

MAYO - JULIO 2026 • AÑO 26 • Nº 156 •

HOSPITALARIA

WWW.REVISTAHOSPITALARIA.ORG

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

**Lecciones de liderazgo
hospitalario para el
presente y el futuro**



Línea exclusiva para IPS

Seguimiento en

Referencia y Contrarreferencia

Este canal facilita la comunicación directa para la consulta y trazabilidad de trámites previamente radicados.

A través del número **300 912 5451**, disponible para llamada y WhatsApp, la IPS podrá:

- ✓ Realizar seguimiento a remisiones ya radicadas.
- ✓ Consultar el estado de citas gestionadas.
- ✓ Comunicarse con el equipo responsable del proceso.

Y más servicios.



Para conocer toda la información,
lo invitamos a escanear el siguiente
código QR:



CONTENIDO

2 EDITORIAL

- » 70 años al servicio de la salud de los colombianos

4 DE PORTADA

- » Lecciones de liderazgo hospitalario para el presente y el futuro
- » Entrevista a:
 - » Roberto Esguerra Gutiérrez
 - » Vicente Jesús Borrero Restrepo
 - » Andrés Aguirre Martínez
 - » Julio Ernesto Toro Restrepo
 - » Mauricio Barberi
 - » Gabriel Eduardo Mena Garrido
 - » Virgilio Galvis Ramírez

40 AGENDA GREMIAL

- » La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas: siete décadas de liderazgo, representación y compromiso con el sector salud colombiano

54 NOTAS DEL SECTOR

- » Clínica Cardio VID cumple sesenta años de cuidar la vida desde el corazón
- » Clínica San Rafael incorpora el primer Philips Azurion 7 R3 Monoplano Premium de Bogotá
- » Propuestas del nuevo Gobierno para el sector salud

62 INTERNACIONAL

- » Comportamiento de los sistema de salud y atención hospitalaria en la Amazonía

66 NOS PREGUNTAN

- » El rol de los gremios en Colombia

72 DE NUESTROS PATROCINADORES

- » Hacer más con menos: el imperativo que definirá a los líderes de la salud en Colombia
- » Del dato a la decisión: cómo los hospitales inteligentes están redefiniendo la gestión en América Latina

76 DE LOS PACIENTES

- » Reforma al sistema de trasplantes que busca aumentar donantes de órganos asignó mayores responsabilidades a las IPS

80 CIFRAS DEL SECTOR

- » Tendencia en notificación de brotes de infecciones asociadas a atención en salud en el periodo 2019-2026

84 CIFRAS DEL PAÍS

- » Aumento de la participación de la población con discapacidad en el mercado laboral entre febrero y abril del 2026

87 GLOSARIO

• 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 Muñeton (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 Rios (Manizales)

Fundación Javeriana de Servicios Médicos Odontológicos Interuniversitarios

Carlos Márquez Villegas, Javesalud - Sergio Andres Navarrete (Bogotá)

Clínica El Rosario - Hna. Ángela María Vélez Restrepo (Medellín)

Clínica Reina Sofía - Lyda Bosa Abril (Bogotá)

• SUPLENTE

Hospital Pablo Tobón Uribe - Antonio José Lopera Upegui (Medellín)

Fundación Valle Del Lili - Marcela Granados Sánchez (Cali)

Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul - Mauricio Tamayo Palacio (Medellín)

Clínica de Occidente S. A. - Antonio José Dager Fernández (Cali)

Clínica de la Costa Ltda. - Alberto José Cadena Bonfanti (Barranquilla)

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 Córdoba Zawadzky (Cali)

• REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

Stryker - Santiago Restrepo

• 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 Víafora

Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (ACISD) -

Adriana Ortega

• 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 Nº 73-15, Bogotá.
PBX: (1) 312 4411 - FAX: (1) 312 1005
E-mail: comunicaciones@achc.org.co
<https://revistahospitalaria.org/>

DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com
ALMA DIGITAL SAS

DIAGRAMACIÓN

Linda Nathaly Sarmiento Olaya

IMPRESIÓN

ALMA DIGITAL SAS

COMERCIALIZACIÓN PUBLICIDAD

Cila María Russi
publicidadhospitalaria@achc.org.co

ILUSTRACIÓN PORTADA

William Fernando Vega Correa
Magnific IA

70 años al servicio de la salud de los colombianos

Todo surgió de las buenas intenciones de un grupo de médicos reunido en Bucaramanga, en un congreso en 1941, para agrupar a los hospitales del país en una organización. Pero la intención quedó solamente en eso, hasta 1955, cuando en el marco del primer seminario interamericano de hospitales se concluyó que se debía crear una asociación colombiana de hospitales. Sin embargo, esta recomendación solo tuvo vida jurídica hasta el 29 de mayo de 1956 con la Resolución 1258 del Ministerio de Justicia, que le otorgó la personería jurídica.

Así como tuvieron que transcurrir muchos años para que una buena idea se convirtiera en realidad, tuvieron que correr otros muchos para que esa organización pasara de ser un pequeño grupo de quijotes con buenas intenciones a ser la sólida organización que hoy conoce el país. En una búsqueda solicitada a la inteligencia artificial generativa (ChatGPT), se estima que en nuestro país apenas entre el 1 % y el 2 % de las organizaciones (empresas, asociaciones, gremios y fundaciones) tiene 70 o más años; a ese reducido grupo pertenece la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

De agrupar unas pocas instituciones pasó a acoger hospitales públicos y privados, clínicas de diversa complejidad, centros ambulatorios, organizaciones de atención domiciliaria, cooperativas y asociaciones de hospitales. En la actualidad son 343 las instituciones afiliadas, que representan cerca del 29 % de las camas habilitadas en el país, además de 9 importantes empresas del sector que tienen el carácter de afiliadas. Sin duda, la ACHC es la organización de prestadores más importante de Colombia.

En el excelente artículo “Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas: siete décadas de liderazgo, representación y compromiso con el sector salud colombiano”, publicado en este número de *Hospitalaria*, se hace un recuento de los principales logros de la ACHC. No obstante, es necesario resaltar algunos de ellos, como el papel que desempeñó la Asociación durante la pandemia de la COVID-19, con acompañamiento técnico y gremial durante la emergencia sanitaria, hasta lograr medidas especiales como el pago por disponibilidad de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI),

lo cual representó unos recursos importantes para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del país, también fue fundamental su participación en los espacios de toma de decisiones liderados por el presidente de la República y su ministro de Salud. Difícilmente podrá ignorar el país lo que hicieron sus hospitales durante esta emergencia mundial.

Sería una labor interminable mencionar la cantidad de aportes contenidos en leyes, decretos y resoluciones logrados durante todos estos años en beneficio de los colombianos o el papel desempeñado en el desarrollo de ideas como la ADRES, el giro directo, el control a la integración vertical, la gestión para lograr recursos extraordinarios para aliviar la cartera hospitalaria, entre muchas otras. Siempre manteniendo una línea abierta con los distintos Gobiernos, con el parlamento, con las autoridades regionales y seccionales, aportando soluciones concretas, solicitando medidas correctivas o llamando la atención sobre lo que se considera inconveniente o lo que se debe corregir. Con posiciones documentadas en sus propios estudios, con cifras consolidadas por su equipo técnico y con absoluta independencia de cualquier interés político, siempre pensando en lo que más conviene para la salud de los colombianos.

No podemos dejar de mencionar lo que representa esta revista *Hospitalaria*, que ya en su vigésimo séptimo año de aparición ininterrumpida con 156 números publicados hasta hoy, es fuente de información, guía estratégica y espacio de análisis para el sector. Tampoco lo que significa el Galardón Nacional Hospital Seguro ya en su octava versión, y el impacto que ha producido en todas las instituciones que han participado y se han sometido a sus exigentes criterios de evaluación. No menos importante es el Foro Nacional de Soluciones Exitosas e Innovación en Salud, creado en el 2010, que ha cumplido con su objetivo de ser vehículo de transferencia de conocimiento entre las instituciones afiliadas.

