



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

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

Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org



**Enfermedades emergentes
y reemergentes encienden
de nuevo la alarma mundial**

Referencia y Contrarreferencia

Todo lo que necesita en un solo lugar y 100% digital.



Salud Total EPS-S, pone a disposición de la red de prestadores de servicios de salud la



Oficina Virtual

Q en: www.saludtotal.com.co

► Acceda a los siguiente servicios:

REGISTRAR
REMISIÓN

CONSULTAR
REMISIONES

ACEPTACIÓN
DE REMISIÓN

CONFIRMACIÓN
DE REMISIÓN

MANUAL DE
USUARIO



• Nuestros protegidos estarán informados del trámite en tiempo real brindando confianza y seguridad.

Tu salud no es a medias debe ser *total*



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

EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

COMITÉ EDITORIAL

Roberto Esguerra Gutiérrez, Gloria Arias, Henry Gallardo,
Juan Carlos Giraldo V, Diego Rosselli Cock, Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, 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 ARAQUE (BOGOTÁ)

CLÍNICA VERSALLES S. A. - ANDRÉS CORDOBA 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

Nuevos desafíos frente a las enfermedades emergentes

4 De portada

- Enfermedades emergentes y reemergentes encienden de nuevo la alarma mundial

- Colombia frente al desafío de las enfermedades emergentes: una salud pública con enfoque territorial y participativo

38 Agenda gremial

- ACHC abre convocatoria para el VIII Galardón Nacional Hospital Seguro: un reconocimiento a la excelencia en seguridad del paciente

- ACHC se unió al Día Mundial de la Seguridad del Paciente con foro académico dedicado a la seguridad materno-infantil y pediátrica

42 Notas del sector

- Hospital Infantil Los Ángeles y Fundación Casa Ronald McDonald, unidos por el bienestar de las familias de los niños hospitalizados

- Clínica Universitaria Bolivariana renueva su sello como Hospital Universitario

- Hospitales y clínicas colombianos se consolidan entre los mejores de América Latina en el Ranking Intellat 2025

- Hospitalización domiciliaria para pacientes agudos: una alternativa estratégica ante la saturación hospitalaria

52 Internacional

Australia estrena una ley de atención a mayores con enfoque de derechos y nuevo modelo de atención domiciliaria

56 Nos preguntan

La vigencia del marco normativo de los tiempos de pago de facturas por la prestación de servicios de salud

62 De nuestros Patrocinadores

De iluminar hogares y alfabetizar por radio a transformar la salud con tecnología: Philips cumple 85 años en Colombia

65 De los usuarios

La Corte IDH reconoció el cuidado como un derecho humano autónomo

68 Cifras del sector

Transformación digital en el sector salud: análisis de diez casos de instituciones afiliadas a la ACHC

74 Cifras del país

Siniestralidad laboral en Colombia 2025

76 Glosario

Nuevos desafíos frente a las enfermedades emergentes

En la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, realizada el 14 de mayo del 2025, se presentó el documento desarrollado por el Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias para que los países miembros lo revisen y discutan, a fin de que sea aprobado como un acuerdo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que entrará en vigencia treinta días después de que sesenta de sus Estados miembros lo hayan firmado. La propuesta de elaborar este acuerdo se hizo en la Segunda Asamblea Extraordinaria del 2021, cuando todavía estaba declarada la emergencia sanitaria global debido a la pandemia originada por una enfermedad emergente, la COVID-19.

Las enfermedades emergentes y reemergentes son de carácter infeccioso, que se presentan por alteraciones en condiciones que cambian o reaparecen en algún lugar determinado y se expanden fácilmente a diferentes localidades, regiones o países; cuando alcanzan dimensiones globales, se convierten en pandemia.

Uno de los puntos del acuerdo del Órgano de Negociación Intergubernamental se refiere, precisamente, a la prevención de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes “tomando medidas para promover la colaboración en los distintos sectores pertinentes a fin de determinar y abordar los factores que favorecen las enfermedades infecciosas en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente, con miras a la prevención temprana de pandemias”.

La prevención de enfermedades reemergentes debe hacerse mediante la intervención de los factores asociados al hecho de que una enfermedad infecciosa, ya controlada, aparezca nuevamente en una población y

se restablezca su transmisión. El surgimiento de una enfermedad antes no presente en los humanos se da por alteración en el equilibrio entre humanos y animales, los que siendo portadores de un microorganismo lo transmiten a una persona y, a partir de este primer caso, se difunde ampliamente en la población y se extiende a una región, a un país o globalmente. En ambos casos, un requisito indispensable para la prevención de estas enfermedades es un sistema de información adecuado y sostenible que facilite una vigilancia epidemiológica óptima.

Un buen sistema de información en salud para el seguimiento de una enfermedad emergente tiene un papel fundamental. Con mucha frecuencia es un hospital el que puede desempeñar un rol preponderante porque es allí donde se detectan y diagnostican pacientes con enfermedades que antes no estaban presentes en la comunidad. Esto hace que los hospitales tengan un papel determinante cuando, al recibir los primeros casos, los reporten oportunamente y, así, generen la alerta requerida para que en otros lugares se conozca que puede haber un nuevo microorganismo surgiendo o que está reemergiendo en un lugar donde ya no estaba.

Los determinantes para la emergencia o la reemergencia de una enfermedad pertenecen a sectores diferentes a salud, pero cumplen un papel definitivo en el incremento de la transmisión. Entre ellos se pueden citar infraestructura, medio ambiente, deforestación, cambio climático y migraciones, entre otros. Abordar estos determinantes para la prevención o la disminución

de riesgo requiere un enfoque adecuado, como el de la estrategia de atención primaria en salud que tiene un enfoque participativo, con inclusión de diferentes sectores y con la tecnología apropiada para cada situación.

Para abordar la prevención y el control de enfermedades emergentes y reemergentes se requieren cambios estructurales en el manejo de la salud pública, porque implica la participación multisectorial y de la comunidad o población afectada, lo que no es fácil dada la complejidad requerida. ¿Cómo abordar, por ejemplo, el cambio climático con tantas implicaciones en la salud pública? El calentamiento global es determinante en la emergencia, la reemergencia o los brotes de enfermedades como dengue, malaria, Chikungunya u Oropuche, todas transmitidas por vectores que se han ido adaptando a mayores alturas sobre el nivel del mar porque encuentran mejores condiciones de temperatura. ¿Cómo manejar la minería ilegal que conlleva deforestación para la prevención de malaria o fiebre amarilla? La minería ilegal, estrechamente relacionada con grupos fuera de la ley y que se hace en áreas de conflicto armado, es uno de los factores determinantes en el incremento de casos de malaria en los últimos tres o cuatro años en Colombia.

Otros factores como las migraciones, el comercio de animales salvajes, el uso indiscriminado de antibióticos que genera multirresistencia antimicrobiana y la disminución de coberturas de vacunación son, igualmente, de manejo no solo del sector salud; también involucran otros sectores que, de manera coordinada, deben trabajar para la prevención y el control de enfermedades emergentes.

El concepto de Una Salud, que también está incluido en el documento del Órgano de

Negociación Intergubernamental “es un enfoque en el que se reconoce que la salud de los seres humanos guarda una estrecha vinculación e interdependencia con la salud de los animales domésticos y silvestres, así como de las plantas y del medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas), con el objetivo de lograr un equilibrio sostenible, y en el que se utiliza un planteamiento integrado multisectorial y transdisciplinario de la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias”.

En Colombia el impacto económico y en AVISAS de las enfermedades emergentes es muy importante. La prevención y el control de casos de dengue, malaria, fiebre amarilla, sarampión o Chikungunya, todas ellas enfermedades reemergentes, requieren acciones multisectoriales, con amplia participación de las comunidades afectadas. Entendiendo que se presentan en diferentes áreas geográficas se necesita que, bajo la supervisión y la vigilancia del nivel central, sean las entidades territoriales las que diseñen e implementen las estrategias de salud pública para la prevención y control de las enfermedades emergentes y reemergentes.

Los artículos que se presentan en este número de *Hospitalaria* muestran la evidencia de la situación actual de enfermedades reemergentes en Colombia, como también los esfuerzos que se realizan desde el Instituto Nacional de Salud (INS), al que le corresponde la vigilancia no solo de las enfermedades sino de los determinantes que se deben intervenir en coordinación con el sector al que pertenecen. El país tiene, en materia de salud pública, un reto ante la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyo objetivo es eliminar más de treinta enfermedades y afecciones relacionadas en la región de las Américas para el 2030. Se requiere un compromiso nacional para cumplir con este objetivo, un esfuerzo concertado entre las acciones de salud pública, la prestación de servicios de salud, la investigación, las instituciones educativas que forman el talento humano en salud y, por supuesto, las comunidades y localidades afectadas. 

Enfermedades emergentes y reemergentes encienden de nuevo la alarma mundial



El pequeño e invisible virus que causó la pandemia de la COVID-19 y que puso en jaque a la humanidad entera dejó una importante lección: la supervivencia y la salud de la especie humana dependen hoy más que nunca de una alianza mundial para enfrentar los animáculos responsables de las enfermedades emergentes y reemergentes, porque los agentes patógenos traspasan todas las fronteras para llegar hasta el rincón más apartado del planeta en muy poco tiempo con mucha mayor letalidad.

Tras el fuerte impacto epidémico, sanitario, económico y social de la pandemia de la COVID-19, la prevención, la atención y el control de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes constituyen un

desafío para preservar la salud a escala planetaria de cara al futuro. Además, estas enfermedades contribuyen a la configuración de un nuevo paradigma de salud global que postula una perspectiva transdisciplinar, holística y ecodiacrónica de la salud, que llama a desempeñar un papel estratégico al servicio de la seguridad y el desarrollo humanos y de la sostenibilidad del planeta (Arrizabalaga, 2021).

Joshua Lederberg, nobel de medicina, acuñó en 1992 el término “enfermedades emergentes y reemergentes” para el Institute Of Medicine de Estados Unidos (IOM): “Las enfermedades infecciosas emergentes son enfermedades de origen infeccioso cuya incidencia en humanos ha aumentado en las últimas dos décadas o amenaza con aumentar en el futuro cercano”. Estas se identifican con diversas etiologías: priónica, viral, bacteriana, micótica o parasitaria, en diferentes poblaciones de riesgo, con diferentes vías de transmisión, historia natural y ecoepidemiología.

En otras palabras: la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como emergentes las enfermedades infecciosas nuevas de las que se desconocía que previamente hubieran afectado a los humanos, o que se describen por primera vez o son nuevas



38 AÑOS

Somos una institución con más de **38 años de experiencia** consolidándonos en el puesto No. 15 de las mejores clínica de Colombia, según INTELLAT 2025.

El crecimiento y reconocimiento nos ha permitido **expandir nuestra presencia en diferentes ciudades del país**. Tenemos 19 Unidades de Salud ubicadas en: **Bogotá (sede principal), Medellín, Valledupar, Santa Marta y Pereira.**



UN EQUIPO DE EXCELENCIA

Contamos con los mejores profesionales del sector salud, un equipo comprometido, activo y unido, que día a día trabaja con vocación.



CALIDAD CERTIFICADA

Operar bajo altos estándares de calidad, implementando procesos de mejora continua y garantizando protocolos de seguridad en la atención.

WWW.CPO.COM.CO

Carrera 20 # 23 – 23 sur - Bogotá, Colombia.

@Centropoliclinicodelolaya





Y dado el origen infeccioso de las enfermedades emergentes y reemergentes, el análisis del OIM de esa lucha “darwiniana” entre humanos y microbios señala que estos poseen ventajas formidables.

en zonas donde antes no existían, y aquellas que incrementan su gravedad llegando a epidemias o cambian a nuevos tipos de transmisión aumentando su carácter infeccioso, o que se pueden convertir en una amenaza por su dificultad para combatirlas (resistencia a antibióticos) (Conti, 2001; Kuri-Morales *et al.*, 2015).

Algunos ejemplos recientes son: el virus SARS-CoV-2 que causó la pandemia de la COVID-19 y el del Chikungunya, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), el síndrome pulmonar por hantavirus, la ehrlichiosis humana, la *Escherichia coli* enterohemorrágica (ECEH) 0157 H7 (infección por alimentos contaminados y mal cocidos), *Vibrio cholerae* 0139 (Riveron, 2002) y el virus del Zika (Chan *et al.*, 2016). Muchas de las “nuevas enfermedades” no se deben a agentes patógenos nuevos, sino a condiciones en una población que favorecen su desarrollo de nuevo y pueden convertirse en situación de emergencia, con impacto en la salud pública (Kuri-Morales *et al.*, 2015).

Por su parte, se consideran reemergentes las enfermedades infecciosas ya conocidas que reaparecen tras una disminución significativa de su incidencia, aumentando su incidencia o expandiendo su alcance geográfico (OMS, 1998). Son enfermedades supuestamente controladas, en franco descenso o prácticamente desaparecidas, que bajo ciertas circunstancias contemporáneas vuelven a constituirse en amenaza sanitaria y que con frecuencia reaparecen en proporciones epidémicas. Algunas son: tuberculosis pulmonar, cólera, difteria, fiebre amarilla, sarampión, leishmaniasis visceral, leptospirosis y encefalitis por el virus Nilo Occidental (Danila *et al.*, 1999).

Ledeberg agregó que, en vez de desaparecer, las enfermedades transmisibles “siguen siendo la principal causa de muerte en todo el mundo y no serán superadas durante nuestras vidas... También podemos confiar en que surgirán nuevas enfermedades, aunque es imposible predecir su aparición individual en tiempo y lugar”.

Y dado el origen infeccioso de las enfermedades emergentes y reemergentes, el análisis del OIM de esa lucha “darwiniana” entre humanos y microbios señala que estos poseen ventajas formidables: superan en número a los seres humanos en mil millones de veces, tienen enorme mutabilidad y se replican (estimó Lederberg) mil millones de veces más rápido que el hombre, con generaciones medidas en minutos en lugar de décadas. Es decir, en términos de adaptación evolutiva natural, los microbios están genéticamente favorecidos para ganar la contienda.

Las enfermedades emergentes y reemergentes, así como sus agentes etiológicos, fueron identificadas después de 1960, pero su impacto potencial sobre la salud pública comenzó a llamar la atención hacia 1990, tras la primera década de la aparición del VIH, tiempo en el cual se observaron los efectos devastadores de la nueva enfermedad y reaparecieron enfermedades infecciosas conocidas como tuberculosis, malaria y sífilis, tras haber estado aparentemente bajo control por algún tiempo. Señala Ariza Suárez (2016): “en humanos han identificado 1415 especies de patógenos incluyendo 217 virus y priones, 538 bacterias y rickettsias, 307 hongos, 66 protozoarios y 287 helmintos. De estos, 868 (61 %) son de tipo zoonótico, es decir que pueden ser transmitidos entre humanos y animales, 175 especies son patógenos asociadas con enfermedades consideradas como emergentes” (Taylor *et al.*, 2011) y más del 71 % tienen su origen en la vida silvestre (Taylor *et al.*, 2001; Jones *et al.*, 2008; Cutler *et al.*, 2010).



Vigilado Supersalud

***En cada sede, con cada profesional,
cuidamos lo que más amas.***

En **Virrey Solís IPS** contamos con **más de 100 sedes integradas en red en todo el país**, trabajando juntas para garantizar salud, bienestar y cuidado a millones de familias colombianas.

***Nuestros equipos ponen el corazón en cada atención,
acompañándote con confianza y compromiso en cada
etapa de tu vida.***

Síguenos en:



www.virreysolisips.com

***Calidad, innovación
y bienestar al
servicio de tu salud.***



Según la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) (2024), más del 36 % de las enfermedades zoonóticas emergentes y reemergentes están relacionadas con animales destinados a la alimentación; se calcula que las enfermedades zoonóticas son responsables de 2500 millones de casos de enfermedades humanas; y más del 60 % de las enfermedades humanas existentes y el 75 % de las emergentes y reemergentes son zoonóticas.

Las victorias alcanzadas por campañas biomédicas durante la primera mitad del siglo XX con la ayuda de sueros, vacunas, sulfamidas, antibióticos y plaguicidas contra algunas plagas infecciosas (poliomielitis, tuberculosis, viruela, malaria y enfermedades de transmisión sexual), dispararon el optimismo en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial acerca de la posibilidad, no ya de controlar, sino incluso de erradicar las enfermedades infecciosas del planeta.

Entre 1950 y 1992 existía consenso sobre la victoria en la batalla contra

las enfermedades infecciosas. Pero la experiencia con el VIH en los años ochenta, el regreso del cólera a América en 1991, el brote de peste en India en 1994 y la aparición del ébola en Zaire en 1995 crearon conciencia sobre una nueva vulnerabilidad a las epidemias debido al crecimiento poblacional, la urbanización no planificada, la resistencia a antimicrobianos, la pobreza, los cambios sociales y los rápidos desplazamientos masivos de personas (Snowden, 2008).

Por primera vez en la historia se empezaron a considerar los microbios como amenazas a la seguridad de los Estados y a la estabilidad del orden internacional; por primera vez, se clasificaron las enfermedades infecciosas como “amenaza no tradicional” a la seguridad nacional y global. Por tanto, se asumió la tarea de prever el futuro y el desafío que representarían estas enfermedades.

Según la OMS (2020), existen 20 causas principales de muerte prematura en el mundo, de las cuales la mitad de ellas son enfermedades de etiología infecciosa, siendo responsables del 70 % de estas muertes en países en vías de desarrollo. Son la tercera causa de muerte prematura en el mundo. También según la OMS, del total de 56,4 millones de defunciones en el mundo en el 2016, cuatro grupos de enfermedades transmisibles estaban entre las 10 principales causas de muerte, con 6,8 millones de las defunciones: infecciones de vías respiratorias inferiores (3 millones), enfermedades diarreicas (1,4 millón), tuberculosis (1,3 millón) y VIH/



sida (1,1 millón). En conjunto, fueron la tercera de las causas principales de muerte tras la cardiopatía isquémica y los accidentes cardiovasculares, que sumaron 15,2 millones de defunciones (OMS, 2018).

Vale anotar que en el siglo XXI la OMS ha declarado ocho Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII): la pandemia de gripe H1N1 del 2009, la poliomielitis del 2014, el brote de ébola en África occidental del 2014, la epidemia del virus Zika en el periodo 2015-2016, la epidemia de ébola Kivu entre 2018-2019, la pandemia de la COVID-19 en el 2020, el brote de MPOX del 2022 al 2023 y la epidemia de MPOX del 2024. Según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del 2005, los Estados tienen el deber legal de responder con prontitud a una ESPII.

Factores impulsores de enfermedades emergentes y reemergentes

Entre las causas o riesgos asociados a la presencia de enfermedades emergentes y reemergentes se han identificado factores antropogénicos, ambientales, comportamentales, demográficos y biológicos. La emergencia o reemergencia de las enfermedades infecciosas responde a un complejo proceso en donde interactúan numerosos factores, como los determinantes sociales de la salud, el cambio climático y las condiciones que prevalecen y se identifican en una población (Kuri- Morales *et al.*, 2005).

Los cambios en el uso de la tierra y el agua, el comercio de fauna silvestre, la producción intensiva y el cambio climático desempeñan un papel fundamental como impulsores de la transmisión de patógenos al aumentar las tasas de contacto entre especies silvestres y domésticas y humanos. Por su parte, la urbanización y la globalización exacerbaron los alcances de

Entre las causas o riesgos asociados a la presencia de enfermedades emergentes y reemergentes se han identificado factores antropogénicos, ambientales, comportamentales, demográficos y biológicos.

los brotes, facilitando la propagación de enfermedades infecciosas por redes comerciales y la movilidad humana (Orozco, 2024).

Propuestas para enfrentar las enfermedades emergentes y reemergentes

Desde principios del siglo XXI se consolidó el concepto de “Una sola salud” (*One Health*), que define algo claro hace más de un siglo: la salud de las personas, los animales y el medioambiente está estrechamente interrelacionada y es interdependiente. Este concepto es un enfoque de colaboración interdisciplinar: el objetivo es que la medicina, la medicina veterinaria, las ciencias ambientales, la entomología y otras disciplinas trabajen de manera conjunta en favor de una salud global. La colaboración multidisciplinar en todos los niveles es clave para combatir estas enfermedades. Adoptar el enfoque “Una sola salud” para la prevención de futuros brotes y la vigilancia epidemiológica y la preparación para futuras emergencias sanitarias son fundamentales para mitigar los impactos de estas enfermedades. Es imperativo preservar una salud global para protegernos de enfermedades zoonóticas, emergentes y reemergentes (Ferrara Romeo, 2024).

La OMSA (2024) recalca que las enfermedades zoonóticas emergentes y reemergentes pueden tener consecuencias económicas desastrosas, amenazar la seguridad sanitaria mundial y contribuir a la inseguridad alimentaria, y que se necesitan entre 22.000 y 31.000 millones de dólares anuales para aplicar medidas de prevención en todo el mundo y reducir los riesgos de salto de animales a humanos. Indica que los



costos de prevención de brotes son mucho más bajos que los de su control. La prevención aporta beneficios como reducción de la morbilidad y la mortalidad de animales y humanos, reducción de probabilidad de una pandemia y otros beneficios económicos y sociales; por ejemplo, disminuir la deforestación (factor impulsor) baja las emisiones de gases de efecto invernadero y genera 4000 millones de dólares en beneficios sociales al año.

Para Ariza Suárez (2016), las perspectivas para el siglo XXI dependerán de la capacidad de generar, integrar, disseminar y aplicar el conocimiento sobre las enfermedades y su epidemiología en el entorno actual. La capacidad mundial de monitorizar estos problemas es bastante deficitaria y cada vez se dispone menos de una adecuada coordinación nacional y entre países para detectar y contener estos problemas, por lo que es importante fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica y de prevención. Aunque hay grandes avances en cuanto a técnicas diagnósticas y de vigilancia, tratamientos y vacunas, las amenazas siguen latentes.

Es importante recalcar que una persona puede iniciar un brote que puede propagarse velozmente a ciudades

y países distantes. Ante el desafío global que plantean las enfermedades emergentes y reemergentes, debe reconocerse que ningún grupo de afecciones tiene mayor impacto que las enfermedades infecciosas y que siguen constituyendo la principal preocupación en materia de salud pública.

Otro aspecto por destacar es la seguridad de los profesionales de salud. Los brotes por SARS-CoV, MERS-CoV y EBOV, donde profesionales de la salud fueron gravemente afectados, mostraron que ese punto crítico debe mejorarse, pues si no están protegidos, no podrán ayudar a los enfermos.

Ya existe conciencia de que es cuestión de tiempo el inicio de una próxima pandemia. No sabemos cuándo, dónde ni cómo, pero ocurrirá en algún momento. La COVID-19 demostró que aún quedan lecciones por aprender y dejó abierta una pregunta: ¿estamos preparados para prevenir y responder a tiempo frente a la emergencia y la reemergencia de nuevos virus que amenazan la salud mundial?

Panorama actual de enfermedades reemergentes

Estamos frente a un escenario donde la reemergencia no es un fenómeno aislado, sino un patrón que pone a prueba la preparación de los países y la capacidad de respuesta colectiva. La combinación de baja cobertura de vacunación, mutaciones de virus y resistencia de vectores proyecta un futuro en el que la vigilancia, la innovación científica y la cooperación internacional serán decisivas para evitar que estas epidemias se conviertan en catástrofes recurrentes.

El cambio climático, la movilidad humana y la caída en coberturas de vacunación son el caldo de cultivo perfecto para que estas enfermedades reemergentes marquen un nuevo ciclo de amenazas sanitarias. Como se evidencia en el siguiente recorrido por el comportamiento reciente

de las más relevantes, el reto ya no es solo controlarlas, sino anticiparlas antes de que se conviertan en la próxima gran crisis de salud pública.

Incidencia creciente y expansión global del dengue

El dengue se convirtió en una enorme carga para la salud humana: en el 2024 alcanzó un máximo histórico mundial con más de 14,6 millones de casos y más de 12.000 muertes relacionadas, donde la Región de las Américas contribuyó con una proporción significativa de la carga mundial con más de 13 millones de casos notificados ante la OMS.



Un estudio reciente sobre prevalencia del dengue estima que 5600 millones de personas corren el riesgo de contraer una infección por dengue y otros arbovirus (Lim *et al.*, 2025). Se estima que casi la mitad de la población del mundo, alrededor de 4000 millones de personas, vive en áreas con riesgo de dengue (CDC, 2025) y se prevé que la población mundial en riesgo aumente al 63 % en el 2080 (eClinicalMedicine, 2024).

La incidencia del dengue aumentó drásticamente a escala mundial en las últimas décadas, y el número de casos notificados ante la OMS aumentó de 505.430 en el 2000 a 14,6 millones en el 2024. La gran mayoría son casos asintomáticos o leves y autocontrolados, por lo que el número real de casos está subnotificado. La enfermedad es endémica en más de 100 países.

Entre enero y julio del 2025 se reportaron a la OMS más de 4 millones de casos y más de 3000 muertes en 97 países. El dengue se encuentra en climas tropicales y subtropicales de todo el mundo, principalmente en zonas urbanas y semiurbanas, pero viene propagándose a nuevas zonas, incluida la región europea y el Mediterráneo Oriental: en el 2024 se notificaron a la OMS 308 casos en tres países europeos (Francia, Italia y España).

