y Reproductiva con servicios en:

- Ginecología
- Urología
- Medicina general
- Anticoncepción
- Virus del Papiloma Humano (VPH)

Contamos con:

12 Planes integrales

8 Femeninos

4 Masculinos

**¡Revisa cual es el que
más se adapta a tus
necesidades!**

¡Agenda tu cita!

www.profamilia.org.co
Línea Nacional: 300 912 4560
Chat Emilia: 318 531 0121

Profamilia

60 años
Haciéndolo más Pro

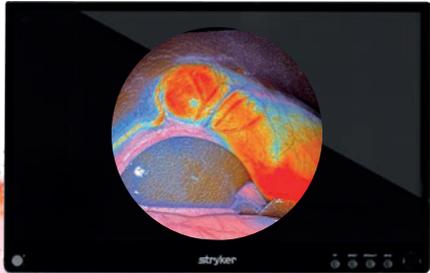


Para mayor información
escanea el código QR

Plataforma de visualización

1788

stryker



Modalidades de imagen



4K WL



IRIS



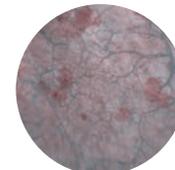
Superposición



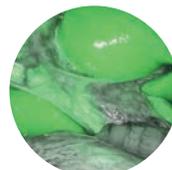
Tone Mode



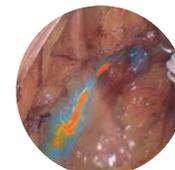
Contraste



CSI



ENV



CSF

INVIMA 2023DM-0026916

Visualización que transforma la cirugía:

Más de un billón de colores, resolución 4K nativa y rango superior para una imagen incomparable.

Diseñada para decisiones críticas:

Modalidades avanzadas de imagen que permiten identificar estructuras anatómicas con mayor nitidez y contraste.

Cirugía guiada por la precisión:

Cada detalle visible mejora la toma de decisiones intraoperatorias y puede impactar directamente en los resultados clínicos.

Este documento es sólo para uso de profesionales de la salud.

Los cirujanos siempre deben usar su juicio clínico profesional para decidir si usan o no un producto en particular en el tratamiento de un paciente. Stryker no ofrece ninguna asesoría médica y recomienda a los cirujanos estar enterados en el uso del producto antes de utilizarlo en cirugía. La información presentada es para demostrar un producto de Stryker. Los cirujanos deben siempre consultar el folleto incluido en el producto, la etiqueta de producto y/o las instrucciones de uso incluyendo las instrucciones de limpieza y esterilización (si aplica) antes de usar cualquier producto Stryker. Es posible que algunos productos no estén disponibles en todos los mercados, ya que la disponibilidad de productos está sujeta a las legislaciones y/o prácticas médicas vigentes en cada mercado. Por favor contacte a su representante de Stryker Local si tiene preguntas sobre la disponibilidad de productos Stryker en su área. Todas las marcas registradas son marcas registradas de sus respectivos propietarios o poseedores.



Calle 116 No. 7-15, Piso 10 Of. 1001
Bogotá, Colombia
C +57 318 612 7989