El progresivo fortalecimiento técnico de la Asociación le ha permitido tener un sólido equipo que produce numerosas investigaciones que sirven de apoyo a la gestión gremial, pero que también representan un importante aporte al conocimiento sectorial. Es necesario destacar el estudio



“Informe de seguimiento de cartera hospitalaria”, que se inició en junio de 1998 y se ha continuado de manera ininterrumpida hasta el más reciente, correspondiente a diciembre del 2025, que es el número 55. Es difícil encontrar el seguimiento a un problema crítico del sector de la salud, que tenga la envergadura de este trabajo.

Capítulo aparte merece el Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas que se inició en 1991, el cual actualmente tiene carácter internacional y realiza su decimosexta versión en estos días. Asimismo, desde el 2008 está la Feria Internacional de la Salud MEDITECH, cuya novena versión se realizará en Bogotá simultáneamente con el congreso. Estos dos eventos convocan a todo el sector de la salud y son el principal punto de encuentro de los prestadores, IPS y hospitales y clínicas del país y de la región.

Desde el punto de vista organizacional, la ACHC hoy en día es una empresa sólida, cuyo director ejerce un liderazgo sectorial indiscutible; su área de investigación y proyectos produce estudios que otorgan elementos para la toma de decisiones y para las políticas públicas; su área legal goza de prestigio y reconocimiento general y ofrece asesoría jurídica a sus afiliados; el área de comunicaciones e información produce boletines informativos, mantiene el contacto con los medios de comunicación digitales e impresos, gestiona la página web y mantiene la información con los afiliados.

También con sus alianzas internacionales mantiene contacto con las tendencias globales en salud y en prestación de servicios; para ello se fortalecieron los vínculos con la International Hospital Federation (IHF), se inició la relación con la Federación Latinoamericana de Hospitales y con la Organización Iberoamericana de Prestadores Privados de Seguridad Social (OIPPSS). Actualmente, la ACHC es un actor reconocido a escala global y regional, y ejerce en la actualidad la presidencia de la IHF.

Quizá uno de los mayores aportes de la ACHC no siempre se refleja en las grandes decisiones de política pública, sino en el acompañamiento permanente a cada una de sus instituciones afiliadas. Durante siete décadas, la Asociación ha estado presente orientando, representando, asesorando y respaldando a hospitales y clínicas frente a los desafíos técnicos, jurídicos, financieros y regulatorios que enfrenta el sector. Ese trabajo constante, muchas veces silencioso, ha fortalecido la capacidad de gestión de las instituciones y

» La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas no es solamente una asociación gremial; como entidad sin ánimo de lucro cumple ampliamente con sus compromisos gremiales de fomentar el desarrollo integral de los afiliados. «

ha contribuido a consolidar un gremio unido y una institucionalidad hospitalaria más sólida, convencida de que fortalecer a quienes prestan los servicios de salud es también fortalecer la atención que reciben los colombianos.

El progresivo crecimiento y fortalecimiento de la ACHC es el resultado de un trabajo de mucha gente, en el cual se destacan sus directores, las juntas directivas y todo su personal de planta, pero sería injusto dejar de reconocer como el gran artífice de este proceso al Dr. Juan Carlos Giraldo Valencia, su actual director ejecutivo.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas no es solamente una asociación gremial; como entidad sin ánimo de lucro cumple ampliamente con sus compromisos gremiales de fomentar el desarrollo integral de los afiliados, fortalecer de manera sostenible el gremio e influir e impactar el sector de la salud colombiano. Es precisamente en este último punto donde radica la gran diferencia: nunca ha prevalecido su compromiso gremial sobre el interés general, pues ha buscado y ha logrado conciliarlos siempre en sus posiciones y en sus estrategias, para procurar que los ciudadanos de nuestro país tengan los mejores desenlaces posibles en su salud.