El aumento de incidencia y el creciente riesgo de propagación de esta epidemia se atribuye a varios factores. En primer lugar, a la cambiante



distribución de vectores responsables (principalmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*), en especial hacia países que no habían padecido la enfermedad; el cambio climático que provoca aumento de temperaturas y favorece la expansión de vectores a zonas de mayor altitud y su adaptación a más bajas temperaturas; precipitaciones elevadas y humedad; sistemas de salud frágiles y sobrecargados; limitaciones en vigilancia e informes, y la inestabilidad política y financiera en países con crisis humanitarias complejas y grandes movimientos de población.

La prevención y el control del dengue dependen del control vectorial, porque existe un número limitado de fármacos terapéuticos y vacunas eficaces. Es necesario realizar el control del mosquito vector del dengue mediante estrategias de gestión ambiental, química y biológica (Roy y Bhattacharjee, 2021); estas estrategias deben centrarse en las zonas de alto contacto entre humanos y vectores para minimizar la transmisión

del virus. Otro componente para la prevención es la vigilancia, que proporciona la información necesaria para la evaluación de riesgos y la orientación de los programas. No existe un tratamiento específico para el dengue/dengue grave, y la detección temprana y el acceso a atención médica adecuada reducen considerablemente las tasas de mortalidad del dengue grave.

No bajar la guardia en las Américas pese a la disminución

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hasta la semana epidemiológica (SE) 34 del 2025, actualizados al 12 de septiembre pasado, se reportaron en la Región de las Américas 3.740.133 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 368 casos por 100.000 habitantes). Esta cifra representa una disminución del 68 % en comparación con el mismo periodo del 2024 y del 10 % con respecto al promedio de los últimos 5 años.

De los 3.740.133 casos reportados en las Américas con datos de 45 países, 1.506.903 casos (40 %) fueron confirmados por laboratorio y 5907 (0,2 %) fueron clasificados como dengue grave. Además se registraron 1886 muertes por dengue, para una letalidad del 0,050 %.

Si bien es importante esa disminución del 68 % en número de casos frente al 2024 y al promedio de los últimos 5 años, la OPS advierte que los brotes son cíclicos y pueden retornar con más fuerza, por lo que no se pueden descuidar las medidas de prevención.

En Colombia durante el 2024 hubo récord histórico en dengue

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) realiza un monitoreo rutinario de los eventos por arbovirus como dengue, Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre amarilla, entre otros. De este grupo, el evento con la mayor incidencia estimada en Colombia es dengue, condición dada por las características geográficas del país, la identificación de diferentes serotipos del virus y la presencia del vector en la mayoría de los municipios (INS, 2025a). Desde el 2007 se observa un comportamiento fluctuante de dengue en Colombia con ciclos epidémicos aproximadamente cada tres años (2010, 2013, 2016, 2019 y 2023), siendo el ciclo epidémico 2023-2025 (datos preliminares) el que registra el mayor número de casos notificados a la fecha (agosto del 2025), pero la menor letalidad por dengue en comparación con las epidemias anteriores (tabla 1) (INS, 2025b).

Tabla 1. Ciclos epidémicos de dengue en Colombia, 2007-2025p

Epidemias	Años	Semanas de duración	Casos totales	Casos dengue grave	Muertes	Letalidad general (%)	Letalidad por dengue grave (%)	Serotipos circulantes
2010	2009-2010	79	191 208	14 988	295	0,15	2,0	DENV - 1,-2,-3,-4
2013	2012-2014	69	155 086	3 853	232	0,15	6,0	DENV - 1,-2,-3,-4
	2014-2015	18	38 531	917	65	0,17	7,1	DENV - 1,-2,-3,-4
2016	2015-2016	34	88 878	1078	132	0,15	12,2	DENV - 1,-2,-3,-4
2019	2019-2020	56	150 563	1 589	127	0,08	7,9	DENV - 1,-2,-3,-4
2023	2023-2025p	126	498 622	5 213	365	0,07	7,1	DENV - 1,-2,-3,-4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2007-2025, p: datos preliminares para 2024-2025



En el 2024 se registró la incidencia más alta de dengue en el ámbito nacional con un indicador de 969,3 casos por 100.000 habitantes: el dengue sin signos de alarma tuvo la mayor proporción con el 62,1 % (201.188 casos). El 56,8 % (21) de las entidades territoriales presentaron un comportamiento similar al nacional, presentando en el 2024 una incidencia de dengue superior con respecto a su histórico (2015-2023), entre las que se encuentran: Vichada, Putumayo, Cartagena, Cundinamarca, Caquetá, Huila, Tolima, Norte de Santander, Boyacá, Valle del Cauca, Santander, Bolívar, Quindío, Nariño, San Andrés y Providencia, Cali, Cauca, Risaralda, Chocó, Caldas y Buenaventura.

En el periodo epidemiológico VIII del 2025, la incidencia de dengue a escala nacional es de 288,8 casos por cada 100.000 habitantes en riesgo, con el 62,8 % (60.500 casos) de dengue sin signos de alarma, un 36,3 % (34.961 casos) con signos de alarma y el 1,0 % (930 casos) de dengue grave. Vichada, Guaviare, Meta y Putumayo presentan las mayores incidencias, con tasas superiores a 800 casos por 100.000 habitantes. En el ámbito nacional se observa un descenso del 60 % en la notificación de casos con respecto al mismo periodo del 2024, cuando se notificaron 247.953 casos.

De acuerdo con el análisis de problemas realizado por las entidades territoriales, en el 2025 el mayor número de situaciones problema identificadas frente al dengue han estado

De acuerdo con el análisis de problemas realizado por las entidades territoriales, en el 2025 el mayor número de situaciones problema identificadas frente al dengue han estado relacionadas con los servicios de salud y las características del individuo.

relacionadas con los servicios de salud y las características del individuo.

Erradicación de la malaria sigue siendo un desafío para la salud mundial

No existe una fórmula mágica para eliminar la malaria, pero sabemos cómo erradicarla y debemos avanzar hacia su eliminación. Este es el llamado de la OMS frente a esta enfermedad; aunque se han evitado 2200 millones de casos de malaria y 12,7 millones de muertes en todo el mundo desde el 2000, y a junio del 2025 han sido declarados libres de malaria 46 países y un territorio y muchos otros avanzan hacia su eliminación, los avances actuales hacia los principales objetivos mundiales son insuficientes y la enfermedad sigue siendo una grave amenaza para la salud mundial, en particular en África (OMS, 2024a).

Casi la mitad de la población mundial vive en regiones donde la malaria es endémica, pero también pueden producirse brotes de infección local en regiones donde no es endémica, como Estados Unidos. Por tanto, la malaria representa un importante problema de salud pública mundial.



Los recientes avances en la lucha contra la malaria incluyen la introducción de vacunas para prevenir la infección en niños que habitan regiones donde es endémica; sin embargo, los logros son atenuados por las adaptaciones de parásitos y vectores. Los desafíos resultantes incluyen una reducción en la confiabilidad de las pruebas de diagnóstico rápido, la aparición de resistencia parcial a la artemisinina en *Plasmodium falciparum* y resistencia a los insecticidas en los mosquitos vectores (Daily y Parikh, 2025).

La OMS advierte que los avances futuros y las décadas de logros obtenidos están en peligro, porque los fenómenos meteorológicos extremos, los conflictos, las emergencias humanitarias y las dificultades económicas están interrumpiendo los esfuerzos de control de la malaria en muchos países endémicos, dejando a decenas de millones de personas con acceso limitado a los servicios necesarios para prevenir, detectar y tratar la enfermedad. Y, sin tratamiento oportuno, la malaria puede agravarse rápidamente y causar la muerte.

Cambio de paradigma en malaria: pasar del control a la eliminación

“En malaria estamos en un cambio de paradigma: pasamos de hablar de control a hablar de eliminación de la malaria, el reto sigue”. Así lo afirmó Rubén Santiago Nicholls Orejuela, experto de OMS/OPS, durante el I Congreso Nacional sobre Enfermedades Transmitidas por Vectores realizado en Bogotá el pasado 26 de agosto.

Luego de destacar logros alcanzados en la lucha contra esta enfermedad, explicó que el reto actual es acelerar la erradicación de la malaria, empezando por eliminar la transmisión por *P. falciparum* antes de que genere resistencia a las terapias combinadas basadas en artemisinina (TCA), principal arma terapéutica para tratarla, porque en África ya hay resistencia. Reiteró que la población más susceptible son los trabajadores de cultivos ilícitos y de minería legal e ilegal de oro, en zonas alejadas y dispersas.

Anotó que en las Américas cinco países ya fueron certificados como libres de malaria, luego de que Suriname se convirtiera el pasado 30 de junio en el primer país de la región amazónica en recibir la certificación, después de casi setenta años de compromiso de su Gobierno y su pueblo para eliminar la enfermedad en sus vastas pluviselvas y sus distintas comunidades.

Agregó que municipios de Brasil, Colombia y otros países amazónicos y de Centroamérica avanzan para alcanzar en próximos años la meta de libre de malaria. Entre los países próximos



En los últimos dos años Colombia estuvo en situación de brote, por lo que registró un alto número de casos el año anterior. En el 2024 el país enfrentó un brote de malaria, reportando 135.290 casos, de los cuales 1872 fueron complejos y 28 resultaron en fallecimientos.

a lograrlo en el 2025 están: Costa Rica, México, Ecuador y República Dominicana.

También señaló que para acelerar la eliminación de la malaria en las Américas deben adelantarse cambios operacionales: consolidar los territorios libres de malaria, ampliar el acceso a diagnóstico y tratamiento, hacer intervenciones reactivas y quimioprevención como aceleradores del proceso, hacer control vectorial en contextos seleccionados y reducir recaídas de forma más eficaz. El principal cambio para pasar del control a la eliminación es ampliar el acceso al diagnóstico y el tratamiento: es clave contar con diagnóstico permanente donde hay casos con pruebas diagnósticas reactivas (PDR), antimaláricos disponibles 24/7 en comunidades, innovar en logística y supervisión, y hacer microepidemiología y microplanificación. Es esencial lograr compromiso político, cambios regulatorios, alianzas con otros actores, cambiar normas técnicas y ejercer gobernanza multinivel.

Comportamiento de la malaria en Colombia

En Colombia la transmisión de malaria es del tipo de zonas inestables con patrones endemo-epidémicos variables y focales en las regiones ecoepidemiológicas. El comportamiento de la morbilidad por malaria en los últimos 25 años mantuvo una tendencia descendente y registró un comportamiento con promedios anuales de 50.000 a 100.000 casos.

Desde 1974 predominan los casos de malaria producidos por *Plasmodium vivax* (del 60 %

al 65 %), aunque en regiones como la costa Pacífica predomina el *P. falciparum*. La transmisión de malaria en el país se caracteriza por la presencia de ciclos epidémicos que ocurren cada 2 a 7 años, relacionados con la ocurrencia del fenómeno del Niño-Oscilación Sur.

En los últimos años se mantuvo una tendencia al descenso, pasando de 171.960 casos en el 2000 a 50.301 casos en el 2017, alcanzando una reducción cercana al 70 % en el número de casos. Durante este periodo se presentaron dos aumentos en el número de casos: el primero en el 2010, asociado al mejoramiento de la red diagnóstica en los departamentos endémicos del país (Proyecto Malaria Colombia); el segundo en el 2016, debido a la intensificación de la minería ilegal en los departamentos de la región Pacífica, sobre todo en el Chocó (15 de 31 municipios), que reportó el 67 % de los casos registrados en el país.

Históricamente, las regiones más afectadas con los principales focos de transmisión de malaria están en la región Pacífica (Chocó, Cauca, Nariño y Buenaventura) con el 50-60 % de los casos, seguida por la región Urabá-Bajo Cauca-Alto Sinú (Antioquia y Córdoba) con el 20-30 %, la Amazonia con el 5-10 %, la región Orinoquia-Centro Oriente y Atlántica con el 5 %, y la frontera colombo-venezolana (Norte de Santander y casos de Venezuela) con el 1-2 %.

En los últimos dos años Colombia estuvo en situación de brote, por lo que registró un alto número de casos el año anterior. En el 2024 el país enfrentó un brote de malaria, reportando 135.290 casos, de los cuales 1872 fueron complejos y 28 resultaron en fallecimientos.

En el 2025, a la SE 38 se notificaron 58.260 casos, de los cuales 57.215 son de malaria no complicada y 1045 de

malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con el 67,6 % (39.370), seguido de *Plasmodium falciparum* con el 31,3 % (18.209) e infección mixta con 1,2 % (681). No se encontraron focos de *Plasmodium malariae*. Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, según lo muestra el canal endémico. Cabe recordar que el diagnóstico y el tratamiento de la malaria son gratuitos en Colombia.

Reemergencia de fiebre amarilla en Sudamérica: Brasil y Colombia los más afectados

La reemergencia de la fiebre amarilla en el 2024 y el 2025 en Sudamérica evidenció que los brotes de esta enfermedad constituyen un riesgo “alto” para la salud pública en esta región, según la OPS/OMS, y que Brasil y Colombia son los países más afectados.

En el 2024, los casos de fiebre amarilla en humanos se registraron principalmente en la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. Pero en el 2025, la mayoría de los casos se detectaron en el estado de São Paulo, en Brasil, y en el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países (OPS, 2025).

Considerando este aumento de casos humanos reportados en el 2025 en países de la Región de las Américas, incluyendo los casos identificados por fuera

de la región amazónica, la OPS/OMS hizo un llamado a los Estados miembros a fortalecer la vigilancia en zonas enzoóticas, vacunar a las poblaciones en riesgo y garantizar que los viajeros a zonas de riesgo estén correctamente informados y protegidos. También se resalta la necesidad de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y el tratamiento oportuno de los casos graves. Y, por último, se recomienda disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.

Hasta el pasado 25 de mayo se notificaron 235 casos humanos confirmados en 5 países de las Américas, incluyendo 96 defunciones (tasa de letalidad [TL] del 41 %): Bolivia (4 casos, incluyendo 2 defunciones), Brasil (111 casos, incluyendo 44 defunciones), Colombia (74 casos, incluyendo 31 defunciones), Ecuador (8 casos, incluyendo 6 defunciones) y Perú (38 casos, incluyendo 13 defunciones) (OPS, 2025).

Rodríguez-Morales y Navarro (2025), con datos de la OPS, indican que durante el 2025 y hasta el 10 de julio, Brasil, Colombia, Perú, Bolivia y Ecuador notificaron brotes de fiebre amarilla que suman 317 casos, concentrados en regiones selváticas y rurales, con 133 muertes (42 %) (tabla 2).

Tabla 2. Casos, muertes y letalidad por fiebre amarilla en las Américas, 2024-2025, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud

País	Casos	Muertes	%, letalidad
Brasil	118	48	40,7
Colombia	117	50	42,7
Perú	57	22	38,6
Bolivia	12	5	41,7
Ecuador	10	8	80,0
Guyana	3	0	0,0
Total	317	133	42,0

Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/yellowfever/>

Alerta por la expansión de fiebre amarilla fuera de la Amazonía

Para las autoridades de salud es muy preocupante que esta enfermedad asociada históricamente con la región amazónica haya comenzado a afectar zonas montañosas, subtropicales y próximas a centros urbanos. Mucho más cuando esta expansión geográfica viene acompañada de un aumento en la letalidad y la aparición de epizootias (muertes de primates no humanos), lo cual revela una reactivación del ciclo selvático del virus que podría derivar en brotes urbanos si no se actúa con rapidez.

Estos casos presentados más allá de la Amazonía reflejan un brote caracterizado por la aparición en zonas que no reportaron la enfermedad en décadas, como los focos en el estado de São Paulo (Brasil) y el departamento de Tolima (Colombia) con zonas montañosas del Parque Natural Regional Bosque de Galilea. Perú registró casos en las ecorregiones de Yungas y Ecuador reportó muertes en cantones cercanos a sus fronteras con Colombia y Perú. Esta coincidencia geográfica sugiere una posible transmisión transfronteriza.

El aumento de casos coincide con actividades humanas en ecosistemas selváticos —como agricultura y turismo rural— donde la presencia del mosquito vector y de reservorios animales (como monos) facilita la transmisión. Por eso la vigilancia de epizootias ha sido clave para anticipar brotes, ya que los primates son especialmente sensibles al virus.



Aunque la vacunación es una de las intervenciones más eficaces de prevención, la gran mayoría de los casos en el 2024 y el 2025 no tenían antecedentes de vacunación. Es fundamental lograr coberturas de vacunación de al menos el 95 % en las poblaciones de áreas de riesgo. Antes de la pandemia de la COVID-19, la cobertura de vacunación en los países endémicos de las Américas oscilaba entre el 57 % el y 100 % en niños de 9 a 18 meses de edad; sin embargo, 10 de los 12 países endémicos tenían coberturas inferiores al 95 % recomendado. Entre el 2020 y el 2023 estas tasas disminuyeron más, dejando sin protección a una proporción considerable de la población. Y aunque la capacidad de vacunación en los países endémicos ha mejorado, el suministro limitado en el ámbito mundial de la vacuna contra la fiebre amarilla es un desafío, pues las existencias actuales no permiten cubrir la demanda en las Américas ni en África.



En Colombia la incidencia de fiebre amarilla ha disminuido gradualmente con brotes cada seis años y con tendencia a un comportamiento estacional.

Rodríguez-Morales y Navarro (2025) sostienen que los brotes recientes de fiebre amarilla no generaron epidemias urbanas de gran magnitud, y mantuvieron cifras preocupantes pero limitadas en comparación con la población potencial susceptible y la presencia de vectores urbanos. Ni en el estado de São Paulo en Brasil ni en los departamentos de Tolima, Putumayo y Meta se documentó transmisión urbana sostenida ni brotes masivos urbanos.

Los autores en su investigación cuestionan por qué, a pesar de la presencia ubicua de *Aedes*, no se observa una transmisión explosiva urbana como ocurrió en el siglo XIX. Señalan que estudios experimentales sugieren que el virus de fiebre amarilla no se replica con la misma eficiencia en poblaciones urbanas de *A. aegypti* como sí lo hacen otros flavivirus como dengue o Zika.

Agregan que, en un contexto de cambio climático, la expansión altitudinal y latitudinal de los vectores y hospedadores vertebrados podría modificar los patrones de riesgo, por lo que zonas previamente libres de transmisión podrían volverse vulnerables en el futuro cercano: “podríamos enfrentar escenarios de transmisión urbana sostenida con potencial epidémico elevado, especialmente en ciudades densamente pobladas y con baja cobertura vacunal”.

Rodríguez-Morales y Navarro afirman que, fortaleciendo estrategias de vigilancia entomológica, vacunación masiva en poblaciones de riesgo y detección temprana de epizootias en primates no humanos, se podrá evitar el resurgimiento de grandes epidemias urbanas, un riesgo latente en el complejo escenario ecoepidemiológico sudamericano.

Colombia: brotes históricos y recurrentes que aumentaron en los últimos años

En Colombia la incidencia de fiebre amarilla ha disminuido gradualmente con brotes cada seis años y con tendencia a un comportamiento estacional, con dos picos en el año de diciembre a enero y de julio a agosto.

En el 2025, hasta el periodo epidemiológico VIII se confirmaron 107 casos para Colombia y 3 para el exterior (2 para el estado de Apure y 1 para el estado de Amazonas), y se descartaron 1815 casos por laboratorio. El 79,4 % (n = 85) se dio en hombres y el 20,5 % (n = 22) en mujeres. El 100 % de los casos (n = 107) fueron de ciclo selvático y el 90,6 % (n = 97) procedían de zonas rurales dispersas y centro poblado. El 83,18 % de los casos (n = 89) requirió hospitalización. Solo el 7,47 % (n = 8) tenía antecedente de vacuna. El 90,6 % (n = 97) de los afectados estaban afiliados al régimen subsidiado y el 9,35 % (n = 10) al régimen contributivo. Por departamento, 97 casos se presentaron en Tolima, 4 en Putumayo, 3 en Meta, 1 en Cauca, 1 en Guaviare y 1 en Caldas. La incidencia de casos por 100.000 habitantes en Colombia es 0,84 (INS, 2025c).



Ante la circulación activa del virus de fiebre amarilla en varias regiones del país en el 2024 y el 2025, y el riesgo de expansión a centros urbanos, el Gobierno nacional declaró la emergencia sanitaria y adoptó medidas para su prevención y control con el objetivo de proteger la vida de la población, contener la propagación del virus y mitigar sus efectos sobre la salud pública. Según la Resolución 691 del 16 de abril del 2025, la emergencia sanitaria regirá hasta que transcurran al menos ocho semanas epidemiológicas sin casos humanos ni epizootias.

Actualmente, el Gobierno de Colombia trabaja bajo los lineamientos internacionales con un grupo de expertos regionales en fiebre amarilla, para ir de la mano y acorde con el desarrollo del evento en las Américas, ya que en Brasil se registra un comportamiento similar del brote. Las medidas de respuesta inmediata están enfocadas en interrumpir la transmisión para que las personas no sigan enfermando y muriendo.

2025: reemergencia mundial del sarampión como amenaza sanitaria

En el 2025 se registra tendencia al alza en la ocurrencia de casos de sarampión en todo el mundo, creciendo de manera exponencial en algunos países. El riesgo de brotes se debe a factores como la circulación del virus a nivel global (en el 2024 se confirmaron más de 320.000 casos, según la OMS), la baja cobertura de vacunación, el aumento global de la movilidad de personas, y en la región de las Américas la similitud de síntomas del sarampión con otras enfermedades como dengue, lo que podría dificultar la correcta identificación de los casos.

El sarampión es la quinta enfermedad eliminada de las Américas, después de la viruela (1971),

la polio (1994) y la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita (2015). En los cinco casos, fue la primera región del mundo en lograr su eliminación. La mayoría de los países miembros de la OPS introdujeron la vacuna triple vírica contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) entre 1980 y principios de la década del 2000.

Actualmente, de acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola de la OMS, hasta el 9 de septiembre del 2025 se notificaron 360.321 casos sospechosos de sarampión en 173 Estados miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 164.582 (45,6 %) fueron confirmados. El 34 % de los casos están en el Mediterráneo Oriental, seguido por África con el 23 % de los casos y Europa con el 18 % de los casos.

En las Américas, en el 2025 entre la SE 1 y la SE 37 confirmaron 11.313 casos de sarampión, incluyendo 23 defunciones, en 10 países: Argentina (35 casos), Belice (34 casos), Bolivia (320 casos), Brasil (28 casos), Canadá (4849, incluyendo una defunción), Costa Rica (1 caso), Estados Unidos (1454, incluyendo 3 defunciones), México (4553 casos, incluyendo 19 defunciones), Paraguay (35 casos) y Perú (4 casos). Canadá, México y Estados Unidos concentran el 96 % de los casos. El total indica un aumento de 31 veces en comparación con los 358 casos notificados en el mismo periodo del 2024 (OPS, 2025).



El INS desmintió versiones de redes sociales y medios de comunicación sobre un supuesto caso importado de sarampión, afirmando que fue una alerta sanitaria falsa y no refleja la situación epidemiológica actual.

Los brotes actuales se asocian a dos genotipos del virus del sarampión, uno identificado en ocho países, especialmente en comunidades menonitas de Canadá, Estados Unidos, México, Belice, Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay. Como el sarampión es altamente contagioso, se propaga rápidamente en poblaciones no vacunadas, especialmente en niños, pero los datos recientes muestran aumento de casos fuera de estos grupos, evidenciando su expansión.

En Colombia aumenta reporte de casos sospechosos

Para el periodo 2022-2024, en Colombia el reporte de casos sospechosos de sarampión y rubéola presentó tendencia al incremento. A la SE 9 del 2025 no se habían confirmado casos para sarampión y rubéola, pero se habían notificado 148 casos sospechosos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) (Acevedo Durán, 2025).

Colombia fue certificada como libre de sarampión autóctono en el 2014. Ante la alerta regional y el riesgo de casos importados de interés en salud pública como sarampión y rubéola, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y el Instituto Nacional de Salud (INS), expedieron la Circular Externa del 16 de

abril del 2025, que imparte directrices a los actores del sistema de salud, autoridades departamentales y municipales, el INS y puntos de entrada internacional.

Desde el 2011, cuando Colombia registró el último brote de sarampión con un caso importado y solo 5 secundarios, ha habido 3 casos importados —el más reciente en el 2015—, sin tener hasta el momento casos asociados en la población nacional. Esta situación refleja una adecuada vigilancia epidemiológica del personal de salud y buena cobertura de vacunación.

El pasado 31 de mayo, el INS desmintió versiones de redes sociales y medios de comunicación sobre un supuesto caso importado de sarampión, afirmando que fue una alerta sanitaria falsa y no refleja la situación epidemiológica actual: “hasta la fecha, no tenemos ningún caso confirmado de sarampión en nuestro país. Invitamos a la población y a la ciudadanía a que no compartan este tipo de información, ya que puede generar zozobra e incertidumbre en noticias que posiblemente no tienen un sustento científico”, indicó Diana Marcela Pava, directora del Instituto.

La OPS recuerda que la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita sigue siendo



una prioridad de salud pública para las Américas. Por ello, es esencial que todos los países trabajen juntos para cerrar las brechas de inmunidad y garantizar que ninguna persona quede desprotegida ante esta enfermedad sumamente contagiosa y grave, pero prevenible mediante vacunación. La organización monitorea la situación y apoya los esfuerzos de los países en temas de vacunación, vigilancia y respuesta rápida ante brotes, con el objetivo de evitar la propagación y la reintroducción del sarampión y así proteger la salud de la población.

El brote más grande de Chikungunya en el 2025 se concentró en Sudamérica

Durante el 2025 se reportaron brotes de Chikungunya en varias regiones del mundo, algunos de gran magnitud. Hasta mediados de agosto se notificaron aproximadamente 270.000 casos a escala global, con reporte en África, Américas, Europa, Pacífico Occidental y Sudeste Asiático. En 14 países de las Américas entre la SE 1 y la SE 33 del 2025 notificaron 212.029 casos sospechosos, con 124.942 casos (probables y confirmados), incluidas 110 defunciones, concentrando el brote más grande en Sudamérica con más del 97 % de los casos.

La fiebre de Chikungunya (también llamada artritis epidémica) se detectó en Tanzania en 1952 y en el 2013 se introdujo en las Américas, donde se extendió a la mayoría de las áreas con presencia de vectores *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* o mosquito tigre. A nivel global, desde las primeras detecciones y hasta diciembre del 2024 se documentó la transmisión autóctona del virus Chikungunya en 119 países y territorios, en las seis regiones de la OMS.

Los brotes más grandes en Sudamérica están asociados a los genotipos asiático y África

Oriental/Central/Sur (ECSA), lo que refleja una evolución del patrón observado desde el 2014. Casos en el océano Índico, Europa y Asia elevan el riesgo de reintroducción y propagación en nuevas áreas con condiciones favorables para la transmisión.

En Colombia, entre la SE 1 y la SE 32 del 2025 se notificaron 44 casos de Chikungunya, de los cuales 35 fueron confirmados por clínica, no se registran casos confirmados por laboratorio. Los casos confirmados se reportaron en Tolima (n = 7 casos), Antioquia (n = 4 casos), Cundinamarca (n = 3 casos), Putumayo (n = 3 casos), Meta (n = 3 casos), Cauca (n = 2 casos), Sucre (2 casos), y en Guaviare, Caldas, Santa Marta, Santander, Bolívar, Guainía, Vichada, Boyacá, Cartagena, Cali y Huila (un caso cada uno). Del total, el 63 % (n = 22) correspondió a mujeres, y el grupo etario con mayor proporción de casos fue el de 10 a 19 años (25,71 %, n = 9). No se han registrado defunciones. La incidencia acumulada en el ámbito nacional hasta la SE 32 fue de 0,11 casos por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento relativo del 10 % comparado con el mismo periodo del 2024 (0,10 casos por 100.000 habitantes).

Virus Oropouche llega a nuevas zonas con poblaciones susceptibles en las Américas

En el 2025, entre la SE 1 y la SE 30 (del 1.º de enero al 27 de julio) se notificaron 12.786 casos confirmados de Oropouche en 11 países de la Región de las Américas: Brasil (n = 11.888 casos, incluyendo 5 defunciones), Canadá (n = 1 caso importado), Chile (n = 2 casos importados), Colombia (n = 26 casos), Cuba (n = 28 casos), Estados Unidos (n = 1 caso importado), Guyana (n = 1 caso), Panamá (n = 501 casos, incluyendo una defunción), Perú (n = 330 casos), Uruguay (n = 3 casos importados) y Venezuela (n = 5 casos). Se presentaron casos autóctonos en 6 países, incluso en áreas fuera de las zonas históricas de transmisión: Brasil, Colombia, Cuba, Panamá, Perú y Venezuela.

El virus fue descrito por primera vez en 1955 en La Vega de Oropouche, en Trinidad y Tobago. Desde entonces se presentan brotes de aparente patrón estacional



Dado que los casos de Chikungunya, Oropouche y dengue pueden presentarse en un mismo territorio, pero son enfermedades transmitidas por vectores con hábitos y características distintas, debe analizarse su distribución espacial para obtener una respuesta más rápida y focalizada en las áreas más afectadas.

en regiones rurales y urbanas de Brasil, Perú, Guayana Francesa, Trinidad y Tobago, Ecuador, Panamá y Colombia, con condiciones ecoepidemiológicas que favorecen la transmisión. En los últimos años los brotes se concentraron en países de la región amazónica, reflejando la creciente propagación y circulación sostenida de este virus transmitido principalmente por el jején *Culicoides paraensis*, ya ampliamente distribuido en la Región de las Américas.

La expansión del virus a áreas no endémicas, como regiones urbanas de Cuba, se favorece por factores como el cambio climático, la deforestación y la urbanización en áreas selváticas, que facilitan la proliferación del vector.

Esta enfermedad viral reemergió en las Américas a finales del 2023, y en el 2024 y el 2025 se expandió hacia áreas no afectadas anteriormente, fuera de la Amazonía; esta expansión recalca la necesidad de fortalecer la vigilancia, incorporando análisis espaciales y temporales, así como herramientas geoespaciales para detectar cambios en la distribución de los vectores y casos. En el 2024, en las Américas se registraron 16.239 casos en 11 países y un territorio, incluyendo 4 defunciones.

En Colombia, a la SE 18 del 2024 se identificaron 38 casos de infección en pacientes procedentes de los departamentos de Amazonas (33 casos en Leticia y 2 en Puerto Nariño), Caquetá (1 en Florencia), Meta (1 en Guamal) y 1 caso procedente del exterior (Tabatinga, Brasil), en 605 muestras de casos de dengue descartados, procedentes de 19 departamentos. El 61 % de los casos correspondieron a hombres y cerca del 80 % entre los 10 y 29 años: todos presentaron cuadros clínicos leves, ninguno fue hospitalizado y su condición final es vivo. Dada esta situación en el país, se sugirieron recomendaciones para la detección de circulación en otras regiones y el seguimiento de los cuadros clínicos.

Dado que los casos de Chikungunya, Oropouche y dengue pueden presentarse en un mismo territorio, pero son enfermedades transmitidas por vectores con hábitos y características distintas, debe analizarse su distribución espacial para obtener una respuesta más rápida y focalizada en las áreas más afectadas. La información sobre puntos críticos de transmisión de estos virus permite orientar acciones de control intensivo de vectores. La circulación simultánea de estas y otras arbovirosis aumenta el riesgo de brotes, complicaciones y muertes en poblaciones vulnerables.



La vigilancia entomológica permite identificar las principales especies vectores involucradas en la transmisión, medir su densidad en las áreas de riesgo y evaluar el impacto de las medidas de control implementadas.

Se debe conseguir el apoyo de la comunidad en la prevención de dengue, Chikungunya, Oropouche y Zika, por lo que es menester alentar a los miembros de los hogares a eliminar las fuentes de reproducción de mosquitos domiciliarios para reducir su proliferación.

Los pacientes infectados por estos virus son el reservorio de la infección para otras personas en sus hogares y la comunidad. Es necesario comunicar a los enfermos, sus familias y a la comunidad afectada acerca del riesgo de transmisión y las maneras de prevenir el contagio mediante la disminución de vectores y el contacto entre el vector y las personas. Es importante reforzar estas medidas en mujeres embarazadas, dado el riesgo de transmisión vertical de Oropouche y Zika.

Desafíos de la eliminación de Chagas en las Américas, región más afectada del mundo

Con más de 7.000.000 de personas infectadas en todo el mundo y una alta tasa de mortalidad, pues se calcula que cada año causa la muerte a 10.000 personas y que más de 104.000.000 de personas corren el riesgo de contraerla anualmente, la enfermedad de Chagas representa otra importante amenaza para la salud pública.

Considerada “enfermedad silenciosa y silenciada”, ya que la mayoría de los infectados no presentan síntomas o son muy leves, era una patología endémica en 21 países tropicales y subtropicales de las Américas, pero los cambios socioambientales, el aumento de la movilidad humana y las

migraciones la llevaron a Canadá, Estados Unidos, varios países europeos y algunos del Pacífico Occidental, África y el Mediterráneo Oriental. Ya se detecta en 44 países.

Esta enfermedad desatendida se transmite por medio de triatomíneos (vía vectorial), por vía oral (mediante alimentos), durante el embarazo o parto (transmisión congénita), a través de la sangre o productos sanguíneos, por trasplante de órganos y por accidentes de laboratorio.

En Colombia en el 2018, en una población de 48.000.000 de personas, 8.000.000 estaban expuestas al vector y unas 450.300 estaban infectadas. De estas, más o menos 100.000 mujeres en edad fértil, 809 nuevos casos de infección por transmisión congénita y unas 113.000 con infección y cardiopatía chagásica.

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció Chagas como enfermedad tropical desatendida, lo que facilitó su consideración como problema de salud pública mundial y fortalecer la prevención, el diagnóstico y el tratamiento antiparasitario tempranos, así como la atención integral, el seguimiento psicosocial y las actividades de información, educación y comunicación. En la Hoja de Ruta para Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030 se incluyó Chagas entre las afecciones por eliminar como problema de salud pública. Para aumentar la detección temprana es fundamental evaluar los medios de diagnóstico disponibles y los algoritmos más eficaces en función de costos. La innovación, la investigación, el desarrollo y la evaluación de nuevos medios de diagnóstico y medicamentos pueden agilizar su eliminación. Además, son esenciales los sistemas nacionales de información para monitorear el número de casos agudos y crónicos y las vías de transmisión activas, pero solo están implantados en 6 de los 44 países notificados.

Se avanza hacia la eliminación de la leishmaniasis

La leishmaniasis sigue siendo un importante problema de salud en las Américas, África Oriental, África del Norte y Asia Occidental y Sudoriental. Es una de 10



principales enfermedades tropicales desatendidas con más de 12.000.000 de personas infectadas, y se calcula que cada año hay entre 700.000 y 1.000.000 de casos nuevos.

Afecta a algunas de las poblaciones más pobres del planeta y está asociada a factores como malnutrición, desplazamientos de población, malas condiciones de vivienda, debilidad del sistema inmunitario y bajos recursos, pero también a elementos sociales, ambientales y climáticos.

Esta enfermedad de transmisión vectorial, causada por el parásito *Leishmania*, infecta humanos y animales con la picadura del insecto flebótomo hembra del género *Lutzomyia*. Tiene 3 formas de presentación clínica: cutánea (LC), mucosa (LM) y visceral (LV); esta última es la forma más grave, sin tratamiento es mortal en más del 95 % de los casos. La mayoría de los casos de LV se dan en Brasil, el este de África y la India. Se calcula que anualmente se producen en todo el mundo entre 50.000 y 90.000 nuevos casos, de los que solo se notifican a la OMS entre un 25 % y un 45 %.

En el periodo 2001-2023 se reportaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1.178.436 casos de LC y LM, con un promedio de 51.236 por año. En ese

período se registraron 73.092 casos nuevos de LV, con promedio anual de 3.178 casos y letalidad cercana al 8%, la más alta al comparar otros continentes.

Colombia se unió en el 2019 a la meta de la OMS de eliminación de la LV como problema de salud pública medida en términos de cero muertes, que se mantiene para Asia y África. Al 2031, 12 municipios lograrán condiciones de eliminación como problema de salud pública y se reducirá la tasa de letalidad acumulada por LV primaria a menos del 1 %.

Según datos del Instituto Nacional de Salud (Mayorga Mogollón, 2025), en la última década la incidencia nacional de LC descendió el 5,8 % anual y el número de casos de LV disminuyó el 16,9 % cada año. Se destaca que en el 2024 y hasta el periodo epidemiológico VI del 2025, la letalidad de LV es del 0 %, hito que demuestra el avance de Colombia hacia la eliminación de la leishmaniasis visceral como problema de salud pública.

A la semana epidemiológica (SE) 24 del 2025 se notificaron 2903 casos de LC, cuya incidencia nacional sin incluir 6 casos procedentes del exterior es de 29,57 por 100.000 habitantes en riesgo, según la población en riesgo estimada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Del total de casos, el 5,0 % corresponde a mineros, el 18,2 % a agricultores y el 20,2 % (587) a militares (hombres de 18 a 44 años, con promedio de edad de 24,2 años).

Por otra parte, se notificaron 38 casos de LM hasta la SE 24 del 2025. La incidencia nacional es de 0,39 casos por 100.000 habitantes en riesgo, según la población en riesgo estimada por el Ministerio de Salud. El promedio de edad de las personas con este tipo de leishmaniasis es de 38,1 años. Y hasta la SE 24 del 2025 se

Esta enfermedad de transmisión vectorial, causada por el parásito *Leishmania*, infecta humanos y animales con la picadura del insecto flebótomo hembra del género *Lutzomyia*. Tiene 3 formas de presentación clínica: cutánea (LC), mucosa (LM) y visceral (LV); esta última es la forma más grave, sin tratamiento es mortal en más del 95 % de los casos.



confirmaron 2 casos de LV procedentes de Ovejas y Chalán en Sucre (un niño de 5 años y una niña de 6 meses).

Del total de casos notificados, el 98,3 % corresponde a LC, el 1,6 % a LM y el 0,1 % a LV. Las frecuencias más altas de LC ocurren en hombres de 20 a 49 años, en personas procedentes de área rural y en afiliados al régimen subsidiado. El porcentaje de tratamiento de leishmaniasis cutánea notificado en Colombia es del 93,1 %.

Otras enfermedades emergentes y reemergentes en Colombia por alertas internacionales

El Instituto Nacional de Salud (INS) mantiene una vigilancia activa de las enfermedades emergentes y reemergentes notificadas por alertas internacionales. Aunque muchas de ellas tienen origen en otras regiones, varias tienen presencia o riesgo potencial en Colombia, lo que exige mantener la preparación del sistema de salud frente a eventuales brotes.

- *Mpox o viruela símica*: La Mpox, causada por un Orthopoxvirus, reapareció con fuerza en el 2022, generando más de 100.000 casos en 120 países y más de 220 muertes. Aunque en el 2025 la incidencia ha disminuido, la enfermedad sigue bajo observación. En Colombia la transmisión se ha dado principalmente por contacto piel a piel, sobre todo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, grupo que concentró el 81 % de los casos. El 98 % presentó



síntomas leves, sin muertes reportadas. No hay circulación del clado 1b en el país y los casos actuales son importados.

- *Poliovirus derivados de vacuna*: Pese a la iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis de 1988, persiste la amenaza por poliovirus salvajes y derivados de vacuna. Existen actualmente brotes en 35 países y dos naciones con transmisión endémica. En Colombia el último caso por virus derivado se registró en el 2018. La OPS recomienda mantener coberturas de vacunación superiores al 95 %, reforzar la vigilancia de parálisis flácida aguda y actualizar los planes de respuesta ante posibles importaciones.
- *Focos de influenza altamente patógena en aves A(H5N1)*: Representa un riesgo para la salud pública debido a su potencial zoonótico. Aunque no se ha confirmado transmisión entre humanos ni casos en personas en Colombia, el país mantiene una vigilancia activa por la posibilidad de contagios esporádicos a partir de aves infectadas.



El panorama epidemiológico evidencia que, aunque Colombia no enfrenta actualmente brotes graves de estas enfermedades, su vigilancia constante es crucial. La globalización, el cambio climático y la movilidad humana continúan facilitando la reaparición de agentes infecciosos.

- *Encefalitis equinas*: La detección de focos de encefalitis equina del oeste (EEO) en Argentina y Uruguay, y un caso humano de encefalitis equina venezolana (EEV) en Panamá, reactivaron la alerta regional. En Colombia el último brote de EEV se registró en el 2016 en Santander, con cuatro menores afectados. La OPS advierte sobre el riesgo de reintroducción por su alta capacidad de propagación.
- *Streptococcus pyogenes*: Esta bacteria, conocida como Streptococcus del grupo A, causa desde infecciones leves hasta cuadros invasivos severos. En el 2022 y el 2023 se reportó un incremento de casos en Europa y el Cono Sur. En Colombia entre el 2018 y el 2023 se analizaron 2173 aislamientos invasivos en 27 departamentos, sin evidenciar aumentos inusuales. Se insiste en mantener la vigilancia, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.
- *Síndrome de Guillain-Barré*: En el 2023 Perú declaró emergencia sanitaria ante un incremento de casos de este síndrome, un trastorno neurológico poco frecuente pero potencialmente grave. Aunque Colombia no reporta incremento de casos, las autoridades sanitarias siguen atentas a la evolución regional.
- *Virus de Marburgo*: Este virus, similar al del ébola, provocó brotes esporádicos en África entre el 2021 y el 2023, con alta letalidad. Los episodios en Guinea,

Ghana y Guinea Ecuatorial fueron controlados mediante rastreo intensivo y aislamiento de contactos. En Colombia no se han confirmado casos ni emitido alertas.

El panorama epidemiológico evidencia que, aunque Colombia no enfrenta actualmente brotes graves de estas enfermedades, su vigilancia constante es crucial. La globalización, el cambio climático y la movilidad humana continúan facilitando la reaparición de agentes infecciosos. Mantener coberturas de vacunación elevadas, fortalecer la red de laboratorios y garantizar la respuesta oportuna son pilares esenciales para proteger la salud pública nacional.

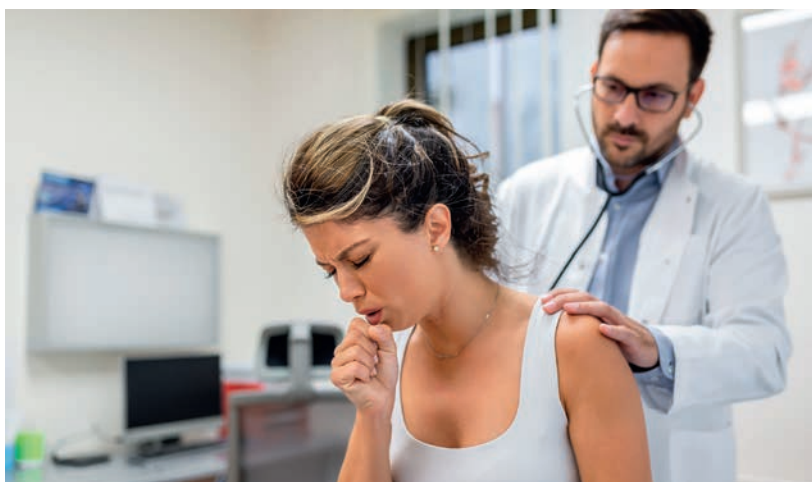
Referencias

- Acevedo Durán, Y. J. (2025). Sarampión y rubéola. Boletín Epidemiológico Semanal (BES) – Semana Epidemiológica 10. Del 02 al 08 de septiembre de 2025. Instituto Nacional de Salud.
- Ariza Suárez, A. C. (2016). Enfermedades emergentes y reemergentes en el mundo: una mirada a sus principales causas. *Conexión Agropecuaria*, 6(2), 35-55.
- Arrizabalaga, J. (2021). El desafío de las enfermedades (re)emergentes, los límites de la respuesta biomédica y el nuevo paradigma de salud global. *História, Ciências, Saúde*, 28(1), 255-281.
- Bhatt, S., Gething, P. W., Brady, O. J., Messina, J. P., Farlow, A. W., Moyes, C. L., Drake, J. M., Brownstein, J. S., Hoen, A. G., Sankoh, O., Myers, M. F., George, D. B., Jaenisch, T., Wint, G. R., Simmons, C. P., Scott, T. W., Farrar, J. J. y Hay, S. I. (2013). La distribución global y la carga del dengue. *Nature*, (25), 496(7446): 504-7. doi: 10.1038/nature12060
- Ferrara Romeo, I. (2024). Preservar una salud global para protegernos de enfermedades zoonóticas, emergentes y reemergentes. Programa de Ayudas CSIC-Fundación BBVA de Comunicación Científica.
- Daily, J. P. y Parikh, S. (2025). Malaria – Artículo de revisión. *The New England Journal of Medicine* [Revista



- de Medicina de Nueva Inglaterra], 392(13), 1320-1333. doi: 10.1056/NEJMra2405313
- eClinicalMedicine (2024). El dengue como un problema de salud mundial creciente. EClinicalMedicine. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102975
- Instituto Nacional de Salud. (2025a). Publicaciones Informe de Evento [Internet]. [citado el 26 de agosto del 2025]. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
- Instituto Nacional de Salud. (2025b). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de dengue. [citado el 26 de agosto del 2025]. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
- Instituto Nacional de Salud. (2025c). Boletín Epidemiológico Semanal BES. Semana Epidemiológica 38 – 14 al 20 de septiembre de 2025. INS.
- Lim, A., Shearer, F. M., Sewalk, K., Pigott, D. M., Clarke, J., Ghouse, A., Juez, C., Kang, H., Messina, J. P., Kraemer, M. U. G., Gaythorpe, K. A. M., De Souza, W. M., Nsoesie, E. O., Celone, M., Faria, N., Ryan, S. J., Rabe, I. B., Rojas, D. P., Hay, S. I., Brownstein, J. S., Golding, N. y Brady, O. J. (2025). Distribución global superpuesta del dengue, Chikunguña, Zika y fiebre amarilla. *Nature Communications*, 16(1), 3418. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-58609-5>
- Organización Mundial de la Salud. (1995). Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes y revisión del Reglamento Sanitario Internacional. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030, actualización 2021. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2024a). Mensajes principales. Informe Mundial sobre la Malaria
- Organización Mundial de Sanidad Animal. (2024). La importancia del enfoque “Una sola salud” para enfrentar las epidemias y pandemias zoonóticas emergentes y reemergentes. Perspectiva de la sanidad animal. OMSA.
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). Actualización Epidemiológica. Sarampión en la Región de las Américas. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2025). Alerta Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 31 de mayo del 2025. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2025). Alerta Epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas. OPS/OMS.
- Orozco, M. M. (2024). Enfermedades emergentes y reemergentes: un recorrido por los brotes más significativos hasta la actualidad. *Revista Methodo*, 9(2), 27-30.
- Rodríguez-Morales, A. J. y Navarro, J. C. (2025). Fiebre amarilla en América del Sur: casos y vectores, 2025. *Actualizaciones en Sida e Infectología*, 33(118), 4-7. <https://doi.org/10.52226/revista.v33i118.396>
- Romero, I., Guerrero, J., León, W. y Candamil, J. (2025). Análisis exploratorio de la relación entre factores ambientales y la distribución de la fiebre amarilla en Colombia. Instituto Nacional de Salud.
- Roy, S. K. y Bhattacharjee, S. (2021). Virus del dengue: epidemiología, biología y etiología de la enfermedad. *Revista Canadiense de Microbiología*, 67(10), 687-702. <https://doi.org/10.1139/cjm-2020-0572>
- Riveron, R. L. (2002) Enfermedades emergentes y reemergentes: un reto al siglo XXI. *Revista Cubana Pediátrica*, 74(1), 7-22.
- Chan, J. F. W.; Choi, G.K.Y.; Yip, C. C. Y.; Cheng, V. C. C. y Yuen, K. Y. (2016). Zika fever and congenital Zika syndrome: An unexpected emerging arboviral disease. *Journal of infection* (72), 507-524.
- Danila, R. N.; Lexau, C.; Lynfield, R.; Moore, K. A. y Osterholm, M. T. (1999). Addressing emerging infections. *Postgrad Med.* 106(2): 91-105.
- Organización Mundial de la Salud OMS (1995). Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes, y revisión del Reglamento Sanitario Internacional. OMS.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades - CDC (2025). Áreas con riesgo de dengue. <https://www.cdc.gov/dengue/es/areas-with-risk/areas-con-riesgo-de-dengue.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles 2024-2031. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Mayorga Mogollón, L. E. (2025). Leishmaniasis en Colombia, Semana Epidemiológica 26 del 2025. Instituto Nacional de Salud.

Colombia frente al desafío de las enfermedades emergentes: una salud pública con enfoque territorial y participativo



La persistencia y reaparición de enfermedades transmisibles como el dengue, la fiebre amarilla o la tuberculosis ponen a prueba la capacidad del país para anticiparse a

los nuevos desafíos epidemiológicos. Frente a este escenario, tres voces expertas coinciden en la urgencia de consolidar una salud pública integral que articule ciencia, comunidad y territorio.

Juan Eduardo Guerrero Espinel, de la Asociación Colombiana de Salud Pública; Diana Marcela Pava Garzón, del Instituto Nacional de Salud; y Fair Alarcón, de la Secretaría de Salud del Tolima, destacan que Colombia cuenta con avances en vigilancia, respuesta y educación sanitaria, pero aún requiere fortalecer la participación ciudadana, la formación local y la cooperación intersectorial para responder a las enfermedades emergentes con un enfoque ético y sostenible.



Juan Eduardo Guerrero Espinel, presidente de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Salud Pública.

Enfrentar enfermedades emergentes y reemergentes exige transformar la relación Estado-sociedad-naturaleza

Si las enfermedades emergentes y reemergentes no son solo desafíos biológicos, sino espejos de nuestras inequidades, modelos de desarrollo y formas de habitar el territorio, enfrentarlas exige más que vacunas: requiere transformar la relación entre el Estado, la sociedad y la naturaleza.

Así lo afirma Juan Eduardo Guerrero Espinel, presidente de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Salud Pública, quien agrega que estas enfermedades son más que desafíos sanitarios: son síntomas de modelos de desarrollo que rompen el equilibrio entre sociedad y naturaleza; de



ahí que enfrentarlas exige transformar la salud pública en un proceso participativo, territorial y ético.

El salubrista explica que la irrupción de nuevas enfermedades y la reemergencia de otras que se creían controladas surge de una convergencia de factores estructurales. En Colombia, por ejemplo, se dan rebrotes de fiebre amarilla en zonas con baja cobertura vacunal y circulación de nuevas cepas de viruela símica desde el 2023. Ampliando el contexto, indica Guerrero Espinel, se podría decir que en los factores de crecimiento de los brotes recientes de enfermedades como MPOX (viruela símica), fiebre amarilla y dengue, se evidencia una convergencia de factores globales y locales.