***Postdata:** En esta edición estrenamos la renovación gráfica de *Hospitalaria*. Hemos actualizado su imagen, desde el logo de portada hasta el diseño de sus páginas interiores, convencidos de que la evolución también hace parte de nuestro compromiso con los lectores. Esperamos que disfruten esta nueva etapa de la revista y que continúen encontrando información relevante y útil, análisis de calidad y contenidos que aporten valor al sector salud. 📄

Roberto Esguerra Gutiérrez

Editor

Lecciones de liderazgo hospitalario para el presente y el futuro

Durante las últimas tres décadas, el sector prestador de servicios de salud colombiano ha atravesado profundas transformaciones: reformas estructurales, crisis financieras, cambios tecnológicos, emergencias sanitarias y permanentes desafíos para garantizar el acceso, la calidad y la sostenibilidad de la atención en salud. En ese recorrido, un grupo de líderes asumió la responsabilidad de dirigir algunas de las instituciones hospitalarias más importantes del país, convirtiendo momentos de incertidumbre

en oportunidades para innovar, crecer y consolidar organizaciones que hoy son referentes nacionales e internacionales por su excelencia, su capacidad de gestión y, sobre todo, por su compromiso con el humanismo y el servicio.

En esta edición, la *Revista Hospitalaria* reúne las voces de algunos de los líderes que marcaron una época en la gestión hospitalaria colombiana. Roberto Esguerra, Julio Ernesto Toro, Andrés Aguirre, Vicente Borrero, Mauricio Barberri, Gabriel Mena y Virgilio Galvis

comparten las decisiones que transformaron sus instituciones, las lecciones que les dejaron las crisis que enfrentaron y los principios que, desde su experiencia, consideran esenciales para quienes hoy tienen la responsabilidad de liderar instituciones prestadoras de servicios de salud. Más que una mirada al pasado, estas conversaciones son una invitación a reflexionar sobre el futuro del liderazgo hospitalario desde la experiencia, la visión estratégica y el compromiso con la atención a los pacientes.



Roberto Esguerra Gutiérrez

Exdirector Fundación Santa Fe

“Liderar con visión para transformar las crisis en oportunidades”, Roberto Esguerra Gutiérrez, exdirector Fundación Santa Fe

Durante más de cuatro décadas de ejercicio profesional, el doctor Roberto Esguerra Gutiérrez ha sido testigo y protagonista de algunos de los cambios más importantes de la salud colombiana. Médico especialista en medicina interna y medicina nuclear, director general de

la Fundación Santa Fe de Bogotá por más de quince años, expresidente de las juntas directivas de la Asociación Colombiana de Medicina Interna y de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, autor de múltiples publicaciones científicas, maestro del American College of Physicians,



Los Nogales

Clínica

Vigilado Supersalud

Seguimos creciendo
para ampliar
la atención en salud.

La nueva Torre 3 fortalecerá:



Unidad Oncológica



Unidad de Oftalmología especializada



Unidad de Cardiología



Hospitalización



Laboratorio Patología

Torre 3 12.547,34 m²

Además incorporará:



Unidad Renal



Terapias Radio Metabólicas

Servicios sujetos a habilitación y apertura gradual, conforme a la normatividad vigente y las autorizaciones de la autoridad competente.

Científicamente avanzados, humanamente cálidos.

Contáctanos

@losnogalesclinica



IVR: (601) 5937000



www.clinicanogales.com



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

el Dr. Esguerra es un referente indiscutible de excelencia, humanismo y gestión en salud, condecorado con la Medalla Jorge Bejarano y la Cruz de Boyacá por su trayectoria y aportes al sector.

Su trayectoria le ha permitido observar cómo el sector hospitalario ha enfrentado crisis recurrentes, adaptándose a nuevos modelos, tecnologías y desafíos sociales. Desde esa experiencia de más de quince años en la Fundación Santa Fe de Bogotá, institución que ayudó a consolidar como uno de los referentes de excelencia clínica, innovación y calidad en América Latina, comparte las lecciones que considera fundamentales para quienes hoy lideran hospitales y clínicas en medio de la incertidumbre.