En el caso del dengue, el cambio climático provoca aumentos de la temperatura y esto modifica nuestras regiones. Indica Guerrero Espinel: “por ejemplo: era imposible pensar que el dengue iba a llegar a Italia, pero el cambio en la temperatura y la movilidad humana hizo que el zancudito *Aedes aegypti* navegara y llegara a Europa, y encontrara un clima propicio para reproducirse. En este momento es posible que la gente sufra de dengue en Europa, cosa que no se imaginaba anteriormente. Ahora el cambio climático es un factor estructural determinante para que las enfermedades migren de un lugar a otro, porque hay cambio de la temperatura y los vectores se pueden mover en esa franja más cálida qué se está creando”.

Otro factor estructural causante de enfermedades emergentes y reemergentes es la deforestación. Explica el salubrista que los procesos de deforestación de una u otra forma hacen que los reservorios del ser humano tengan contacto con otros reservorios como los animales y, por eso, aparecen enfermedades como la viruela símica, la COVID-19 y otras.

“Por ejemplo, en fiebre amarilla en Colombia, el gran temor es su presencia en lugares semiurbanos, semirurales, desde donde puede saltar a la vida urbana. Estamos muy cerca de que eso suceda por esa convivencia de seres humanos que migran y se adentran en las zonas selváticas para el tráfico ilegal de drogas.

“Es en el territorio de los animales salvajes o silvestres en ciertos lugares compartidos con los seres humanos donde estos tienen la posibilidad de adquirir un nuevo virus, una nueva enfermedad, transmitida de animales a humanos, que puede generar una nueva pandemia en el futuro. Por eso las alertas internacionales de prepararnos para una posible pandemia, por esa convivencia entre los animales y el ser humano en esos territorios”, aclara Guerrero Espinel.

“Por ejemplo, en fiebre amarilla en Colombia, el gran temor es su presencia en lugares semiurbanos, semirurales, desde donde puede saltar a la vida urbana. Estamos muy cerca de que eso suceda por esa convivencia de seres humanos que migran y se adentran en las zonas selváticas para el tráfico ilegal de drogas, etc., situaciones que generan esa convivencia, y de ahí tenemos los focos de fiebre amarilla”, explicó.

En la medida en que no se tengan en cuenta esos riesgos, no se podrán tomar las acciones requeridas en una respuesta integral con participación de sectores como ambiente, educación, salud, transporte, señaló Guerrero Espinel: “es muy importante la movilidad de los vectores y por lo tanto es necesario que las comunidades conozcan el riesgo y puedan participar en la toma de decisiones adecuadas para hacer el control que corresponde y resolver en los territorios de una forma participativa y solidaria”.



El país se comprometió con la OPS/OMS en el Plan de Eliminación Acelerada de Enfermedades Infecciosas, que busca erradicar más de treinta enfermedades transmisibles para el 2030. Sin embargo, falta territorializar estas estrategias, invertir en zonas rurales y fronterizas, y formar agentes comunitarios con enfoque transformador, destaca Guerrero Espinel.

En Colombia, ante la reemergencia de la fiebre amarilla y la circulación de nuevas cepas de MPOX desde el 2023, se requiere una respuesta integral. Los Gobiernos deben fortalecer la vigilancia epidemiológica y genómica, invertir en salud preventiva y articular sectores como ambiente, educación y transporte. También es clave empoderar las comunidades: formar agentes locales, activar redes de alerta temprana y promover la participación en la toma de decisiones. “La salud pública no puede ser vertical ni reactiva, debe ser territorial, anticipativa y ética”, afirma el experto.

En la lucha contra las enfermedades transmisibles, Guerrero Espinel destaca: “las vacunas han ayudado muchísimo: si no fuera por las vacunas, estaríamos perdidos en el mundo. Desde la aparición de las primeras vacunas en el siglo XVIII, en el siglo XIX y en el siglo XX, se han salvado millones de vidas, solo vacunando. También el manejo de antibióticos, el uso de antimicóticos y medicamentos para combatir enfermedades infecciosas. Por ejemplo, la penicilina ha salvado millones de vidas, nos ha protegido de enfermedades venéreas y transmisibles. Los antibióticos representan avances para la humanidad, aunque por su mal uso hoy enfrentamos el desafío de las enfermedades resistentes a los antibióticos, la resistencia antibacteriana, algo muy delicado. Esto tiene a la OMS en alerta mundial sobre el uso adecuado de antibióticos, tanto en seres humanos como en animales, para no generar más multirresistencia”.

Avances en Colombia ante enfermedades transmisibles

En este sentido, Colombia ha dado pasos importantes. El INS actualizó protocolos para enfermedades emergentes y reemergentes. Se han fortalecido laboratorios regionales y se avanza en la implementación del Plan Decenal de Salud Pública con enfoque en enfermeda-

des desatendidas. El país se comprometió con la OPS/OMS en el Plan de Eliminación Acelerada de Enfermedades Infecciosas, que busca erradicar más de treinta enfermedades transmisibles para el 2030. Sin embargo, falta territorializar estas estrategias, invertir en zonas rurales y fronterizas, y formar agentes comunitarios con enfoque transformador, destaca Guerrero Espinel.

Entre los logros contra estas enfermedades, es importante reconocer que Colombia redujo sostenidamente los casos de lepra y malaria *vivax* en varias regiones. También fue reconocida por su respuesta territorial a la pandemia de la COVID-19, integrando universidades, prestadores y sociedad civil. Asimismo, desarrolló guías clínicas intersectoriales para tuberculosis y coinfección TB/VIH, que son referentes en América Latina.

Afirma el salubrista: “Colombia tiene el talento, la normatividad y la diversidad para liderar esta transformación si articula saberes, actores y recursos con visión estratégica. La salud en los territorios con poder se construye colectivamente. La salud pública debe ser participativa, territorializada y ética”.

La Iniciativa de Eliminación de Enfermedades Transmisibles implica un compromiso de los Gobiernos en todos los sectores como educación, ambiente, salud, transporte, producción de vacunas y medicamentos, entre otros. Indica Guerrero Espinel: “esas 30 enfermedades están en territorios lejanos y difíciles, en la Amazonía, la Orinoquía, la costa Pacífica, el norte de La Guajira. Atenderlas es más complejo y difícil, implica

un replanteamiento de la arquitectura y funcionamiento de la salud pública, y Colombia apoya esa propuesta. Estas enfermedades requieren atención especial de las universidades, los prestadores, la sociedad civil. Por ejemplo, la baja vacunación en sarampión alerta que vamos a tener una epidemia si no mejoramos las coberturas útiles. Por eso es importante tener planes con recursos financieros, capacitación de talento humano, tecnología y financiamiento para atender estos procesos”.

Afirma el salubrista que es imprescindible la educación pedagógica en todos los lugares; en colegios, escuelas, universidades, comunidades, para que la gente sea consciente del problema de las enfermedades emergentes y reemergentes y las causas estructurales. “En las comunidades, en los cuidadores, en los maestros, se puede sembrar una semilla diferente; y que la gente pueda informarse, ser consciente que si va de paseo a

un lugar selvático donde hay fiebre amarilla tiene que vacunarse, porque si contrae la enfermedad, se expone casi en un 40 o 45 % a morir”, indicó.

Al respecto agregó: “tiene que haber énfasis en la educación de las personas desde niños, explicar qué significa una enfermedad reemergente, que la gente la reconozca y sepa qué hacer si se enferma. Que la gente pueda distinguir los vectores que transmiten estas enfermedades o los animales que transmiten un tipo de enfermedad, o qué enfermedades podemos adquirir en otros lugares. Que sepamos cuáles son los vectores y transmisores de esas enfermedades. Eso debe ser información pública, en cartillas. Ahora con las redes sociales se puede enseñar a las personas cómo puede contraer una enfermedad emergente y reemergente. El asunto es educación y tener tecnología para hacer el diagnóstico y el tratamiento adecuado, oportunamente”.

Retos y avances en vigilancia y control de enfermedades emergentes y reemergentes en Colombia: Instituto Nacional de Salud

“La reemergencia de enfermedades prevenibles evidencia la necesidad de reforzar la confianza ciudadana en la vacunación, mejorar la cobertura en zonas rurales y fortalecer la articulación intersectorial. La vigilancia comunitaria y el enfoque territorial son claves para una respuesta efectiva. La salud pública debe ser vista como una inversión estratégica, no como un gasto, especialmente en un país con alta diversidad ecológica y social como Colombia”.

Así lo afirma Diana Marcela Pava Garzón, directora del Instituto Nacional de Salud (INS), quien explica que Colombia enfrenta un contexto epidemiológico complejo, marcado por la reaparición de enfermedades como fiebre amarilla, el riesgo de introducción de sarampión, brotes de tosferina (en población indígena) y Mpox, así como la persistencia de arbovirosis como dengue, Zika y Chikunguña, y la detección de casos de Oropouche. Señaló



▼ **Diana Marcela Pava Garzón,**
directora del Instituto Nacional
de Salud (INS)

que estos eventos están influenciados por factores como el cambio climático, la movilidad poblacional, las bajas coberturas de vacunación en algunas regiones y la persistencia de vectores.

Pava Garzón indica que, desde su misión, el INS lidera múltiples estrategias para la vigilancia y el control de enfermedades emergentes y reemergentes, entre las que se destacan: el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) con protocolos específicos para eventos sin establecer, brotes y enfermedades de interés internacional; la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), que empodera a líderes comunitarios para detectar y reportar eventos de salud pública; los Boletines Epidemiológicos Semanales (BES) y Reportes Nacionales que permiten el seguimiento continuo de eventos; la capacidad diagnóstica, la investigación y la capacitación continua a equipos territoriales en epidemiología de campo y diagnóstico molecular.

Destaca la directora del INS que en este proceso de vigilancia y control el Instituto ha avanzado en la



implementación de herramientas digitales como el Sivigila 4.0, el Sistema de Alerta Temprana Nacional y el fortalecimiento de laboratorios regionales. Además, se promueve la vigilancia integrada bajo el enfoque de Una Salud, que articula salud humana, animal y ambiental.

De esta forma, se han logrado avances importantes como el fortalecimiento de la capacidad de respuesta inmediata, la vigilancia entomoviroológica y la articulación intersectorial, con mejoras en la detección temprana y la clasificación de casos.

Pava Garzón agregó que las metas del INS en el manejo y el tratamiento de estas enfermedades en Colombia se alinean con el Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles 2024-2031, emitido y socializado por el Ministerio de Salud Protección Social, cuyas metas contemplan erradicar o controlar 21 enfermedades transmisibles, fortalecer la vigilancia epidemiológica, reducir inequidades territoriales en el acceso a servicios y consolidar la sostenibilidad de los avances mediante ciencia, equidad y cooperación intersectorial.

En el caso específico del control del brote de fiebre amarilla este año en Colombia, luego de que junto con el Ministerio de Salud se declarara emergencia sanitaria nacional, se desplegaron más de 20 equipos de respuesta inmediata, se realizaron investigaciones de campo, se fortaleció la capacidad diagnóstica permitiendo que el

laboratorio nacional de referencia realice el análisis de más de 2000 muestras en humanos y alrededor de 80 en animales. Además, el INS como líder en salud pública, apoya las acciones interinstitucionales para intensificar la vacunación en población susceptible.

La directora del Instituto también destacó que durante el ciclo epidémico 2023-2025 Colombia ha registrado el mayor número de casos de dengue en su historia (más de 498.000), aunque con menor letalidad comparada con epidemias anteriores (tabla 1). Las acciones frente a esta situación incluyen la participación en el Comité Estratégico en Salud (CES) liderado por el Ministerio de Salud; la implementación de la Circular Conjunta Externa 0013 del 2025; el fortalecimiento de la vigilancia entomológica; la promoción de

la salud y la comunicación de riesgo, y el análisis de factores clínicos y sociales que afectan la atención oportuna.

Por último, Pava Garzón reiteró que,

Tabla 1. Casos de dengue en Colombia

Año	Número de casos
2023	131.784
2024	320.982
2025 (a la SE 37)	102.959

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

en términos generales, los programas de vigilancia y control de enfermedades emergentes y reemergentes se adelantan con recursos fiscales provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP) y del Presupuesto General de la Nación (PGN).

Los desafíos de los Entes Territoriales: Tolima un caso de éxito

Con la puesta en marcha de varias estrategias, el departamento del Tolima enfrentó con éxito el gran brote de fiebre amarilla presentado este año y otras enfermedades reemergentes como malaria, tuberculosis y dengue.

Fair Alarcón, coordinador de Epidemiología de la Secretaría de Salud del Tolima, señala que el departamento atravesó en los dos últimos años situaciones importantes en materia de enfermedades reemergentes. En malaria, por ejemplo, después de 22 años se volvieron a presentar casos: a comienzos del 2024 se registraron 18 casos en

el municipio de Ortega. Sin embargo, gracias a un trabajo conjunto de la Secretaría de Salud Departamental y el municipio se adelantaron acciones preventivas de control vectorial y la situación no pasó a mayores.

El caso más grave fue la magnitud del brote de fiebre amarilla, situación que hace muchos años no sucedía en Colombia. Como no se reportaban casos en la historia del Tolima, no era considerado un departamento de riesgo. “Esto nos generó un problema grande, porque a diferencia de otros territorios como los departamentos del oriente colombiano donde es



Fair Alarcón,
coordinador de Epidemiología
de la Secretaría de Salud del Tolima,

endémica la fiebre amarilla, estos tuvieron la posibilidad de vacunar a la población durante muchos años. Pero en el Tolima la población en general no estaba inmunizada, excepto por los niños y menores de quince años, por la política nacional que vacuna desde hace unos quince años a los niños al año y medio de edad, lo que permitió que casi todos estos niños estén inmunizados”, indicó Alarcón.

Esa situación fue sumamente compleja y hay muchas hipótesis de lo que ocurrió. Alarcón señala que Tolima tuvo dos focos muy agresivos en el oriente del departamento, en cinco municipios: Dolores, Purificación, Prado, Coyaima y Villarrica, foco donde se reportó el primer caso de fiebre amarilla el 17 de octubre del 2024. Posteriormente, en febrero del 2025, aparecieron casos en otro foco, situación que epidemiológicamente no se explica porque las personas afectadas no reportan haberse trasladado o haber estado en sitios del primer foco; también porque las especies de primates no humanos afectados fueron totalmente diferentes.



“No hay un corredor ecológico que pudiera explicar una conexión entre los dos focos. Hoy podemos decir que fueron dos focos independientes, que a ciencia cierta no es claro cómo llegó la fiebre amarilla al Tolima, no se tiene evidencia de personas que se hayan desplazado y no tenemos evidencia del desplazamiento de primates. Muy probablemente vectores infectados de alguna manera lograron traspasar la cordillera Oriental y ubicarse en el centro del departamento y generar el foco que sigue activo en este momento. Hasta el 15 de octubre del 2025 se tienen otros 116 casos confirmados y 44 mortalidades confirmadas de fiebre amarilla. Es una gran preocupación porque la fiebre amarilla es una enfermedad muy letal”, explicó Alarcón.

Sin embargo, es muy positivo que en Tolima lograron disminuir esa letalidad: “la letalidad referida por el departamento ha sido una de las menores registradas en epidemias, no solo en el país sino en el mundo. Nosotros en el mundo tenemos una característica que indica una letalidad alrededor del 50 % y estábamos con una letalidad así al inicio, pero en este momento estamos con una letalidad alrededor del 38 %. ¿Cómo logramos disminuir la letalidad? Con un diagnóstico muy temprano y un manejo y una intervención oportuna; el Hospital Federico Lleras Acosta, de tercer nivel, en esta situación aprendió a manejar de forma adecuada los pacientes”, recalca el experto.

Contra la fiebre amarilla han desarrollado varias estrategias, pero Alarcón destaca los Vigías Comunitarios,



liderada por la Gobernación del Tolima: “en todos los municipios de foco tenemos personal de salud de las comunidades. Son líderes comunitarios que viven en las veredas más afectadas, a quienes hemos educado y capacitado para que nos ayuden en varias tareas. Nos sirven de guía y acompañan al personal de salud en la zona. Y sensibilizan la población; ellos hablan previamente con las personas para que esperen la visita del personal de salud del departamento, y de esta forma las concientizan y permiten alcanzar la meta de poder vacunarlos. Se observa que cuando encuentran personas sin vacunar y están presentes los líderes comunitarios, se logra una efectividad de aproximadamente el 40 % sobre la población que no había sido vacunada o que no se había querido vacunar. Esa estrategia nos permite identificar casos, sensibilizar, encontrar posibles primates no humanos afectados (epizootias) y, lo más importante, sensibilizar para la vacunación”.

El experto sostiene que en Tolima son conscientes de que es muy difícil conseguir la eliminación de la fiebre amarilla y de que quizá la única forma de hacerlo, como se ha hecho en algunas partes del mundo, es con una vacunación masiva: “en la práctica no es tan sencillo lograrlo, pero estamos trabajando y a eso le apuntamos: vacunar y disminuir al 100 % los susceptibles para buscar eliminarla”.

Otro frente importante de trabajo es la lucha contra el dengue en Tolima, enfermedad endémica en el departamento.

El departamento del Tolima adelanta varias estrategias, pero se destaca “La tarea es el dengue”, que consiste en darles en fechas establecidas previamente, a todos los estudiantes de todas las instituciones educativas del departamento, públicas y privadas, una tarea con cuatro preguntas.

Alarcón señala: “en el 2023 y el 2024 tuvimos un pico importante; registramos el pico más alto de dengue en la historia del Tolima cuando llegamos a 25.000 casos reportados. La letalidad del dengue es mucho menor: en ese pico tan alto de 25.000 casos las muertes confirmadas fueron 24. Sin embargo, el dengue no es fácil de controlar, aunque en el mundo se intenta de muchas maneras. No tenemos una vacuna contra el dengue; hay procesos inmunológicos con vacunas, pero no se utilizan masivamente, hay muchas inquietudes con respecto a la efectividad de esas vacunas. Hay otros procesos preventivos, pero ninguno ha sido efectivo en el control de la enfermedad. A finales del 2024 y en lo que va del 2025 hemos reducido los casos y en este momento estamos en una zona de control de la enfermedad”.

El departamento del Tolima adelanta varias estrategias, pero se destaca “La tarea es el dengue”, que consiste en darles en fechas establecidas previamente, a todos los estudiantes de todas las instituciones educativas del departamento, públicas y privadas, una tarea con cuatro preguntas. Explica Alarcón: “ellos deben averiguar qué es el dengue, cómo se transmite,



cómo se previene, y todos los estudiantes deben realizar una actividad familiar de control del dengue, y evidenciarla con fotos y videos. Es importante porque por lo menos el 70 % de los hogares del Tolima tienen estudiantes y, por tanto, en un fin de semana se trabaja con el 70 % de la población del departamento. Además, esa tarea exige que se eliminen criaderos y se hagan actividades preventivas y de control. Se evidenció que cuando hacemos la actividad, logramos una reducción importante de casos que se inicia alrededor de 15 días después y se mantiene por lo menos unos dos meses. Esta estrategia es fundamental por la cobertura que tiene y porque el costo es muy bajo”.

El experto aclara que es complejísimo eliminar el dengue porque no hay vacuna y es una enfermedad endémica con ciclos de transmisión. Por ello, se trabaja para evitar la mortalidad de los pacientes: “para eso es muy importante el manejo clínico del paciente, que no es difícil. Pero hemos identificado históricamente que en algunas instituciones existe debilidad en ese manejo sencillo del paciente. Por eso trabajamos el tema con las universidades, con los profesionales, con los prestadores del servicio de salud, capacitándolos en el diagnóstico temprano y en la guía del manejo del paciente con dengue. De esta forma no vamos a eliminarlo a corto plazo, pero sí podemos disminuir a su mínima expresión la mortalidad, que es lo que nos interesa”.

También desde el 2024 aumentan los casos de tuberculosis, al igual que en el resto del país. Pero Tolima es un departamento con alta carga de tuberculosis: pasó de tener hace 10 años unos 350 casos anuales, a tener más de 750 casos en el 2024 y en el 2025 la proyección es cerrar alrededor de 800 casos. Alarcón comenta que probablemente aumentaron los casos registrados por la utilización de la prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR) específica para tuberculosis, que aumenta la sensibilidad diagnóstica. Explica el experto: “si tenemos los pacientes diagnosticados los podemos tratar adecuadamente y curar, y podríamos ir cortando cadenas de transmisión. La tuberculosis es una enfermedad compleja, con un tratamiento difícil de más de seis

meses, por lo que buscamos garantizar que los pacientes terminen sus tratamientos”.

Y para garantizar que estos pacientes tengan un tratamiento, el departamento tiene una estrategia de soporte nutricional mediante bonos de alimentos. Señala Alarcón que casi todos estos pacientes son personas de muy bajos recursos económicos, que viven en cinturones de miseria especialmente de los cascos urbanos, donde hay mucha pobreza y hacinamiento. Como el tratamiento es muy largo se busca adherirlos, tratar de que lo terminen: cada ocho días, a las personas que son juiciosas con su tratamiento, les entregan un bono que pueden cambiar por alimentos en un supermercado. Esta estrategia ha sido muy exitosa.

Finalmente, Alarcón hace un llamado a la población: “en epidemiología aprendemos que, a pesar de los avances en la ciencia y en la medicina, de alguna forma estamos a merced de unos enemigos pequeños e invisibles que son los virus y las bacterias. Posiblemente afectados por el cambio climático, los virus se adaptan cada vez más a alturas sobre el nivel del mar donde antes no teníamos casos, como el dengue o la fiebre amarilla. Los virus van mutando también y aquí hay un tema fundamental sobre las bacterias: en el mundo hay un consumo irracional de medicamentos y especialmente de antibióticos. La gente no entiende que cuando consumimos antibióticos de forma irracional, estamos permitiendo que sobrevivan bacterias resistentes, un enemigo grandísimo. En nuestros territorios ya tenemos bacterias resistentes a múltiples tratamientos. Es un llamado en el ámbito nacional con respecto a la automedicación: debemos tener control sobre el uso de medicamentos, la dispensación en farmacias y muchos sitios, porque equivocadamente muchas personas creen que las infecciones virales o cualquier infección se soluciona con antibióticos; no entienden el riesgo tan grande que están ocasionando en el presente y en el futuro de la humanidad”.

El conocimiento también **salva** **vidas**

Aprende con los mejores en
CardioU, la plataforma
educativa de **LaCardio**
donde nuestros especialistas
comparten su experiencia y
pasión por la salud.

Dra. Diana Carolina Rodríguez
Bacterióloga especialista
de microbiología LaCardio

Conoce más aquí:



ACHC abre convocatoria para el VIII Galardón Nacional Hospital Seguro: un reconocimiento a la excelencia en seguridad del paciente



La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) abrió oficialmente la convocatoria para la VIII edición del Galardón Nacional Hospital Seguro ACHC, el máximo reconocimiento a la excelencia en seguridad del paciente en el país. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, afiliadas o no a la ACHC, podrán postularse hasta el próximo 12 de diciembre del 2025.

Entre las novedades de esta nueva edición del galardón se ha incluido una nueva categoría: “Alta confiabilidad y prácticas ultraseguras”, dirigida a hospitales de mediana y alta complejidad que han alcanzado altos ni-

veles de madurez y desempeño, y que cumplen con estándares altamente confiables con un enfoque de ultra-seguridad: “el propósito de esta categoría es ir más allá del cumplimiento de estándares y reconocer a aquellas organizaciones que han trascendido para operar con un nivel excepcional de resiliencia y proactividad en la gestión de riesgos. La obtención del Galardón de Alta Confiabilidad tiene como requisito indispensable haber superado la evaluación del Galardón de Excelencia”, se explica en la bases del premio.

Además, se abre la convocatoria para el desarrollo del piloto del premio para instituciones que prestan servicios de atención domiciliaria, reconociendo así el crecimiento y la importancia de la atención de salud en la modalidad extramural domiciliaria.

Las IPS interesadas podrán postularse en tres modalidades:

Excelencia en seguridad del paciente: abierta a instituciones hospitalarias y ambulatorias, evalúa la implemen-

tación rigurosa de los estándares del galardón y para obtener la distinción exige un puntaje mínimo de 850 sobre 1000 puntos.

Alta confiabilidad y prácticas ultra-seguras: exclusiva para IPS de mediana y alta complejidad; pueden postularse aquellas entidades galardonadas o no en ediciones anteriores y que, por su madurez y desempeño, consideren que están preparadas para cumplir con los estándares altamente confiables y superarlos con un enfoque de ultraseguridad. Para obtener este reconocimiento las instituciones deben alcanzar el puntaje mínimo de la categoría Excelencia ($\geq 850/1000$) y, además, lograr al menos 255 de 300 puntos adicionales otorgados por un evaluador especializado y validados por el jurado.

Piloto de atención domiciliaria: reconoce experiencias innovadoras en seguridad en la atención en casa, con un énfasis cualitativo y un sello de reconocimiento especial.

La metodología del Galardón combina autoevaluación interna, visitas de campo por evaluadores certificados y deliberación final de un jurado internacional. Este enfoque garantiza transparencia, imparcialidad y rigurosidad técnica en cada fase del proceso.

Las entidades que se postulan tendrán hasta el 30 de enero del 2026 para presentar el informe de autoevaluación; entre marzo y mayo de ese año los evaluadores harán las visitas

La metodología del Galardón combina autoevaluación interna, visitas de campo por evaluadores certificados y deliberación final de un jurado internacional. Este enfoque garantiza transparencia, imparcialidad y rigurosidad técnica en cada fase del proceso.

de campo, y entre junio y julio se dará la evaluación de los jurados internacionales. El Galardón Nacional Hospital Seguro ACHC 2026-2028 se entregará a finales de julio en el marco del XVI Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas y la Feria Internacional de la Salud, Meditech 2026.

Además del reconocimiento a las entidades que a diario trabajan de manera decidida por brindar a los pacientes servicios seguros y de alta calidad, el Galardón Nacional Hospital Seguro ACHC se ha convertido en una hoja de ruta integral para el mejoramiento continuo de la seguridad hospitalaria. Desde su creación en el 2009 ha impulsado a decenas de instituciones a revisar, fortalecer e innovar en sus procesos de gestión del riesgo, control de infecciones, uso seguro de medicamentos y construcción de una cultura organizacional que ponga al paciente en el centro. A lo largo de las siete ediciones anteriores del premio se han entregado veintiocho galardones a catorce reconocidas entidades de todo el país.

Toda la información sobre las bases y estándares del galardón está disponible en <https://achc.org.co/> 

ACHC se unió al Día Mundial de la Seguridad del Paciente con foro académico dedicado a la seguridad materno-infantil y pediátrica



El 17 de septiembre del 2025 se llevó a cabo el Foro Académico: Seguridad del Paciente desde el Inicio de la Vida, un evento virtual organizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) que reunió a líderes, expertos y profesionales de la salud en torno a uno de los temas más sensibles para el sector: la protección de madres, recién nacidos y población pediátrica en todos los escenarios de atención, uniéndose así a la campaña de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en este 2025 sobre cuidados seguros para todos los recién nacidos y todos los niños.

“Desde la ACHC buscamos mantener vivas las conversaciones sobre seguridad y calidad en la atención, por gestionar el conocimiento, independiente de las coyunturas que estamos viviendo, hay que diferenciar los temas coyunturales y los temas estructurales. El asunto de la promoción de la calidad, de la búsqueda de mejores desenlaces para la población siempre debe ser considerado en la agenda de los temas estructurales”, expresó Juan Carlos Giraldo, director general de la ACHC, en la apertura del foro.

Por su parte, el Dr. Gustavo Mery, asesor internacional de Sistemas y Servicios de Salud para Colombia OPS/OMS, recordó que para la OMS la seguridad del paciente, y más ampliamente la calidad en la atención en la prestación de servicio de salud, son fundamentales: “nosotros trabajamos durante años de la mano de los países como Colombia en pro de la salud universal, y para eso necesitamos tener a todas las personas con coberturas adecuadas de salud, pero también con acceso a los servicios [...] en Colombia hay buena cobertura, tenemos que trabajar más

por acceso a todo tipo de servicios con calidad”.

La agenda incluyó intervenciones de destacados especialistas nacionales e internacionales. La conferencia de apertura la dio el Dr. Pablo Durán, asesor regional en Salud Perinatal PAHO/WHO, quien presentó los retos en la seguridad y el cuidado respetuoso en recién nacidos y niños en las Américas. Por su parte, expertos de reconocidas entidades que ofertan servicios de pediatría como la Fundación HOMI, la Clínica Imbanaco, el Hospital Infantil Los Ángeles, la Clínica Universitaria Bolivariana y la Clínica El Rosario durante la jornada abordaron temas clave como la seguridad obstétrica y la reducción de riesgos en el parto, la gestión de riesgos clínicos y estratégicos en la atención pediátrica, el parto seguro como eje de la seguridad infantil, la seguridad en oncología pediátrica, así como el involucramiento de la familia en el cuidado de los recién nacidos.

Este espacio académico, que contó con más de cuatrocientos participan-

El foro finalizó con un conversatorio entre los conferencistas y con el lanzamiento de la VIII edición del Galardón Nacional Hospital Seguro ACHC, iniciativa que reconoce las buenas prácticas en seguridad del paciente en el ámbito nacional.

tes virtuales, fue una plataforma para la actualización, el intercambio de experiencias y la promoción de estrategias innovadoras que contribuyen a la mejora continua de la calidad en la atención, lo que reafirmó el compromiso de la ACHC con la generación de conocimiento y el fortalecimiento de una cultura de seguridad del paciente desde el inicio de la vida, respondiendo a las prioridades globales en salud y aportando al desarrollo de un sistema de atención más confiable y humano.

El foro finalizó con un conversatorio entre los conferencistas y con el lanzamiento de la VIII edición del Galardón Nacional Hospital Seguro ACHC, iniciativa que reconoce las buenas prácticas en seguridad del paciente en el ámbito nacional.



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

www.achc.org.co

Hospital Infantil Los Ángeles y Fundación Casa Ronald McDonald, unidos por el bienestar de las familias de los niños hospitalizados

El inicio de la atención en el nuevo espacio hospitalario ha sido altamente satisfactorio, reflejado en la positiva acogida y la gratitud de las familias beneficiadas. En el primer mes de funcionamiento se atendieron 128 familias y se realizaron 890 atenciones en todos los servicios ofertados.



La apertura oficial estuvo presidida por Monseñor Juan Carlos Cárdenas Toro, la Junta Directiva y la gerente general, Doris Sarasty Rodríguez.

El Hospital Infantil Los Ángeles y la Fundación Casa Ronald McDonald inauguraron la sala familiar Ronald McDonald en Pasto, marcando un hito como la primera en su tipo en el suroccidente de Colombia. Fue creada para ofrecer a las familias de niños hospitalizados un espacio acogedor y hogareño a pocos pasos de los pacientes. Su propósito es brindar descanso, alivio emocional y

confort a quienes recorren largas distancias en busca de atención médica.

La apertura oficial se realizó en un evento especial que estuvo presidido por monseñor Juan Carlos Cárdenas Toro, la Junta Directiva y la gerente general, Doris Sarasty. Por parte de la Fundación Casa Ronald McDonald asistieron los miembros de la Junta Directiva José María Forero y James Barbosa, la directora ejecutiva Diana Peña y el director de Operaciones, Andrés Parra.

La nueva sala familiar Ronald McDonald está ubicada dentro del Hospital Infantil Los Ángeles; consta de más de trescientos metros cuadrados de construcción, con una inversión aproximada conjunta de mil millones de pesos. Su diseño y construcción estuvo a cargo de la firma Sicon SAS, en cabeza del arquitecto Manuel Felipe Woodcock.

Con un diseño cálido y funcional, el espacio cuenta con zonas de

descanso, cocina, lavandería, entretenimiento y áreas pensadas para promover la conexión y el bienestar. Sus espacios brindan tranquilidad y descanso; recrean un ambiente cálido, cómodo y personal, con la intención de que sus visitantes se sientan “como en casa”, y se identifican con elementos y ambientes naturales que acompañan la vida.

“Como institución de altísima responsabilidad social tenemos una visión holística de la infancia; vemos al niño como un ser humano integral compuesto de cuerpo, mente, espíritu, familia y entorno. Para nosotros no es un cuerpo enfermo que factura por un servicio, sino que le agregamos valor a su atención en salud. Los caminos de Dios son perfectos y en un evento de la Organización para la Excelencia de la Salud (OES) realizado en Cartagena en el 2023 conocimos la Fundación Casa Ronald McDonald, juntamos nuestros sueños e hicimos realidad este hermoso programa”, expresó la gerente general del Hospital Infantil Los Ángeles, Doris Sarasty.

Por su parte, la directora ejecutiva de la Fundación Casa Ronald McDonald, Diana Peña, manifestó: “este proyecto lo hemos construido de la mano con el Hospital Infantil Los Ángeles, donde encontramos una sintonía increíble desde el primer momento. Todo fluyó con generosidad, compromiso y un profundo sentido de propósito compartido. Cada rincón de esta sala fue pensado con el corazón y diseñado con talento local para acompañar a las familias cuan-

do más lo necesitan. Es un privilegio contar con aliados tan especiales, y confío en que este sea solo el comienzo de muchos proyectos en los que podamos seguir construyendo país juntos”.

Esta iniciativa impacta a miles de familias procedentes de zonas rurales, comunidades indígenas y afrodescendientes, que enfrentan grandes barreras geográficas y económicas para acceder a servicios de salud. Además, refuerza el Modelo de Atención Centrado en la Persona, eje fundamental del Hospital Infantil Los Ángeles.

En Colombia, la Fundación Casa Ronald McDonald tiene 6 salas familiares en Bogotá, Medellín y ahora en Pasto. En el ámbito mundial son 276 salas ubicadas en 65 países de Asia, el Pacífico, Medio Oriente, Norteamérica (Estados Unidos y Canadá), Europa y América Latina.^[1]



Clínica Universitaria Bolivariana renueva su sello como Hospital Universitario



La Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, integrada por los ministerios de Salud y Protección Social y de Educación, ratificó por siete años a la Clínica Universitaria Bolivariana como Hospital Universitario, máxima distinción que puede recibir una institución hospitalaria en Colombia. Actualmente, solo veinticuatro instituciones en el país ostentan este reconocimiento, de las cuales cuatro se encuentran en Medellín.

Con esta renovación, la clínica se consolida como referente nacional en la formación de profesionales de la salud, la investigación clínica y la innovación, integrando la práctica asistencial con la academia, especialmente con la Universidad Pontificia Bolivariana.

“Este logro reafirma nuestro compromiso con la educación, la ciencia y, sobre todo, con los pacientes, quienes reciben atención confiable y humanizada mientras formamos a los profesionales del futuro”, aseguró Carlos Alberto Restrepo Molina, director general de la Clínica Universitaria Bolivariana.

El reconocimiento como Hospital Universitario no solo valida la calidad en la atención clínica, sino también la capacidad de la institución para ofrecer escenarios de práctica académica de alto nivel. Actualmente, la clínica cuenta con más de 1141 estudiantes en formación y 176 profesionales docentes, quienes acompañan procesos que integran de manera armónica el conocimiento científico con la práctica clínica.

La investigación es otro de los pilares que sostienen este reconocimiento. La clínica desarrolla 109 proyectos activos, de los cuales el 71 % cuenta con participación estudiantil, impulsando el relevo generacional en la ciencia y aportando soluciones innovadoras a las necesidades de salud del país. Además, dispone de una unidad de ensayos clínicos certificada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), lo que garantiza estándares internacionales de calidad en los procesos investigativos.

Por otro lado, la clínica en su constante apuesta por la excelencia y la innovación en salud, abrió recientemente el Servicio de Resonancia Magnética, con la adquisición de MAGNETOM Flow, una tecnología de Siemens Healthineers que combina precisión diagnóstica, eficiencia y sostenibilidad, ofreciendo a los pacientes una atención integral y altamente eficiente, y protegiendo siempre el don maravilloso de la vida.

Así mismo, la Clínica Universitaria Bolivariana se convirtió en la primera institución de salud en Antioquia en implementar el sistema Kardex vertical, una solución automatizada de última generación para la gestión de insumos médicos

y medicamentos, que le permite optimizar los procesos logísticos internos de la clínica, mejorando la trazabilidad, el control de inventarios, el manejo de fechas de vencimiento y la eficiencia en el alistamiento de insumos farmacéuticos. Además, su diseño vertical maximiza el uso del espacio físico, reduciendo significativamente las averías y agilizando los tiempos de respuesta ante las necesidades asistenciales.

En sus treinta años de historia, la Clínica Universitaria Bolivariana ha construido una cultura institucional orientada al avance científico y la excelencia en la formación integral, consolidando un modelo en el que la investigación, la innovación y la asistencia médica confluyen en beneficio de los pacientes y la sociedad. Con estos logros recientes la institución reafirma su propósito de seguir siendo un centro clínico-académico e innovador con prestigio nacional e internacional.

Hospitales y clínicas colombianos se consolidan entre los mejores de América Latina en el Ranking Intellat 2025



El más reciente Ranking Intellat 2025 de los mejores hospitales y clínicas de América Latina evidenció nuevamente el liderazgo de las instituciones hospitalarias colombianas en la región. En la clasificación general en el top diez del *ranking* se posicionaron: la Fundación Santa Fe de Bogotá en el tercer lugar en América Latina, con 78,75 puntos,

solo superada por dos hospitales brasileños (Hospital Israelita Albert Einstein y el Hospital Sírio-Libanês). Por su parte, la Fundación Valle del Lili de Cali se ubicó en el quinto puesto con 75,95 puntos; la Fundación Cardioinfantil-LaCardio de Bogotá en el séptimo con un puntaje de 74,84 y la Clínica Imbanaco de Cali en el noveno lugar con 73,83 puntos sobre cien (tabla 1).

Tabla 1. Top 10 Ranking Intellat Mejores Hospitales de América Latina 2025

Rk 2025	Hospital	País	Ciudad	Puntaje
1	Einstein Hospital Israelita	Brasil	São Paulo	97,3
2	Hospital Sírio-Libanês	Brasil	São Paulo	81,04
3	Fundación Santa Fe de Bogotá	Colombia	Bogotá	78,75
4	Hospital Italiano	Argentina	Buenos Aires	78,02
5	Fundación Valle del Lili	Colombia	Cali	75,95
6	Hospital Moinhos de Vento	Brasil	Porto Alegre	75,61
7	Fundación Cardioinfantil-LaCardio	Colombia	Bogotá	74,84
8	Centro Médico ABC	México	Ciudad de México	74,73
9	Clínica Imbanaco	Colombia	Cali	73,83
10	Hospital Punta Pacífica-Pacífica Salud	Panamá	Ciudad de Panamá	69,76

Fuente: Ranking Intellat 2025 Mejores Hospitales de América Latina 2025.



Fundación Santa Fe de Bogotá



Fundación Valle del Lili



Fundación Cardioinfantil-LaCardio de Bogotá

Según Ricardo Zisis, director ejecutivo de Intellat, en la edición 2025 del *ranking* (anterior América Economía), participaron 80 hospitales de 9 países: Brasil, 30; Colombia, 26; México, 9; Perú, 5; Argentina, 5; Ecuador, 2; Chile, 2; Panamá, 1 y Costa Rica, 1, los cuales fueron evaluados en nueve dimensiones que comprenden: seguridad

y resultados clínicos, personas o gestión del talento humano, generación de conocimiento, eficiencia, telemedicina, tecnología, sostenibilidad, experiencia del paciente y prestigio. Además, por primera vez evaluaron cuatro especialidades: oncología, cardiología, pediatría y ginecología y obstetricia (tabla 2).

Tabla 2. Entidades colombianas en el Ranking Intellat 2025 Mejores Hospitales de América Latina

Ranking Colombia	Ranking gral. LA	Hospital	País	Ciudad	Puntaje
1	3	Fundación Santa Fe de Bogotá	Colombia	Bogotá	78,75
2	5	Fundación Valle del Lili	Colombia	Cali	75,95
3	7	Fundación Cardioinfantil-LaCardio	Colombia	Bogotá	74,84
4	9	Clínica Imbanaco	Colombia	Cali	73,83
5	14	Hospital Pablo Tobón Uribe	Colombia	Medellín	67,08
6	19	Hospital de San Vicente Fundación	Colombia	Medellín	60,33
7	20	Clínica Reina Sofía-Colsanitas	Colombia	Bogotá	56,81
8	21	Méderi Hospital Universitario	Colombia	Bogotá	56,71

Continúa →

Tabla 2. Entidades colombianas en el Ranking Intellat 2025 Mejores Hospitales de América Latina

Ranking Colombia	Ranking gral. LA	Hospital	País	Ciudad	Puntaje
9	24	Clínica Las Américas AUNA	Colombia	Medellín	56,33
10	26	Clínica Somer	Colombia	Río Negro	55,64
11	27	HOMI-Hospital Pediátrico de la Misericordia	Colombia	Bogotá	54,13
12	28	Fundación Hospital Infantil Los Ángeles	Colombia	Pasto	53,31
13	29	Clínica del Occidente	Colombia	Bogotá	53,28
14	31	Clínica Universitaria Colombia-Colsanitas	Colombia	Bogotá	52,74
15	45	Centro Policlínico del Olaya	Colombia	Bogotá	49,08
16	46	Clínica Bonnadona	Colombia	Barranquilla	49,01
17	49	Clínica Medellín-Quirónsalud	Colombia	Medellín	48,14
18	51	Clínica Los Nogales	Colombia	Bogotá	48,02
19	52	Clínica IMAT Oncomédica Auna	Colombia	Montería	47,97
20	56	Clínica Sebastián de Belalcázar	Colombia	Cali	45,98
21	64	Clínica Cardio VID	Colombia	Medellín	45,55
22	69	Clínica Iberoamérica-Colsanitas	Colombia	Barranquilla	42,48
23	71	Clínica Infantil Santa María del Lago-Colsanitas	Colombia	Bogotá	41
24	75	Clínica Portoazul AUNA	Colombia	Barranquilla	38,88
25	76	Clínica El Carmen-Colsanitas	Colombia	Barranquilla	38,77
26	80	Clínica Keralty Ibagué-Colsanitas	Colombia	Ibagué	35,1

Fuente: Ranking Intellat 2025 Mejores Hospitales de América Latina 2025.

Las entidades colombianas se destacaron tanto en las especialidades como en las dimensiones evaluadas. En las primeras, la Fundación Cardioinfantil ocupó el segundo lugar en América Latina en cardiología y el décimo en oncología y pediatría; la Fundación Valle del Lili fue segunda en oncología y cuarta en cardiología, pediatría y ginecología y obstetricia; mientras que la Fundación Santa Fe alcanzó el tercer puesto en ginecología y obstetricia, el sexto lugar en

oncología, el octavo en cardiología y el noveno en pediatría.

Con respecto a las dimensiones evaluadas, las entidades hospitalarias colombianas también se destacaron en cada uno de estos aspectos; por ejemplo, el Hospital Pediátrico La Misericordia (HOMI) se ubicó en el primer lugar en eficiencia con 100 puntos, seguido por el Centro Policlínico del Olaya; en sostenibilidad la Fundación Cardioinfantil fue la primera y el Hospital Infantil



Los Ángeles se ubicó en segundo lugar; en seguridad y resultados clínicos la Fundación Valle de Lili fue segunda y la Clínica Imbanaco cuarta; en gestión de personas el Hospital Pablo Tobón Uribe se ubicó en el quinto lugar de la evaluación; en telemedicina y ambulatorio la Clínica Reina Sofía ocupó el tercer lugar y la Clínica Imbanaco el quinto; en experiencia del paciente LaCardio fue segunda en la región, la Fundación Santa Fe segunda y la Clínica Imbanaco tercera.

Estos resultados confirman que los hospitales y clínicas colombianos reflejan su compromiso permanente con la calidad, la innovación y la excelencia en la atención a los pacientes. Para la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) es motivo de orgullo acompañar y representar a entidades que, con su liderazgo y buenas prácticas, enaltecen la gestión hospitalaria del país y reafirman a Colombia como un referente en salud en la región. [\[1\]](#)

Hospitalización domiciliaria para pacientes agudos: una alternativa estratégica ante la saturación hospitalaria



**Jaime Albeiro
Hurtado, Asesor**

Técnico de la Asociación Colombiana
de Instituciones de Salud
Domiciliaria (ACISD)

**Julio César
Castellanos Ramírez,**
Gerente Clínica Reina Sofía

La hospitalización domiciliaria (HaH) es un modelo de sustitución directa de la atención hospitalaria que traslada al hogar del paciente los recursos, tecnologías y personal necesarios para ofrecer una atención

equivalente a la hospitalización tradicional. A diferencia de programas de cuidado crónico o atención primaria, este modelo se enfoca en el manejo de patologías agudas con estándares clínicos hospitalarios, en un entorno más humanizado y funcional.

En Colombia, donde la escasez de camas hospitalarias, la congestión de urgencias y la presión sobre el talento humano en salud son retos estructurales, la HaH se plantea como una solución inmediata y sostenible. Estudios recientes destacan que el país cuenta con apenas 1,7 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes, cifra inferior al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Gutiérrez *et al.*, 2023).

Este modelo ha demostrado ser seguro, resolutivo y costo-efectivo en múltiples contextos internacionales:

- Francia: los servicios de HaH tienen costos hasta diez veces menores que la hospitalización convencional, con altos niveles de satisfacción del paciente y una reducción significativa de infecciones nosocomiales.
- Israel: adoptó ampliamente la HaH durante la pandemia, logrando aumentar el 15 % la capacidad del sistema.
- EE. UU.: el modelo redujo readmisiones hospitalarias en un 30 % y los costos asociados en un 38 % (Conley, 2024).
- España y Australia: han aplicado el modelo en contextos pediátricos, rurales y oncológicos, con resultados igualmente alentadores en cuanto a calidad de vida y eficiencia hospitalaria.

Colombia cuenta con un marco normativo que reconoce la internación domiciliar para pacientes crónicos y

La integración de este modelo en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), como propone la reforma al sistema de salud (Cámara de Representantes, 2024), permitiría liberar camas hospitalarias para casos críticos,

agudos, siempre que cumpla estándares de calidad y sea financiada por la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Sin embargo, persisten limitaciones para habilitar servicios de mediana complejidad en modalidad domiciliar, especialmente en pacientes agudos que podrían beneficiarse significativamente.

La integración de este modelo en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), como propone la reforma al sistema de salud (Cámara de Representantes, 2024), permitiría liberar camas hospitalarias para casos críticos, reducir visitas innecesarias a urgencias y mejorar la experiencia del paciente y su familia.

Un estudio reciente realizado en Bogotá comparó los costos de atención en pacientes con infección urinaria complicada, entre modelos de hospitalización intramural y HaH. Se evidenció que el costo por día fue un 20,4 % menor en hospitalización domiciliar, sin comprometer la seguridad del paciente (Lombo Moreno *et al.*, 2023).

Los componentes clave del modelo incluyen:



- Equipos multidisciplinarios coordinados (médicos, enfermeros, terapeutas, nutricionistas, psicólogos).
- Infraestructura tecnológica para monitoreo remoto.
- Protocolos clínicos estandarizados y trazabilidad.

Este modelo permite tratar condiciones agudas como insuficiencia cardíaca, neumonía, infecciones severas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) descompensada. También se ha implementado con éxito en quimioterapia domiciliaria, transfusiones, manejo del dolor agudo y cuidados paliativos intensivos, con reducción significativa en riesgos como delirio y desacondicionamiento, particularmente en personas mayores.

Estudios internacionales y revisiones sistemáticas recientes, como la de Edgar *et al.* (2024) y la publicada por Curioni *et al.* (2023), han concluido que la HaH puede ser más económica que la hospitalización convencional, sin disminuir la efectividad clínica.

Finalmente, para garantizar su escalabilidad en Colombia, es fundamental:

- Consolidar evidencia local del impacto clínico y económico.
- Incluir la HaH como componente estructural en la planificación de redes.
- Promover alianzas entre prestadores y aseguradores.
- Actualizar la normativa para poder habilitar servicios de mediana complejidad en modalidad extramural domiciliaria.
- Formar talento humano para la atención en salud de pacientes en domicilio.

La hospitalización en casa no debe entenderse como una solución marginal o residual, sino como una herramienta estratégica que optimiza el uso de recursos hospitalarios, mejora la experiencia del paciente y contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud colombiano.

Referencias

- Calmon, M. (2022, noviembre 16). *French Policy for HAH Organization and Development*. WHAHC21.
- Cámara de Representantes. (2024). Ponencia para segundo debate del Proyecto de Ley 312 del 2024C.
- Conley, J. (2024). *Current State of HaH in the US and the Roadmap for Future Expansion*. III Congreso Internacional de Atención Domiciliaria.
- Curioni, C., Silva, A. C., Damião, J., Castro, A., Huang, M., Barroso, T., Araujo, D. y Guerra, R. (2023, febrero 15). The Cost-Effectiveness of Homecare Services for Adults and Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (IJERPH), 20(4), 3373. doi: 10.3390/ijerph20043373
- Edgar, K., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Gonçalves-Bradley, D. C., Wong, E. y Shepperd, S. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, (3), art. CD007491. doi: 10.1002/14651858.CD007491.pub3
- Ellis, G. (2022, noviembre 16). *Implementing Hospital at Home Models at National Scale*. WHAHC21.
- Gutiérrez, C., Palacio, S., Giedion, Ú. y Distrutti, M. (2023). *¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia*. BID.
- Lombo Moreno, C. E., Muñoz Velandia, O. M. y Solano, A. E. (2023). Costos de atención domiciliaria de nivel hospitalario vs. intrahospitalaria en infección de vías urinarias complicada. *Gerencia y Políticas de Salud*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.cadh>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 del 2019., "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resolución%20no.%203100%20de%202019.pdf
- Offer, I. y Sabar, R. (2023, septiembre 13). Conflicts at Home. WHAHC23.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá
| VIGILADA MINEDUCACIÓN |

Formación de alto nivel para crecer y trascender.

El mundo actual necesita profesionales capaces de aportar soluciones innovadoras y responder a los retos de su entorno con visión global, ética y preparación académica.

En la **Pontificia Universidad Javeriana** encontrarás una oferta de **posgrados de excelencia**, diseñados para fortalecer tus competencias y abrir nuevas oportunidades de desarrollo.

Al ser parte de nuestra comunidad accedes a:

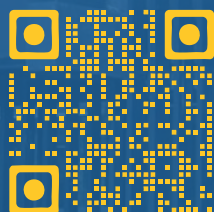
- ✓ Formación con calidad reconocida y acreditada.
- ✓ Docentes con amplia trayectoria académica e investigativa.
- ✓ Escenarios reales de aprendizaje y centros de simulación.
- ✓ Grupos de investigación reconocidos por MinCiencias.
- ✓ Movilidad nacional e internacional y certificaciones adicionales.
- ✓ Uno de los repositorios bibliográficos más grandes de América Latina.
- ✓ Opción de doble titulación en algunos programas.

Programas de posgrado:

- **Maestría en Bioética**
SNIES 53581
- **Maestría en Enfermería en Cuidado Paliativo**
SNIES 106537
- **Maestría en Enfermería en el Cuidado Crítico**
SNIES 106402
- **Maestría en Enfermería Oncológica**
SNIES 106354
- **Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo**
SNIES 105875
- **Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico**
SNIES 998
- **Especialización en Enfermería Pediátrica**
SNIES 7690
- **Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo**
SNIES 107711

Proyecta tu futuro, potencia tus habilidades y marca la diferencia.

Conoce nuestra oferta:



Australia estrena una ley de atención a mayores con enfoque de derechos y nuevo modelo de atención domiciliaria



Con la entrada en vigencia el 1.º de noviembre del 2025 de la nueva Ley de Cuidado de Personas Mayores y el lanzamiento del programa *Support at Home*, que reordena la atención en el hogar y refuerza la autonomía de las personas mayores, Australia culmina un ciclo de reformas estructurales a su sistema de cuidados. La ley, aprobada por el Parlamento Australiano en noviembre del 2024, sustituye el marco vigente desde 1997 y establece un enfoque centrado en derechos de las personas de la tercera edad.

De acuerdo con la Comisión de Calidad y Seguridad en el Cuidado de las Personas Mayores del Gobierno de Australia, el cambio más visible de la

nueva ley es el enfoque ya que la normativa deja de organizarse en torno a los proveedores y se reorienta explícitamente hacia los derechos y necesidades de las personas que acceden a cuidados financiados por el Estado. La ley define principios para agencias públicas, endurece los requisitos de registro y supervisión de proveedores, actualiza los mecanismos de financiación y crea nuevas figuras regulatorias, entre ellas un Comisionado de Cuidado para Pueblos Originarios.

El nuevo marco también incorpora estándares de calidad fortalecidos, derivados de las recomendaciones de la Real Comisión de Calidad y Seguridad, con énfasis en alimentación y nutrición, demencia, diversidad, gobernanza y atención clínica. Estos estándares acompañan la puesta en marcha de la ley para asegurar continuidad y mejora de la calidad.

Las autoridades australianas en las diferentes etapas de socialización han destacado que el propósito central es “poner los derechos y necesidades de las personas mayores en el centro del sistema”, con efectos tanto en los cuidados en el hogar y la comunidad como en los centros residenciales por lo que, aunque la nueva ley tenía inicialmente

que entrar en vigor en junio del presente año, el Gobierno Federal, tras consultas sectoriales, la aplazó hasta el 1.º de noviembre para dar más tiempo de preparación tecnológica y operativa a los prestadores y a la administración.

El Gobierno australiano expone que la nueva ley proporciona un sistema de atención a personas mayores con visión de futuro, diseñado para

- Defender los derechos de las personas mayores según la Declaración de Derechos
- Ayudar a las personas mayores a acceder a los servicios de atención para que puedan vivir vidas activas, autodeterminadas y significativas.
- Garantizar un acceso equitativo y una prestación flexible de servicios de aten-

ción a personas mayores financiados que prioricen a las personas mayores.

- Permitir que las personas mayores que acceden a servicios de atención financiados ejerzan la elección y el control en la planificación y la prestación de esos servicios.
- Proporcionar un marco regulatorio sólido y basado en el riesgo para la prestación de servicios de atención a personas mayores financiados, incluidos mecanismos de quejas accesibles.
- Garantizar que las personas mayores estén libres de malos tratos, negligencia y daños causados por una atención de mala calidad o insegura.
- Proporcionar y apoyar mecanismos de educación y defensa que puedan ayudar a las personas mayores a comprender sus derechos, tomar decisiones y proporcionar retroalimentación sobre la prestación de esos servicios sin represalias.
- Alentar a los prestadores y trabajadores a brindar atención de alta calidad.

¿Pueden las IPS acogerse a un proceso de insolvencia o a acuerdos privados de reorganización?

LEY 2437 DE 2024.

Ahora las IPS privadas pueden acceder a un procedimiento de recuperación empresarial ante las Cámaras de Comercio

Plazos de pago: 10, 15, o más años

- Tasas de interés bajas: hasta IPC, o menos
- Periodo de gracia para iniciar pagos
- Suspensión de embargos y cobros

Un diagnóstico profesional puede salvar la operación de su IPS y reorganizar su pasivo a largo plazo.

¿Por qué actuar ahora?

- Negocie con todos sus acreedores en un solo proceso
- Conserve sus bienes y continúe operando
- Trámite ágil con validación judicial
- Asesoría estratégica que asegura el éxito del procedimiento

CUBIDESERNA

ABOGADOS EMPRESARIALES



Una buena asesoría determina que la IPS pueda continuar operando después de reorganizar los pasivos a largo plazo con intereses reducidos o sin intereses.

Bogotá / Colombia

WWW.CUBIDESERNA.COM
310 327 9456 / 310 228 0567
Carrera 9 No. 72-81 Oficina 305
rserna@cubideserna.com
acubides@cubideserna.com





Support at Home: el nuevo pilar para el cuidado de personas mayores

Como parte de la implementación de la ley, el Gobierno australiano pondrá en marcha el programa *Support at Home*, que reemplaza el *Home Care Packages* (HCP) y al *Short-Term Restorative Care* (STRC) a partir del 1.º de noviembre del 2025. Según la Comisión, el objetivo de concentrar los servicios en un solo programa es simplificar y hacer más flexible la oferta de apoyos en el hogar, con acceso más ágil a tecnologías de asistencia, productos, equipamientos y modificaciones domiciliarias, para sostener la independencia, la actividad y la conexión social de las personas mayores.

Las funciones de dicho programa se concentran en tres aspectos clave:

- Clasificación de necesidades y presupuestos personales: se introduce un sistema de niveles de presupuesto asociado a la clasificación del Estado y necesidades de cada persona, de modo que los apoyos se ajusten mejor a su situación.
- Contribuciones según ingresos y activos: el programa prevé aportes del participante basados en la evaluación de ingresos y patrimonio, con el fin de focalizar el financiamiento público y mejorar la sostenibilidad.
- Acceso anticipado a apoyos: se habilitan mecanismos para disponer desde el inicio de ayudas clave como tecnologías de asistencia o modificaciones del hogar que prevengan deterioros y posterguen la institucionalización.

El Gobierno de Australia tiene previsto culminar la transición a este programa en julio del 2027, cuando de acuerdo con el cronograma se habrán finalizado todos los ajustes y cambios operativos para integrar a todos los proveedores, usuarios y prestadores.

La Comisión de Calidad y Seguridad en el Cuidado tendrá un nuevo marco jurídico, que reemplaza la legislación del 2018 y refuerza las herramientas de supervisión (registro de proveedores, aprobación de hogares residenciales, cumplimiento de estándares, manejo de información) para mejorar la seguridad y la experiencia de las personas usuarias.

Con el cambio de la política de cuidado de personas mayores esperan que la población de la tercera edad tenga mayor claridad sobre sus derechos, respuestas más personalizadas y trámites simplificados para acceder a apoyos clave de atención en el hogar, para lo cual desde ya en el portal oficial *My Aged Care* el Gobierno ha empezado a explicar de manera didáctica los cambios y la lógica de “personas en el centro” en hogares, comunidad y residencias.

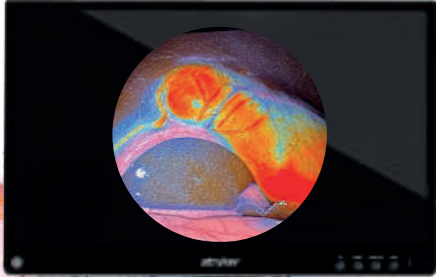
Para los proveedores, 2025-2026 será un periodo de adecuación operativa: nuevos requisitos de registro, sistemas de información y facturación compatibles con el programa *Support at Home*, y alineamiento con los estándares de calidad fortalecidos. El Ministerio ha señalado que se da ese tiempo para reducir riesgos de transición y garantizar que las entidades estén listas, con orientaciones y materiales específicos ya disponibles.

En lo financiero, el énfasis en contribuciones según capacidad de pago para servicios no clínicos y la reasignación hacia apoyos en el hogar apuntan a la sostenibilidad, a la vez que se intenta responder a listas de espera y a una demanda en aumento por envejecimiento poblacional.

La construcción de esta ley partió de aproximadamente sesenta recomendaciones de la Comisión Real sobre Calidad y Seguridad de la Atención a las Personas Mayores y las conclusiones y solicitudes en múltiples consultas públicas administrado por el Departamento de Salud, Discapacidad y Envejecimiento. Se centra en empoderar a las personas mayores y defender sus derechos, necesidades y decisiones personales. También influye en la forma en que la Comisión de Calidad y Seguridad de la Atención a las Personas Mayores regula a los proveedores y los exige responsabilidades por el cumplimiento de sus obligaciones. ■

Plataforma de visualización 1788

stryker



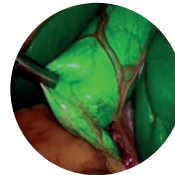
Modalidades de imagen



4K WL



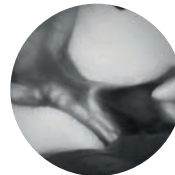
IRIS



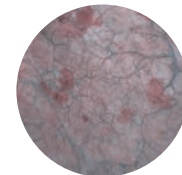
Superposición



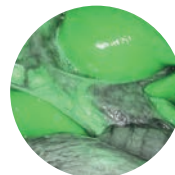
Tone Mode



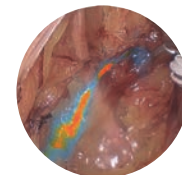
Contraste



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

La vigencia del marco normativo de los tiempos de pago de facturas por la prestación de servicios de salud

Fabiola Alba Muñoz ¹

A propósito de la situación de flujo de recursos y de las dificultades que enfrentan las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) para radicar, revisar o conciliar las facturas por prestación de servicios de salud, vale la pena recordar la importancia del cumplimiento de la normatividad establecida para este proceso. Como hemos mencionado en otras ocasiones, las condiciones y el procedimiento están reglamentados, pero infortunadamente no se cumple ese marco normativo y, en cambio, prácticas no autorizadas y “procedimientos informales” se han convertido en regla.

Aunque se trata de una relación negocial y que, por lo mismo, debiera tener condiciones equilibradas entre el prestador y la entidad promotora de salud (EPS), el incumplimiento de la normatividad y las funciones atribuidas al asegurador, hacen que el prestador esté en desventaja en dicha relación. En efecto, según el tipo de contrato y la atención de la que se trate, está descrito el trámite por seguir.

Así, por ejemplo, para la atención del servicio de urgencias, frente al cual no se requiere contrato o condición alguna entre la EPS y la IPS, la ley

estableció en cuanto a la forma y los tiempos para el pago lo siguiente:

Artículo 168. Atención Inicial de Urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual este afiliado en cualquier otro evento” (Ley 100 de 1993).

En el mismo sentido, la ley orgánica en materia de recursos y competencias de la nación y las entidades territoriales establece el plazo para el pago de estas atenciones:

Artículo 67. Atención de urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. *Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden*

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

previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro. [énfasis añadido] (Ley 715 del 2001)

La Ley 1122 del 2007, que regula el flujo y la protección de los recursos del sistema de seguridad social en salud, estableció que

Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

[...] d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, *pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100 % si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50 % del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación.* En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente

Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100 % si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50 % del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación.

a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura. [énfasis añadido] (Ley 1122 del 2007, art. 13)

A su vez, la Ley 1438 del 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones, dispone acerca de los pagos a los prestadores de servicios de salud lo siguiente:

Artículo 56. Pagos a los prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.



Las entidades a que se refiere este artículo deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.

El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción.

Las entidades a que se refiere este artículo deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.

También se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007, *sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos.* [énfasis añadido]

El Decreto 4747 del 2007 establece los *requisitos mínimos* por tener en cuenta para la suscripción de los contratos de prestación de servicios de salud. La IPS debe: tener los servicios habilitados, una capacidad instalada suficiente para la población por atender, un modelo de prestación de servicios definido e indicadores de calidad en la prestación de sus servicios. Las EPS, por su parte, deben tener como mínimo: la información general de la población objeto del contrato, un modelo de atención definido, una red diseñada con ubicaciones y complejidades, difusión a su red, indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento, diseño y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia.

Por su parte, el Decreto 441 del 2022 también regula aspectos de los acuerdos de voluntades, en especial sobre elementos mínimos de negociación entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, *en las etapas precontractual, contractual y poscontractual*; este decreto constituye un marco importante que no solo busca facilitar el relacionamiento, sino que su debido acatamiento es garantía y protección frente a las obligaciones de EPS e IPS.

Elementos comunes para las partes son los indicadores de calidad, las rutas de atención, modelos de auditoría y revisoría de cuentas, sistemas de información, el registro y el seguimiento del contrato y la identificación de riesgos previsibles según la modalidad



CELEBRAMOS

14 años **ANIVERSARIO**

VISTIENDO PROFESIONALES,
DOTANDO INSTITUCIONES

WWW.HEALTHCOMPANY.CO



En el proceso de facturación y pago debe tenerse en cuenta: los RIPS como soporte obligatorio de la factura electrónica de venta, la aceptación tácita o expresa de la factura de venta o de las glosas, la factura de venta como título valor y los tiempos de pago definidos en la normatividad vigente.

de contrato adoptada. Los plazos de pago deben darse conforme a las disposiciones de la Ley 1122 del 2007, la Ley 1438 del 2011 y la Ley 2024 del 2020, en los eventos que corresponda. Según las modalidades de contrato, el Decreto 441 define las modalidades de pago así:

Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Es un modelo prospectivo. En este se acuerda el pago por anticipado de una suma fija, como valor a reconocer por cada caso atendido, ligado a un evento, condición o condiciones en salud relacionados.

Pago global prospectivo: Como su nombre lo indica, es un modelo prospectivo, pero por grupo de personas determinadas. En esta modalidad se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido. La frecuencia se ajusta según el nivel de riesgo en salud y la cantidad de población estimada en el contrato.

Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que se da cuando se contrata la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad; en esta modalidad se acuerda el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un periodo de tiempo determinado.

Pago por evento: Es una modalidad de pago retrospectiva que se usa en la prestación y la provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija *por cada unidad suministrada* para la atención en salud de una persona.

Un aspecto fundamental de la relación contractual y que infortunadamente no se ejecuta con el rigor debido, es el seguimiento a la ejecución del contrato. Como referíamos, deben evaluarse los indicadores de calidad, gestión y resultados en salud, así como la auditoría a las cuentas médicas aplicando la normatividad vigente del Manual Único de Glosas y Devoluciones y Respuestas, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), y el monitoreo y la evaluación de las notas técnicas.

En el proceso de facturación y pago debe tenerse en cuenta: los RIPS como soporte obligatorio de la factura electrónica de venta, la aceptación tácita o expresa de la factura de venta o de las glosas, la factura de venta como título valor y los tiempos de pago definidos en la normatividad vigente.

El Decreto 441 estableció que dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que se realice el giro de los recursos por parte de la EPS o a través de la ADRES, la entidad responsable de pago debe informar a la IPS o al proveedor el detalle de las facturas de venta a las cuales se debe aplicar el valor girado sin que este pueda ser modificado posteriormente, excepto frente aquellas facturas frente a las cuales se haya formulado glosas.

Es de anotar que la aceptación de la glosa por parte de la IPS puede ser expresa o tácita: es expresa cuando le informa a la EPS de este hecho, y tácita si transcurridos los días previstos en la

Ley 1438 del 2011 la IPS no se pronuncia sobre las glosas formuladas².

Otro asunto de especial importancia es el relacionado con el reintegro de recursos que se contempla en los modelos de pago prospectivos que establecen que, si al hacer el seguimiento del contrato suscrito se determina que la IPS ha incumplido de forma injustificada servicios que requieren determinadas frecuencias o periodicidad, la EPS puede hacer descuentos al contrato para garantizar el cumplimiento con otra IPS de la red.

Así mismo, pese a que la norma señala que se debe establecer el término de duración de los contratos, la inclusión de fórmulas para actualizar los valores pudiendo acudir al incremento porcentual de la unidad de pago por capitación (UPC), previa actualización de la nota técnica, levantando un acta de liquidación en las que consten los niveles de cumplimiento del objeto contratado y la liquidación de los contratos en un plazo de cuatro meses a partir de la finalización; este seguimiento no se cumple y podría decirse que es una de las grandes razones de la falta de claridad y actualización de los servicios que se tienen contratados y, en especial, de los resultados en salud que debiera ser la verdadera discusión en el relacionamiento entre EPS e IPS.

Estas condiciones establecidas en la normatividad exigen tanto de las EPS como de las IPS rigor y seguimiento en los objetos contractuales, so pena

Otro asunto de especial importancia es el relacionado con el reintegro de recursos que se contempla en los modelos de pago prospectivos que establecen que, si al hacer el seguimiento del contrato suscrito se determina que la IPS ha incumplido de forma injustificada servicios que requieren determinadas frecuencias o periodicidad.

no solo de afectar a los usuarios, sino de que se vean avocadas a aceptaciones y validaciones tácitas. Las IPS han enfrentado históricamente dificultades en el proceso de cobro, desde la radicación hasta el reconocimiento y el pago final. Si se logra la radicación y luego de demoras —muchas injustificadas— para el reconocimiento y el pago se llega a argumentarles la prescripción de las facturas, es importante en ese sentido recordar que las facturas por prestación de servicios de salud son títulos ejecutivos a los cuales se les aplica la prescripción ordinaria de cinco años o extraordinaria de diez años. También es importante recordar que la ley 1797 del 2016 dispone que “la prescripción de las obligaciones contenidas en facturas de servicios de salud *solo podrá alegarse por el deudor cuando este acredite haber adelantado la gestión correspondiente para la conciliación o aclaración de cuentas*” (Ley 1797, 2016, Art., 9).

Conforme a lo anterior, el llamado es a cumplir la ley y a que su incumplimiento también tenga la validez y las consecuencias en ella establecidas. 

² La EPS debe formular las glosas dentro de los veinte días hábiles siguientes a la presentación de la factura; la IPS debe responder dentro de los quince días hábiles siguientes y la EPS dentro de los diez días hábiles siguientes decidirá si las acepta, levanta total o parcialmente. Si la IPS considera que la glosa es subsanable, debe hacerlo dentro de los siete días hábiles siguientes y enviar nuevamente las facturas a la EPS.



De iluminar hogares y alfabetizar por radio a transformar la salud con tecnología: Philips cumple 85 años en Colombia



El equipo de Philips y aliados estratégicos se reunieron en la Residencia del Reino de los Países Bajos para conmemorar más de ocho décadas llevando mejor cuidado para más personas

Philips celebra 85 años de historia en Colombia, una trayectoria que comenzó trayendo luz a los hogares y educando a las comunidades rurales por radio, hoy lidera la transformación digital de la salud con inteligencia artificial (IA) y tecnologías de última generación. A lo largo de estas décadas la compañía neerlandesa ha marcado la vida de millones de colombianos con productos, iniciativas culturales y soluciones innovadoras que hacen parte de la memoria colectiva.

La historia de Philips en Colombia comenzó iluminando hogares y calles en 1940, cuando instaló en Barranquilla su primera fábrica de bombillas. Muy pronto la compañía se convirtió

en sinónimo de innovación y cercanía con las personas: en los años cincuenta y sesenta, la radio Philips fue el dispositivo más popular del país, bajo el recordado lema “tarde o temprano su radio será un Philips”.

El poder de la radio dio paso a uno de los mayores aportes sociales de la compañía en Colombia: la alfabetización rural. Gracias a los radios transistorizados y la alianza con Radio Sutatenza, miles de campesinos aprendieron a leer y a escribir mediante lecciones radiales, en un proyecto reconocido en el ámbito mundial. Paralelamente, *La hora Philips* se consolidó como el programa más escuchado del país, reafirmando a la compañía como un ícono cultural y social.

En los sesenta y setenta entró en los hogares con bombillas, radios, televisores, y en los 80, llevó telefonía rural a zonas apartadas del país, un sistema que aún funciona en algunas regiones.

Philips en el sector de la salud

Hoy, 85 años después, Philips sigue transformando la vida de los colombianos, ahora desde el sector salud. La

compañía lidera la transición hacia la salud digital, integrando IA y tecnología de última generación en equipos como resonadores, tomógrafos, sistemas de rayos X y ecógrafos, junto con software clínico avanzado.

“Nuestras herramientas permiten a los equipos médicos compartir imágenes, datos y diagnósticos entre hospitales y clínicas de diferentes ciudades, reduciendo tiempos de espera y aumentando la precisión en la toma de decisiones. Esto ya está facilitando que hospitales regionales trabajen de manera integrada con centros de referencia en todo el país”, comenta Karime Amaya, Country Leader Philips Colombiana.

Innovación con impacto global y regional

Philips se fortalece con las incorporaciones clave de su modelo regional y global, que le permiten traer lo último en innovación al país:

Innovación impulsada desde el usuario: Philips desarrolla soluciones a partir de las necesidades reales de pacientes y profesionales de la salud, con el fin de lograr el máximo impacto en la atención.

Liderazgo internacional en innovación: la compañía se posiciona como uno de los cinco principales solicitantes de patentes en MedTech a escala global, con especial foco en IA aplicada a la salud, y fue reconocida como *Top 100 Global Innovator 2024*.

“Nuestras herramientas permiten a los equipos médicos compartir imágenes, datos y diagnósticos entre hospitales y clínicas de diferentes ciudades, reduciendo tiempos de espera y aumentando la precisión en la toma de decisiones.

Tecnologías disruptivas: desarrollos como *BlueSeal*, la primera resonancia magnética sin helio y con lectura inteligente, y el CT5300, con reconstrucción de imágenes basada en IA, demuestran cómo Philips combina eficiencia diagnóstica con cuidado ambiental.

“En Philips estamos transformando el acceso y la calidad de la salud en Colombia a través de la IA y la tecnología de última generación, para que la atención de calidad llegue a todas las personas, sin importar dónde se encuentren. Por eso trabajamos de la mano con Gobiernos, ONG y fundaciones para llevar diagnósticos y terapias de alto nivel a las comunidades más vulnerables”, asegura Karime Amaya, Country Leader Philips Colombiana.

En la conmemoración de los 85 años de Philips en Colombia, la Embajadora del Reino de los Países Bajos en Colombia, Reina Buijs, compartió con directivos y aliados estratégicos, resaltando los lazos de cooperación e innovación entre ambos países.





De nuestros Patrocinadores



Philips también acompaña a las personas en su día a día con soluciones que facilitan el cuidado personal y familiar. Ejemplo de ello son *Philips Lumea* y *OneBlade*, que simplifican la rutina de piel y barba, así como *Philips Avent*, que apoya a mamás y bebés en sus primeros mil días con biberones diseñados para imitar la lactancia natural, facilitando la combinación entre pecho y mamadera.

El compromiso de la compañía también se refleja en el cuidado del planeta. Desde el 2024 el 100 % de los productos Philips se fabrican bajo criterios de sostenibilidad, priorizando la eficiencia energética, el uso responsable de materiales y el reciclaje.

Philips se ha propuesto mejorar la vida de 2500 millones de personas cada año para el 2030, incluyendo a 400 millones en comunidades con acceso limitado a servicios de salud. En Colombia este propósito se traduce en soluciones que amplían la cobertura en hospitales, clínicas y zonas rurales, impactando positivamente a millones de personas.

Hoy, tras 85 años de presencia en el país, Philips reafirma su compromiso de seguir impulsando la innovación con un enfoque humano, sostenible y transformador. 



Revista Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org



Información:

comunicaciones@achc.org.co

publicidadhospitalaria@achc.org.co

Celular:

310 2616106 - 315 2031887

¡Paute con nosotros!



La Corte IDH reconoció el cuidado como un derecho humano autónomo

Dado que el cuidado constituye una necesidad básica, ineludible y universal, de la cual depende tanto la existencia de la vida humana como el funcionamiento de la vida en sociedad, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (IDH) reconoció recientemente el cuidado como un derecho humano autónomo que los Estados deben respetar y garantizar.

El derecho autónomo al cuidado comprende el derecho de toda persona a contar con el tiempo, los espacios y recursos necesarios para brindar, recibir o procurarse condiciones que aseguren el bienestar integral suyo o de otros, que les permitan desarrollar libremente sus proyectos de vida, de acuerdo con sus capacidades y etapa vital.

El cuidado se configura como el “conjunto de acciones necesarias para preservar el bienestar humano, incluida la asistencia a quienes se encuentren en una situación de dependencia o requieran apoyo, de manera temporal o permanente”. Según la Corte, el cuidado es necesario para asegurar condiciones de atención mínimas para una existencia digna, especialmente de personas en situación de vulnerabilidad, dependencia o limitación.



Opinión Consultiva 31 de 2025:

**EL CONTENIDO Y ALCANCE DEL DERECHO AL CUIDADO
Y SU INTERRELACIÓN CON OTROS DERECHOS**

Con este reconocimiento, la Corte IDH establece un precedente que transforma el panorama jurídico y social de América Latina, al determinar el cuidado como responsabilidad colectiva que involucra a las familias, las comunidades, las empresas, la sociedad civil y el Estado, donde toda la sociedad debe respaldar a quienes cuidan y a quienes requieren cuidado.

Tres dimensiones: ser cuidado, cuidar y el autocuidado

Para la Corte, este derecho humano autónomo al cuidado encuentra su fundamento y alcances en los principios de corresponsabilidad social y familiar, de solidaridad y de igualdad y no discriminación. Además, estableció que el derecho al cuidado tiene tres dimensiones básicas: ser cuidado, cuidar y el autocuidado.



Por estereotipos negativos de género y patrones socioculturales de conducta las labores de cuidado no remuneradas recaen principalmente sobre las mujeres, en una proporción tres veces superior a los hombres.

- El **derecho a ser cuidado** implica que todas las personas que tienen algún grado de dependencia tienen el derecho de recibir atenciones de calidad, suficientes y adecuadas para vivir con dignidad. Estas atenciones deben garantizar el bienestar físico, espiritual, mental y cultural.
- El **derecho a cuidar** consiste en el derecho de brindar cuidados en condiciones dignas, tanto de manera no remunerada como remunerada. Implica que las personas cuidadoras puedan ejercer su labor sin discriminación, y con pleno respeto a sus derechos humanos, garantizando su bienestar físico, mental, emocional, espiritual y cultural.
- El **derecho al autocuidado** implica el derecho de quienes cuidan y de quienes son cuidados de procurar su propio bienestar y atender sus necesidades físicas, mentales, emocionales, espirituales y culturales.

Obligaciones de los Estados frente al derecho al cuidado

A partir de una interpretación sistemática de derechos consagrados en

la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Corte IDH concluyó que existe un derecho autónomo al cuidado. Asimismo, advirtió que este también se deriva de derechos reconocidos en la Declaración Americana y la Carta de la Organización de Estados Americanos, por lo que corresponde a los Estados adoptar medidas legislativas y de otro carácter para lograr su plena eficacia. Además, en su Opinión Consultiva 31 del 2025, la Corte también se refirió a las obligaciones de los Estados en el derecho al cuidado frente al derecho a la igualdad y no discriminación.

Por estereotipos negativos de género y patrones socioculturales de conducta las labores de cuidado no remuneradas recaen principalmente sobre las mujeres, en una proporción tres veces superior a los hombres. Esa distribución inequitativa es un obstáculo para el ejercicio de los derechos al trabajo, la seguridad social y la educación de mujeres, niñas y adolescentes en condiciones de igualdad. Además, la labor de cuidado no remunerado constituye un aporte significativo al producto interno bruto (PIB) de los países y está invisibilizado.

La Corte IDH concluyó que los Estados deben adoptar medidas para revertir los estereotipos que llevan a esa distribución inequitativa y garantizar el ejercicio de derechos de mujeres, niñas y adolescentes dedicadas a labores de cuidado no remuneradas en condiciones de igualdad. En virtud del principio de corresponsabilidad, deberán adoptarse las medidas



necesarias para que la sociedad y el Estado concurren a la garantía del derecho al cuidado.

Para ciertos casos, la Corte verificó además que las personas que requieren cuidados con mayor intensidad encuentran obstáculos para el ejercicio de su derecho en condiciones de igualdad y no discriminación. Por ello se pronunció sobre el derecho a recibir cuidados de niños, niñas y adolescentes, señalando que los Estados deben establecer un marco jurídico para garantizar su acceso a cuidados, cuando no puedan ser brindados por su familia.

El Tribunal también señaló que los Estados deben adoptar medidas para garantizar el acceso y la permanencia en servicios de cuidado de calidad para las personas mayores, considerando sus derechos a la autonomía, la independencia, la seguridad y a una vida libre de violencia.

En cuanto al derecho a recibir cuidados de las personas con discapacidad, sostuvo que la garantía del derecho al cuidado debe partir de las necesidades de “apoyo” y no solo de “atención”, y debe basarse en el respeto a sus derechos a la autonomía, la independencia, la seguridad y a una vida libre de violencia.

Por último, la Corte IDH se pronunció sobre la relación entre el derecho al cuidado y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. En lo que respecta al derecho al trabajo, afirmó que las labores de cuidado son

El Tribunal también señaló que los Estados deben adoptar medidas para garantizar el acceso y la permanencia en servicios de cuidado de calidad para las personas mayores, considerando sus derechos a la autonomía, la independencia, la seguridad y a una vida libre de violencia.

un trabajo protegido por la Convención Americana, por lo cual los Estados deben garantizar progresivamente a personas trabajadoras de cuidados remunerados —en guarderías, escuelas y centros médicos— los mismos derechos de cualquier otro trabajador. Y quienes hacen labores de cuidado no remuneradas —sin contraprestación económica, usualmente en el hogar— deben gozar progresivamente de garantías mínimas de seguridad social dirigidas a garantizar su salud, dignidad y autocuidado.

En conclusión: al reconocer el cuidado como derecho humano autónomo e independiente frente a otros derechos, se fijan precedentes vinculantes para los Estados con efectos exigibles, pues cada país debe generar obligaciones y compromisos legales. Se exige a los Estados vinculados adoptar políticas públicas y reformas legales, educativas y laborales que promuevan la distribución equitativa del cuidado, incluido el reconocimiento de su valor económico, tales como licencias de paternidad obligatorias, pagadas y equiparadas a las de maternidad, flexibilidad laboral para personas cuidadoras y redes comunitarias de apoyo. ■



Transformación digital en el sector salud: análisis de diez casos de instituciones afiliadas a la ACHC

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 al 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 máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universidad de Barcelona.

Introducción

La transformación digital en el sector salud ha experimentado una aceleración sin precedentes, particularmente intensificada por la pandemia de la COVID-19 y las crecientes demandas de eficiencia en los sistemas de salud. La implementación de inteligencia artificial (IA) en instituciones sanitarias presenta tanto oportunidades significativas como desafíos complejos relacionados con la resistencia organizacional, las competencias digitales y la gestión del cambio organizacional.

En el contexto colombiano, el sector salud enfrenta presiones adicionales derivadas de la crisis estructural del sistema, cambios normativos constantes y limitaciones presupuestales que condicionan las inversiones tecnológicas. Pese a estos desafíos, algunas instituciones han logrado implementar exitosamente soluciones de IA y automatización, generando casos de estudio valiosos para

comprender los factores facilitadores y las barreras en este proceso.

La convergencia entre IA y medicina promete transformar fundamentalmente la práctica clínica, desde el diagnóstico hasta el tratamiento personalizado (Topol, 2019). Sin embargo, la implementación exitosa de estas tecnologías depende de múltiples factores organizacionales, culturales y técnicos que van más allá de la mera disponibilidad tecnológica. La literatura ha documentado que los factores humanos y organizacionales constituyen determinantes críticos en la adopción de tecnologías de salud digital (Ross *et al.*, 2016).

Existe una brecha de conocimiento específica sobre los patrones de adopción en instituciones de salud de países en desarrollo, particularmente en lo referente a estrategias exitosas de implementación de IA y los factores específicos de resistencia en contextos con recursos limitados. Este estudio busca caracterizar los procesos de transformación digital e implementa-

ción de IA en instituciones de salud colombianas, identificando patrones de resistencia, estrategias exitosas y factores críticos de éxito que puedan informar futuras implementaciones en el sector.

Metodología

Se empleó un diseño de estudio de casos múltiples con enfoque cualitativo-cuantitativo para analizar procesos de transformación digital en instituciones de salud. Se incluyeron diez instituciones de salud colombianas de diversos niveles de complejidad: clínicas especializadas, hospitales universitarios, hospitales departamentales y Empresas Sociales del Estado (ESE). Los informantes clave fueron directores de sistemas de información, coordinadores de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), directores científicos y jefes de departamentos de IA, asegurando perspectivas tanto técnicas como clínicas.

Instrumento de recolección

Se desarrolló un instrumento semiestructurado que combinó escalas tipo Likert (resistencia organizacional por grupos profesionales, escala 1-5) con preguntas abiertas sobre estrategias específicas, casos de éxito y perspectivas futuras. El instrumento exploró cuatro dimensiones principales: contexto digital actual, resistencia y adopción, estrategias y resultados y perspectivas futuras.

La convergencia entre IA y medicina promete transformar fundamentalmente la práctica clínica, desde el diagnóstico hasta el tratamiento personalizado.

Resultados y discusión

Madurez digital y adopción de IA

El análisis reveló que siete de las diez instituciones se ubican en fase intermedia de madurez digital, caracterizada por múltiples sistemas con integración parcial, mientras que tres instituciones han alcanzado la fase avanzada con sistemas integrados y cultura digital establecida. Ninguna institución permaneció en fase inicial, sugiriendo un progreso generalizado en infraestructura tecnológica básica.

Con respecto a la adopción de IA, se observó una distribución más diversa: cinco instituciones evalúan posibilidades de implementación, tres se encuentran en proceso activo de implementación y dos no han considerado su adopción. Este último grupo corresponde principalmente a instituciones con recursos limitados o alta resistencia organizacional.

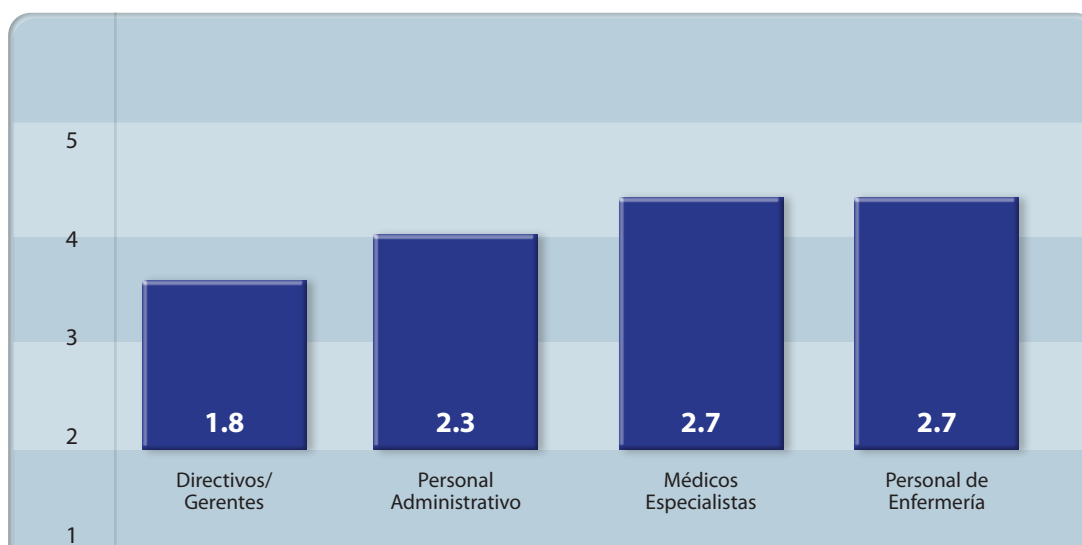
Los casos de implementación activa incluyen soluciones específicas como reconocimiento de voz para registros clínicos, donde una institución

estableció “líderes clínicos específicos y con dedicación permanente para la implementación del aplicativo”; aplicativos web con IA para automatización de RIPS JSON, descritos por otra institución como herramientas que “simplifican tareas o automatizan procesos que realizados por un humano tardarían horas”, y departamentos especializados de IA en una institución avanzada, enfocados en “desarrollar una estrategia integral de IA y transformación digital centrada en las personas”.

Patrones de resistencia organizacional

El análisis de resistencia por grupos profesionales reveló un patrón jerárquico consistente. Los médicos especialistas y el personal de enfermería presentaron los niveles más altos de resistencia (2,7/5 promedio), seguidos por el personal administrativo (2,3/5) y los directivos/gerentes (1,8/5). Esta distribución sugiere que la resistencia aumenta conforme el personal está más próximo a la atención directa del paciente (figura 1).

Figura 1. Niveles promedio de resistencia a la transformación digital por grupo profesional



Nota: Se observa un patrón jerárquico donde la resistencia aumenta conforme el personal se acerca más a la atención directa del paciente. Los médicos especialistas y el personal de enfermería presentan los niveles más altos de resistencia.

Fuente: ACHC (2025).

Una institución proporcionó una explicación detallada de este fenómeno: “existe una profunda desconexión entre las herramientas digitales y las necesidades reales del personal clínico [...] las herramientas no se perciben como relevantes para su trabajo diario (los médicos las ven

como trámites adicionales en lugar de ayudas); la formación recibida ha sido genérica y no adaptada a sus flujos de trabajo específicos, y la sobrecarga laboral existente hace que prioricen lo urgente sobre aprender tecnologías que consideran ajenas a su labor asistencial”.

Barreras para la adopción

La falta de habilidades digitales emergió como la barrera más significativa, identificada por ocho de las diez instituciones. Le siguieron la per-

cepción de aumento en carga de trabajo (4 instituciones), dificultades de uso y experiencia del usuario (4 instituciones), y falta de evidencia sobre beneficios (4 instituciones) (figura 2).

Figura 2. Principales barreras para la adopción de tecnologías digitales e IA



Fuente: ACHC (2025).

Un factor crítico poco explorado en la literatura fue la crisis económica sectorial, explícitamente mencionada por una institución: “no han considerado la crisis económica del sector salud para la inversión en estas nuevas tecnologías”. De manera similar, otra institución señaló que “los costos y la situación del sector salud complican el panorama de inversión en nuevas tecnologías”.





Las mejoras reportadas con mayor frecuencia ante la implementación de soluciones tecnológicas e IA fueron: disminución de errores y mayor eficiencia administrativa, seguidas por mejora en satisfacción de pacientes.

En cuanto a la IA específicamente, las principales preocupaciones se centraron en confiabilidad y precisión de resultados, responsabilidad legal y aspectos éticos, reflejando inquietudes más profundas sobre autonomía profesional y responsabilidad médica.

Estrategias exitosas y factores críticos de éxito

El liderazgo clínico como promotor del cambio se identificó como la estrategia más efectiva, presente en más de la mitad de las implementaciones exitosas. Una institución explicó su enfoque: “involucramiento temprano de usuarios desde la planeación, la verificación y la ejecución de los proyectos de transformación digital, con el fin de que se evidencie de manera oportuna las necesidades y se cierren brechas”.

Otra institución adoptó una filosofía centrada en beneficios tangibles: “poner la tecnología en función de mejorar la oportunidad de atención al paciente”, mientras que una institución con departamento especializado hizo énfasis en el “levantamiento de necesidades con los líderes clínicos” como estrategia fundamental.

La implementación gradual por fases fue la segunda estrategia más efectiva, seguida por comunicación clara de beneficios. Es de destacar que algunas instituciones reportaron no haber implementado estrategias específicas, correlacionándose con menores niveles de adopción y mayores índices de resistencia.

Beneficios observados y casos de éxito

Las mejoras reportadas con mayor frecuencia ante la implementación de soluciones tecnológicas e IA fueron: disminución de errores y mayor eficiencia administrativa, seguidas por mejora en satisfacción de pacientes. Los casos específicos de éxito se concentraron en automatización de procesos administrativos más que en apoyo a decisiones clínicas directas.

Una institución implementó “códigos QR para descarga de resultados de exámenes de laboratorio y rayos X, recordatorio de citas por correo electrónico”, demostrando que soluciones relativamente simples pueden generar impacto significativo en la experiencia del paciente.

Perspectivas futuras y recomendaciones institucionales

Las instituciones identificaron tres prioridades principales para los próximos dos años: desarrollo de regulación y normatividad clara para IA, capacitación masiva y desarrollo de talento humano digital, y mayor participación de alta dirección en procesos de transformación.

Una institución especializada hizo hincapié en la necesidad de “regulación de IA como herramienta en la prestación de servicios de salud con enfoque en privacidad y confidencialidad de información clínica de los pacientes” y “fortalecimiento de capacidades técnicas en IA y transformación digital del talento humano mediante referencias con evidencia científica”.

Otra institución destacó aspectos críticos no suficientemente abordados: “la falta de conocimiento especializado en desarrollo e implementación de inteligencia artificial al interior de las organizaciones, los recursos económicos necesarios para dichas implementaciones, el desconocimiento del alcance, limitaciones y recursos necesarios para la implementación de la inteligencia artificial”.

Conclusiones

Los hallazgos principales en las diez instituciones estudiadas incluyen:

- La confirmación de que las barreras principales son organizacionales y humanas más que técnicas, con la falta de habilidades digitales identificada como obstáculo crítico por ocho de las diez instituciones.
- La validación del liderazgo clínico como factor determinante de éxito, efectivo en más de la mitad de las implementaciones exitosas.
- La identificación de casos específicos de implementación de IA que pueden servir como modelos re-

plicables, particularmente en automatización administrativa y apoyo clínico.

- La documentación de patrones de resistencia jerárquica inversamente relacionados con el nivel directivo, requiriendo estrategias diferenciadas por grupo profesional.
- La emergencia de nuevos modelos organizacionales como departamentos especializados de IA en instituciones avanzadas.

Las limitaciones del estudio incluyen el número de instituciones (diez), lo que puede no representar la totalidad del sector. Sin embargo, la profundidad del análisis y la triangulación de fuentes proporcionan *insights* valiosos para futuras investigaciones e implementaciones.

En lo referente a las recomendaciones para la práctica, estas incluyen: desarrollo de programas de capacitación digital específicos por rol profesional, establecimiento de estructuras de liderazgo clínico dedicadas a transformación digital, implementación gradual con casos de uso probados y creación de marcos regulatorios específicos para IA en salud.

Referencias

- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R. y Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews. *Implementation Science*, 11(1), 146.
- Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44-56. 

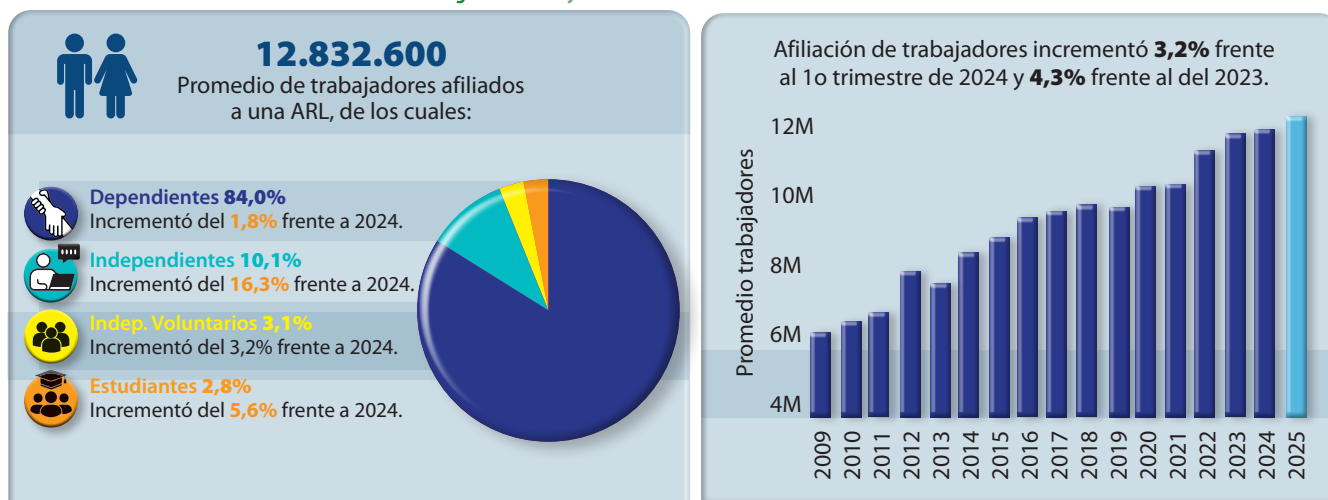
Siniestralidad laboral en Colombia 2025

El Observatorio de Seguridad y Salud en el Trabajo del Consejo Colombiano de Seguridad (CCS) presentó recientemente su informe de siniestralidad laboral correspondiente al primer trimestre del 2025. Las cifras revelan avances y desafíos en materia de seguridad laboral, con un panorama mixto: aunque algunos indicadores muestran reducción frente a años anteriores, persisten altas tasas en

sectores específicos y aumentos en ciertos departamentos del país.

Durante el primer trimestre del 2025, los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) ascendieron a 12,83 millones, un aumento del 3,2 % frente al mismo periodo del 2024 (figura 1). Las empresas afiliadas crecieron el 7,2 %, llegando a 1,28 millones.

Figura 1. Trabajadores afiliados al SGRL a marzo del 2025



Fuente: Consejo Colombiano de Seguridad (s. f).

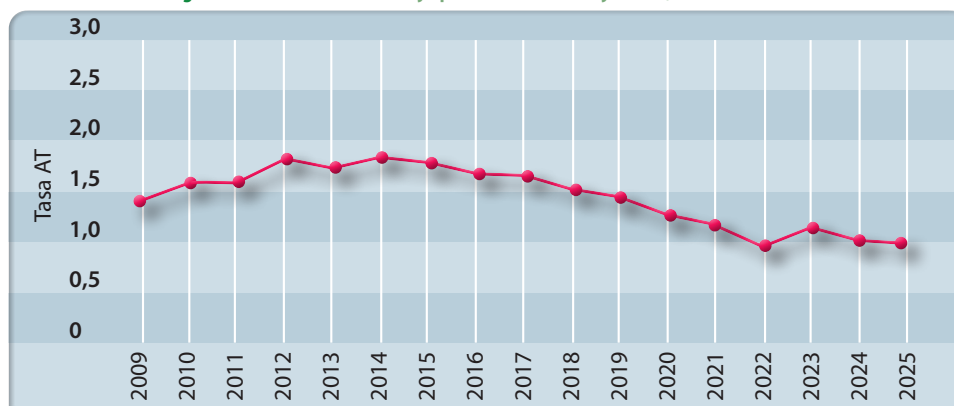
De acuerdo con el informe del CCS, del total de trabajadores afiliados al SGRL el 84 % corresponde a trabajadores dependientes, mientras que el 10,1 % equivale a independientes, el 3,1 % son independientes voluntarios y el 2,8 % restante son estudiantes en práctica.

El número de trabajadores dependientes afiliados al SGRL aumentó un 1,8 %, pasando de un promedio de 10.598.267 en el 2024 a 10.784.168 en el 2025. Por su parte, los independientes crecieron un 16,3 %, al pasar de 1.110.998 en el 2024 a 1.292.624 en el 2025. Asimismo, se registró un incremento en la afiliación de independientes voluntarios y estudiantes, con variaciones del 3,2 % y el 5,6 %, respectivamente.

También se señala en el informe que en el primer trimestre del 2025 se registraron 127.065 accidentes de trabajo, con una tasa de 0,99 eventos por cada 100 trabajadores, cifra inferior a la del mismo periodo del 2024 (1,03) (figura 2). Esto equivale a un promedio de 1412 accidentes diarios. Los sectores con mayor tasa de accidentalidad fueron Agricultura (2,74), Explotación de minas (2,72) y Distribución de agua (1,67).

Bogotá fue la ciudad que mayor número de eventos reportó con un total de 27.864 accidentes de trabajo (21,9 %), seguida de los departamentos de Antioquia con 24.564 (19,3 %) y Valle del Cauca con 12.442 accidentes (9,8 %).

Figura 2. Accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores, marzo del 2025

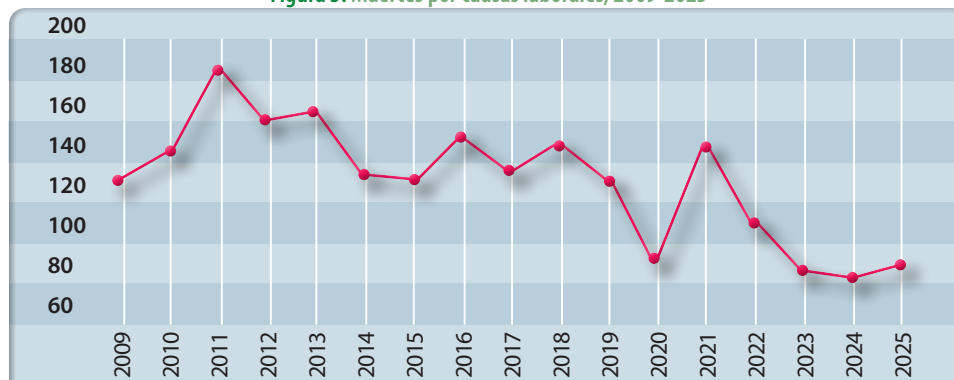


Fuente: Consejo Colombiano de Seguridad (s. f.).

Se calificaron 2705 enfermedades de origen laboral, equivalentes a 21,08 casos por cada 100.000 trabajadores. Los sectores con mayor tasa fueron Explotación de minas (70,9), Agricultura (39,9) y Distribución de agua (38,1).

El informe destaca que, si bien el sector de Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social, había ocupado el primer lugar en tasa de enfermedad laboral en los cuatro años anteriores, en el primer trimestre del 2025 descendió a la cuarta posición, reduciéndose a la mitad la tasa con respecto a la registrada en el mismo periodo del 2024.

Figura 3. Muertes por causas laborales, 2009-2025



Tomado de: Consejo Colombiano de Seguridad (s. f.).

El número de muertes presentó un incremento del 7,2 % frente al primer trimestre del 2024 y del 2,3 % con respecto al 2023. El informe reporta 89 muertes laborales en el primer trimestre, equivalente a una tasa de 0,69 decesos por cada 100.000 trabajadores; en promedio, cada día un trabajador perdió la vida por causas laborales. Los sectores más críticos fueron Explotación de minas (14,3), Construcción (1,76) y Agricultura (2,49). En el primer trimestre del 2025 el departamento de Tolima presentó la tasa de enfermedad laboral más alta con 37,84 eventos calificados por cada 100.000 trabajadores, siendo esta tasa mayor que la registrada en el mismo periodo del 2024.

En conclusión, el informe indica que el primer trimestre del 2025 muestra un crecimiento en la cobertura del sistema de riesgos laborales, con más afiliados y empresas vinculadas. Si bien la accidentalidad general disminuye levemente, persisten altas tasas en sectores críticos como agricultura y minería. En enfermedades laborales, se observa estabilidad en los promedios diarios, pero con contrastes sectoriales y territoriales. La mortalidad laboral preocupa por su repunte, especialmente en los sectores de minería y construcción. Los resultados reafirman la necesidad de fortalecer la prevención, la supervisión sectorial y las estrategias territoriales que permitan reducir la siniestralidad en Colombia.

Referencia

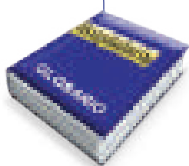
Consejo Colombiano de Seguridad. (s. f.). *Cifras de siniestralidad laboral en Colombia – Fasecolda*. <https://ccs.org.co/observatorio/Home/fasecolda>

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

** Importante

* Informativa



1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

***Resolución 1888 (15 de septiembre)

Resumen Digital de Atención en Salud en la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE).

Con la presente resolución se adopta el Resumen Digital de Atención en Salud (RDA), en el marco de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE) y se establece el mecanismo para la implementación en el ámbito nacional, de conformidad con lo establecido en Ley 215 del 2020 y en la Resolución 866 del 2021. El RDA estará conformado por los elementos de datos clínicos relevantes definidos en la Resolución 866 del 2021, o en la norma que la modifique o sustituya, los cuales constituyen la información mínima estandarizada para garantizar la IHCE y la continuidad del cuidado.

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá los componentes necesarios para realizar el intercambio de datos clínicos, los cuales se describen en el Anexo Técnico 1 "Lineamiento para la implementación del Resumen Digital de Atención en Salud - RDA, en el marco de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica IHCE", que hace parte de la presente resolución.

Los actores involucrados deberán realizar los ajustes necesarios en sus sistemas de información para adecuarlos a la estructura, el formato y los requisitos técnicos adoptados en la presente Resolución y contarán con un plazo máximo de seis meses, contados a partir del 15 de octubre del 2025, para integrar e interoperar sus sistemas con el modelo definido en el marco de la IHCE.

**Resolución 1912 (18 de septiembre)

Dispone del apoyo para la gestión y los trámites necesarios para la organización y puesta en funcionamiento del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

Con la presente resolución se establece que el Ministerio de Salud y Protección Social apoyará en la gestión y los trámites necesarios para la organización y puesta en funcionamiento del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, en los aspectos que se demande o haya lugar en el marco de sus competencias para su entrada en operación por un periodo de seis meses.

Dicho acompañamiento se realizará en los espacios dispuestos por el ministerio con las herramientas y medios necesarios para tal fin, sin que ello implique o se entienda que aquel personal prestará servicios al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

***Circular 30 (4 de septiembre)

Lineamientos de entrada o salida de gametos masculinos o femeninos, preembriones o embriones del territorio nacional.

Mediante esta circular, se imparten instrucciones para la entrada o salida de gametos masculinos o femeninos, preembriones o embriones del territorio nacional para la realización de procedimientos de reproducción humana asistida, así:

- La entrada o salida del territorio nacional de gametos masculinos o femeninos, preembriones o embriones solo podrá ser adelantada por instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que realicen procedimientos de reproducción humana asistida debidamente habilitadas.



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:





- Las IPS que realicen procedimientos de reproducción humana asistida deberán verificar que se cuente con el consentimiento informado de los donantes, que se cumpla con los requisitos y condiciones tanto para la selección de los donantes como para el transporte de los gametos masculinos o femeninos, preembriones o embriones y que no exista violación al artículo 134 del Código Penal o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Es decir que no se trate de casos de tráfico de gametos, cigotos o embriones humanos.
- Las IPS deberán reportar ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), dentro de las veinticuatro horas siguientes a la entrada o salida de gametos masculinos o femeninos, preembriones o embriones del territorio nacional, la información detallada en la presente circular.
- Las IPS que realicen procesos de entrada o salida de gametos masculinos o femeninos, preembriones o embriones para fines de procedimientos de reproducción humana asistida, deberán conservar y custodiar los datos de los respectivos registros confidenciales, de conformidad con la Leyes 1581 del 2012 y 1712 del 2014, el Decreto 1546 de 1998 y la Resolución 3199 de 1998, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, los cuales podrán ser sujetos de las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) por parte del Invima o los entes territoriales.

*****Resolución 1789 (4 de septiembre)**

Determinan las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establece la metodología para su tipificación, organización y actualización en el marco del proceso de territorialización del cuidado integral de la salud en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

A través de la presente resolución se determinan las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establece la metodología para su tipificación, la organización y la actualización en el marco del proceso de territorialización

del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, que se encuentra detallada en los anexos técnicos que serán objeto de publicación en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con la parte considerativa del presente acto.

Cada uno de los actores involucrados en el ámbito de la aplicación de la presente resolución lo harán en el marco de sus respectivas competencias asignadas por la normativa vigente. Se contará con un periodo de seis meses, contados a partir de la publicación de esta norma, para adecuarse a lo previsto en este acto administrativo.

*****Resolución 1788 (4 de septiembre)**

Adopta los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud en el marco del derecho fundamental a la salud.

Con esta resolución se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud en el marco del derecho fundamental a la salud, contenidos en el anexo técnico que será objeto de publicación en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

La rehabilitación en salud está dirigida a todas las personas que presentan condiciones de salud que pueden generar necesidades de rehabilitación en salud relacionadas con diversos estados de alteración del funcionamiento humano de tipo transitorio o permanente, y que al ser transitorias pueden generar beneficios. Estas condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos, u otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética, entre otras.

****Resolución 1786 (4 de septiembre)**

Adopta el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud para las personas, familias y comunidades con potencial exposición al asbesto o con enfermedades relacionadas con el asbesto.

De este modo se adopta el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral para la Atención en Salud para las personas, familias y comunidades con potencial exposición al asbesto o con enfermedades relacionadas con este, el cual será objeto de publicación en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Sin perjuicio de la obligatoriedad de brindar las atenciones e intervenciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de la ruta que refiere este acto administrativo, las entidades y los prestadores de salud a quienes aplica esta resolución, en el marco de sus competencias, adaptarán la atención en salud acorde a las circunstancias del territorio y considerando el enfoque territorial y diferencial.

*****Resolución 1811 (4 de septiembre)**

Uso de equipos generadores de radiación ionizante, prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad.

La presente resolución tiene por objeto reglamentar tanto el uso de equipos generadores de radiación ionizante y su control de calidad en prácticas médicas, veterinarias, industriales o de investigación; el otorgamiento de las licencias para el ejercicio de dichas prácticas, así como la prestación de servicios de protección radiológica. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá en su página web los formatos que desarrollan el contenido de la presente resolución:

- Formato 1: De solicitud de licencia para la prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad.

- Formato 2: De modificación de licencia para la prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad.
- Formato 3: De solicitud de licencia de prácticas médicas.
- Formato 4: De modificación de licencia de prácticas médicas.
- Formato 5: De solicitud de licencia de prácticas industriales, veterinarias o de investigación.

****Resolución 1809 (4 de septiembre)**

Requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud.

Mediante la presente resolución se regulan los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, de que trata el artículo 243 de la Ley 1955 del 2019. Así deberán cumplir con las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, así como los requisitos de operación y financieros.

Las IPS que lleven a cabo la dispensación ambulatoria directa de medicamentos y dispositivos médicos a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por mandato contractual con otros actores del sistema, no se considerarán Gestores Farmacéuticos. Los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud tendrán un plazo máximo de nueve meses para implementar las disposiciones contenidas en la presente resolución.

*****Circular 029 (27 de agosto)**

Directrices para la vacunación de la población gestante contra la fiebre amarilla a partir de la semana doce de gestación, residente en zonas de muy alta circulación del virus y transmisión activa del brote, previa valoración riesgo/beneficio.

A través de la presente circular se imparten directrices para la vacunación de la población gestante contra la fiebre amarilla (FA) a partir de la semana doce de gestación, residente en zonas de muy alta circulación del virus y transmisión activa del brote, previa valoración del riesgo.

De este modo, las IPS deberán implementar las acciones señaladas en la circular, de las cuales destacamos las siguientes:



- Realizar la búsqueda y ofrecer la vacunación contra la FA a la población gestante que no ha sido vacunada contra esta enfermedad, a partir de las doce semanas de gestación, residente o que no le sea posible evitar la permanencia o el desplazamiento a veredas con circulación activa del virus de FA, es decir aquellas con evidencia de casos humanos o epizootias en los últimos seis meses, incluyendo las establecidas en el corredor ecoepidemiológico.
- Diligenciar de forma obligatoria el consentimiento informado. Para la vacunación se requiere valoración médica individualizada de riesgo/beneficio.
- Realizar la demanda inducida al control prenatal asegurando un mínimo de seis controles prenatales regulares y seguimiento posterior de la vacunación de FA.
- El feto o recién nacido deberá contar con el seguimiento de la Ruta Materno Perinatal durante el ciclo de vida y ser relacionado como hijo de madre vacunada contra FA durante la gestación hasta el primer año de vida.
- En caso de haber vacunado a una madre en los diez días previos al parto, se deberá informar que no debe lactar a su hijo recién nacido, pero posteriormente a los diez días de la vacunación, podrá iniciar la lactancia materna.
 - Realizar control, a través del profesional en medicina capacitado para el seguimiento y el registro de las condiciones de salud de la población gestante entre los días quince y dieciocho y día treinta posterior a la vacunación, dejando constancia de cada seguimiento y registro en PAIWEB en el módulo de cohortes, de manera obligatoria, incluyendo también a las gestantes vacunadas inadvertidamente, para identificar signos y síntomas sospechosos de eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV) para generar la atención domiciliaria u hospitalaria pertinente y oportuna. Lo recomendado es que el seguimiento del día treinta coincida con el control prenatal de la gestante.

****Resolución 1633 (11 de agosto)**

Marco técnico de infraestructura y equipamiento de edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud.

Con la presente resolución se define el marco técnico normativo para la infraestructura y el equipamiento

de edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud estableciendo criterios técnicos para: (1) el diseño y el dimensionamiento de la infraestructura física, (2) el equipamiento adecuado de dichas edificaciones y (3) la adaptación al cambio climático, mediante la incorporación de medidas que fortalezcan la resiliencia de las construcciones destinadas a la prestación de servicios de salud.

Lo dispuesto en la presente resolución no será exigible a las edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud que se encuentren construidas al momento de su entrada en vigor; no obstante, podrán acogerse voluntariamente a lo aquí establecido.

Por tanto, se deroga la Resolución 4445 de 1996, modificada por la Resolución 5042 de 1996, con el propósito de incorporar los criterios técnicos actuales y las experiencias aportadas por diversos actores del SGSSS.

2. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

*****Resolución 2025320030006459-6 (6 de agosto)**

Modifica la Resolución 2025320030006237-6 (Medidas Nueva EPS).

Mediante esta resolución se modifican los artículos 1 y 3 de la Resolución 2025320030006237-6 del 31 de julio del 2025, por la cual se ordenó la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que ponen en riesgo la vida y la integridad física de los pacientes y el destino de los recursos del Sistema de Salud a la Nueva EPS S. A.

Se modifica la orden a la Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES) para que, a partir del 1.º de febrero del 2026, se realice el giro directo de los recursos programados por Nueva EPS S. A., para lo que se deberá

contar con el informe de viabilidad emitido por la contralora de la entidad promotora de salud (EPS) sobre la recomendación del giro de recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y el cumplimiento de lo ordenado en el artículo 1 del presente acto administrativo.

*****Circular 2025151000000008-5 (1.º de agosto)**

Modifica instrucciones de la Circular Externa 006 del 2018 para el reporte de información relacionada con el flujo de recursos del SGSSS.

Mediante la presente circular la Superintendencia Nacional de Salud expide instrucciones de obligatorio cumplimiento para el reporte de información correspondiente al flujo de recursos que financian el SGSSS, con el fin de adelantar las acciones de IVC.

En dicho marco, la ADRES deberá disponer la información que se detalla en la presente circular externa por medio de acceso directo a su base de datos, garantizando la disponibilidad de la información histórica hasta el último periodo disponible reportado. La carga de la información tiene una periodicidad mensual.

La ADRES deberá reportar información detallada en relación con el recaudo de recursos que financian el SGSSS, Conceptos de Recursos de Recaudo, Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) Régimen Subsidiado, Reconocimiento UPC, Giro UPC, Giro Directo a IPS y Proveedores, Giro por Presupuestos Máximos a IPS y Proveedores, Reconocimientos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC ni presupuestos máximos, Reconocimiento de reclamaciones por accidentes de tránsito SOAT y NO SOAT, eventos catastróficos o terroristas y giros por dicho concepto, Acciones de repetición contra propietarios de vehículos sobre reclamaciones NO SOAT

pagadas por la ADRES-cobro persuasivo y coactivo, Re-integro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, Detalle Afiliados Planes Voluntarios de Salud (PVS)-BDUA, entre otros.

****Circular 2025151000000009-5 (11 de agosto)**

Reporte de información de los Gestores Farmacéuticos.

A través de la presente circular se emiten instrucciones adicionales a la Circular 047 del 2007 a los Gestores Farmacéuticos para el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud-Superintendencia Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos, relacionada con acuerdos de voluntades con Entidades Responsables de Pago, establecimientos farmacéuticos (Puntos de dispensación), dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos, así como tecnologías en Salud con Dificultades de Dispensación; lo anterior para el desarrollo de labores de IVC a estos.

****Resolución 2025920050007532-6 (4 de septiembre)**

Amplía el plazo para pagar la contribución a favor de la Super-salud.

De este modo, todos los sujetos pasivos de la contribución de vigilancia a favor de la Superintendencia Nacional de Salud pagarán dicho tributo desde el 14 de julio del 2025 por cada tipo de vigilado hasta el 30 de septiembre del 2025. Los contribuyentes podrán realizar objeciones contra el recibo de pago hasta el 19 de septiembre del 2025; vencido este plazo, no habrá lugar a tramitar objeciones y serán rechazadas de plano.

*****Resolución 1962 (23 de septiembre)**

Desarrolla la estructura del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), se determina la información para registrar, sus módulos, manuales y demás aspectos necesarios para su funcionamiento.

La presente resolución tiene por objeto desarrollar la estructura del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), la información para registrar y su oportunidad en cada uno de sus módulos; las responsabilidades de los agentes del sector salud obligados al registro de información; los manuales de usuario, funcionales, técnicos de interoperabilidad, y

demás disposiciones necesarias para su funcionamiento, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

En dicho contexto, los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y los fabricantes, importadores y titulares de registro sanitario, cuando realicen ventas masivas a las EPS y otros pagadores, con excepción de las entidades con objeto social diferente, deberán verificar y registrar en el SIIFA la aceptación de la información de los acuerdos de voluntades suscritos, previamente

registrados por las entidades responsables de pago.

Los prestadores y proveedores de tecnologías en salud deberán transmitir al SIIFA la información de las respuestas a las devoluciones y glosas efectuadas por las entidades responsables de pago frente a las facturas electrónicas de venta del sector salud, priorizando la utilización de procesos informáticos de interoperabilidad entre estos y el SIIFA de acuerdo con lo establecido en el respectivo manual.

Las entidades obligadas reportarán conforme al siguiente cronograma:

Fase	Grupo	Módulo	Etapas	Plazo de ejecución
I. Implementación de funcionalidades básicas	1	Registro de contratación	Sensibilización y pruebas	1.º octubre-noviembre 2025
			Inicio de operación	diciembre 2025
		FEV-RIPS	Sensibilización y pruebas	diciembre 2025-enero 2026
			Inicio de operación	febrero 2026
		Seguimiento a FEV	Sensibilización y pruebas	febrero 2026
			Inicio de operación	marzo 2026
		Seguimiento a pagos	Sensibilización y pruebas	marzo 2026
			Inicio de operación	abril 2026
	2	Registro de contratación	Sensibilización y pruebas	abril 2026
			Inicio de operación	mayo 2026
		FEV-RIPS	Sensibilización y pruebas	mayo 2026
			Inicio de operación	junio 2026
		Seguimiento a FEV	Sensibilización y pruebas	junio 2026
			Inicio de operación	julio 2026
		Seguimiento a pagos	Sensibilización y pruebas	julio 2026
			Inicio de operación	agosto 2026
II. Estabilización e implementación de funcionalidades complementarias	1 y 2	Registro de contratación	Sensibilización y pruebas	agosto-septiembre 2026
			Inicio de operación	octubre 2026
		FEV-RIPS	Sensibilización y pruebas	septiembre 2026
			Inicio de operación	octubre 2026
		Seguimiento a FEV	Sensibilización y pruebas	octubre 2026
			Inicio de operación	noviembre 2026
		Seguimiento a pagos	Sensibilización y pruebas	noviembre 2026
			Inicio de operación	1.º diciembre 2026

****Resolución 1905 (17 de septiembre)****Modifica procedimiento CUPS.**

Con la presente resolución se modifica la Resolución 3804 del 2016, con el propósito de establecer que la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) se actualizará con una prioridad de dos años, o por un menor tiempo cuando las condiciones del sistema así lo requieran.

Así mismo, se refuerzan los requerimientos técnicos de la nominación para que las demás fases del procedimiento puedan surtir de manera satisfactoria, al tiempo de no considerar necesario el levantamiento de actas de cada sesión realizada. La entrada en vigor de la presente resolución se establece a partir del 1.º de enero del 2026.

****Resolución 1968 (24 de septiembre)****Adopta medidas para la dirección y operación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.**

La presente resolución tiene por objeto adoptar medidas para la dirección y la operación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, en lo relativo al desarrollo de las estrategias de atención integral en salud, coordinación intersectorial, asistencia técnica, formación al talento humano e investigación, junto con los procesos transversales de participación activa de las víctimas, monitoreo y seguimiento y planeación y gestión financiera, los cuales llevarán a su ejecución, así como a la articulación y la complementariedad técnica, operativa y territorial de los servicios para la atención integral en salud con enfoque psicosocial, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

*****Resolución 1963 (23 de septiembre)****Comité Institucional de Salud Rural del Plan Nacional de Salud Rural.**

A través de esta resolución se conforma el Comité Institucional de Salud Rural como un

órgano de coordinación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones estratégicas contenidas en el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), en consonancia con la parte considerativa del presente acto administrativo.

El Comité Institucional de Salud Rural deberá aprobar y dar seguimiento al PNSR, formular acciones preventivas y correctivas derivadas de dicho seguimiento y gestionar su implementación y financiamiento, según sus competencias.

*****Circular 31 (15 de septiembre)****Uso de emblemas para el personal sanitario, lineamiento Equipos Básicos de Salud.**

Partiendo de los lineamientos vigentes de la Estrategia de Fortalecimiento de la Gestión Territorial en Atención Primaria en Salud (APS), en relación con los Equipos Básicos de Salud (EBS) y su operación en el ámbito territorial, la cual ha implicado el despliegue de un importante volumen de personal sanitario en los departamentos, se identifica una necesidad imperiosa de unificar los mecanismos de identificación, emblemización y visibilización de los integrantes de los EBS. Esta situación se ha abordado conforme a lo previsto en la Resolución 4481 del 2012, que establece medidas para la protección y el respeto del ejercicio de la Misión Médica en Colombia.

Por tanto, mediante la presente circular se imparten instrucciones para el uso de emblemas por parte del personal sanitario, lineamiento técnico de la estrategia de “Fortalecimiento de la Gestión Territorial en Atención Primaria de Salud (APS), con respecto a los Equipos Básicos de Salud (EBS) y su operación a escala territorial, el cual hace parte integral del presente acto.

****Circular 32 (29 de septiembre)****Aplicación del principio de inembargabilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

A través de la presente circular el Ministerio de Salud y Protección Social reitera el alcance del principio de inembargabilidad de los recursos públicos destinados a la salud, destacando su fundamento constitucional, legal, su naturaleza parafiscal y de destinación específica.

En este sentido, los recursos del SGSSS solo pueden ser afectados de manera excepcional y bajo condiciones estrictas. El precedente constitucional vigente ha delimitado las condiciones para exceptuar el principio general de inembargabilidad de los recursos de la salud correspondientes al Sistema General de Participaciones (SGP) en los siguientes términos: (1) que se trate de obligaciones de índole laboral, (2) que estén reconocidas mediante sentencia y (3) que se constate que para satisfacer dichas acreencias son insuficientes las medidas cautelares impuestas sobre los recursos de libre destinación de la entidad territorial deudora.

Así mismo, con respecto a las rentas del Presupuesto General de la Nación, admite excepciones orientadas a garantizar la seguridad jurídica y el respeto de derechos reconocidos en sentencias judiciales. Así, los procedimientos y plazos aplicables al pago de créditos judiciales deben ser los mismos que para otras obligaciones estatales, incluidas las provenientes de actos administrativos o contratos, especialmente los créditos laborales reconocidos judicialmente, siempre que se compruebe la insuficiencia de otros recursos disponibles, entre otras excepciones.

En dicho marco se instruye a los prestadores y actores del sistema para hacer uso preferente de los mecanismos de conciliación y las instancias de coordinación para la prevención de conflictos, para garantizar la continuidad en la prestación de los ser-

vicios de salud a todos los usuarios y para abstenerse de promover medidas cautelares sobre recursos que, por su naturaleza, son inembargables, así como de invocar medidas de embargo como justificación para suspender o negar dichos servicios.

3. MINISTERIO DEL TRABAJO

****Circular 101 (22 de septiembre)**

Lineamientos generales para el cumplimiento de disposiciones normativas sobre jornada de trabajo, jornada de servicios domésticos, jornada máxima en casos de remuneración a destajo, relación de horas extras, límite al trabajo suplementario y remuneración en descanso obligatorio, a partir de la reforma laboral.

Con esta circular el Ministerio del Trabajo brinda una herramienta que facilita la interpretación y la aplicación de lo dispuesto en la Reforma Laboral (Ley 2466 del 2025), estableciendo los lineamientos generales para garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas en materia de jornada de trabajo, jornada aplicable a los servicios domésticos, jornada máxima en casos de remuneración a destajo, registro y control de horas extras, límites al trabajo suplementario y reglas sobre la remuneración en días de descanso obligatorio.

Esta circular se configura como un mecanismo institucional para atender las disposiciones generales relacionadas con la promoción de condiciones laborales dignas, prevenir prácticas contrarias a la ley y orientar a empleadores y trabajadores en la adecuada aplicación de la normatividad vigente. 

PET - CT

MEDICINA NUCLEAR

Imágenes Moleculares

En **Clínica Los Nogales** integramos la tecnología más avanzada para brindar un diagnóstico oportuno, preciso y seguro a cada paciente.

Nuestro equipo PET/CT combina imágenes metabólicas y anatómicas para la detección y seguimiento de enfermedades:

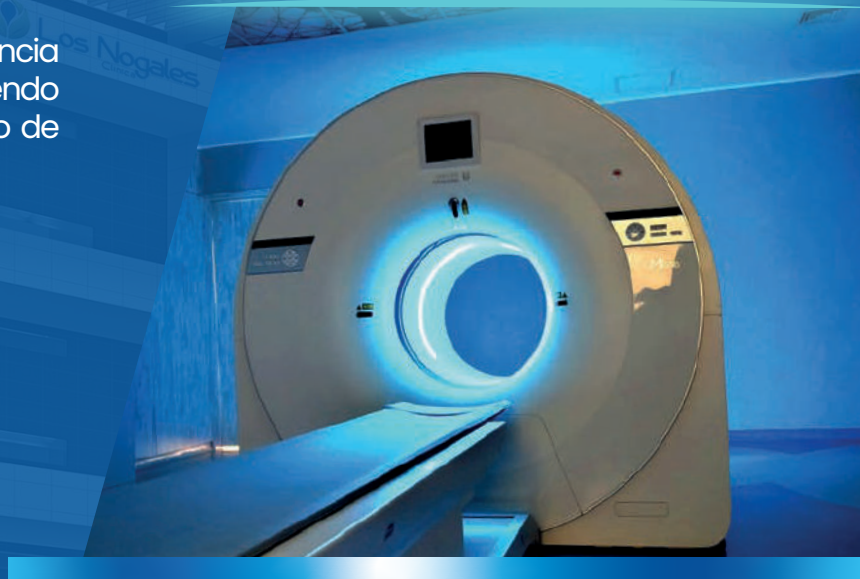


Oncológicas Neurológicas Infecciosas Cardiovasculares

El sistema **EUI M550** incorpora inteligencia artificial y análisis automatizado, ofreciendo imágenes de alta resolución, menor tiempo de examen y total seguridad para el paciente.

Alternativas diagnósticas:

- PET/CT | **PSMA**
- PET/CT | **FDG Flúor-18**
- PET/CT | **Colina**
- PET/CT | **DOPA**



*Confíe en la ciencia. **Confíe en Clínica Los Nogales.***



Contáctanos



Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.



www.clinicanogales.com

Científicamente avanzados, **humanamente cálidos.**



Clínica Eirén

EN TU LUGAR SEGURO,
TU TRANQUILIDAD Y EQUILIBRIO SON NUESTRA PRIORIDAD

IMÁGENES GENERADAS CON IA.

Si estás pasando por un momento de crisis,
te brindamos una atención integral, interdisciplinaria
y multidimensional para el cuidado de tu salud mental.



**Consulta externa
no programada**

Abierta 24/7



Hospitalización



Clínica día (PADI)

(Programa de atención diaria
interdisciplinaria)



¡Recuerda!

Nosotros estamos aquí para ayudarte.

Contáctanos al (601) 589 5414 o visítanos en la AV. Cra 7 # 146-65, Bogotá.

Conoce más en [clinicaeiren.com](https://www.clinicaeiren.com)