Para el doctor Esguerra, comprender la transformación que vivió el sector salud colombiano exige recordar cómo era la realidad antes de la Ley 100; recuerda que, para las nuevas generaciones de profesionales, resulta muy difícil imaginar la cruda realidad del sector antes de 1993.

Roberto Esguerra
Gutiérrez

A diferencia de las dificultades coyunturales actuales, el panorama antiguo se caracterizaba por una inestabilidad estructural absoluta: “los hospitales no sorteaban crisis; vivían en crisis permanentemente. Era un sistema mendicante. Los directores de hospital tenían que acudir constantemente al Gobierno o a las autoridades locales buscando recursos para sobrevivir. No había planeación, no había estrategias y tampoco existía realmente un sistema hospitalario estructurado”, señala.

Desde su perspectiva, la Ley 100 representó un punto de inflexión para el país y para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Bajo el nuevo esquema de subsidio a la demanda, la gestión de un director dejó de ser la de un tramitador de presupuestos estatales para transformarse en una administración corporativa estructurada, donde la supervivencia dependía de una competencia sana por la elección de los usuarios. Las instituciones que se prepararon rápidamente y adoptaron una estructura empresarial avanzaron más rápido; aquellas que no lo hicieron, enfrentaron serias dificultades.

“Por primera vez hubo recursos suficientes dentro del sistema y los hospitales tuvieron que enfrentar un reto completamente nuevo: convertirse en empresas. Ya no bastaba con esperar recursos; había que gestionarlos, competir, organizarse y responder a las necesidades de los usuarios”, puntualiza el Dr. Esguerra.

Ese cambio exigió una nueva manera de liderar. Las organizaciones hospitalarias tuvieron que incorporar capacidades administrativas, financieras y tecnológicas que antes no hacían parte de su estructura tradicional: “la gestión hospitalaria dejó de ser una actividad exclusivamente médica. Fue necesario integrar profesionales de distintas disciplinas para construir organizaciones modernas capaces de responder a un entorno mucho más complejo”.

Para el Dr. Esguerra, la Ley 100 ha sido la más criticada, pero a su vez la de mayor impacto social en Colombia

pues eliminó el riesgo de que una enfermedad catastrófica significara la ruina financiera de una familia y permitió que “cualquier colombiano, el más humilde, pueda entrar al mejor hospital a través del sistema de salud”.

Construir excelencia incluso en medio de la adversidad

Al asumir la dirección de la Fundación Santa Fe de Bogotá, el Dr. Esguerra se enfrentó al desafío de liderar una institución que se encontraba técnicamente en quiebra, con la necesidad de cambiar el modelo de medicina exclusivamente privada para ser parte del Sistema Nacional de Salud y transformarla en una entidad con un alto impacto social.

Este proceso coincidió con las discusiones y la implementación de la Ley 100, y entonces se sumó otro desafío: romper la resistencia a estos cambios y convencer al cuerpo médico de que el nuevo modelo no significaba el fin de la práctica independiente ni la desaparición de los consultorios privados. El Dr. Esguerra y su equipo llevaron a cabo una labor pedagógica intensa para demostrarles que la reforma representaba una oportunidad única para extender una medicina de la más alta calidad a poblaciones que históricamente habían estado excluidas. Como sello, la Fundación mantuvo desde el inicio un estándar de atención igualitario para que todos los usuarios, independientemente de su origen social o capacidad económica, lo recibieran por igual.

El exdirector de la Fundación identificó con claridad que la complejidad del nuevo entorno impedía que los médicos administraran los hospitales en solitario; se requería de manera urgente la incorporación de profesionales especializados en economía, administración, ingeniería y sistemas. Gracias a este cambio estructural, la Fundación Santa Fe logró equilibrar sus finanzas y transitar con éxito de un esquema

» **Las grandes transformaciones nunca son obra de una sola persona: “eso no lo hace un gerente. Eso lo hace un equipo comprometido con una visión clara. «**

estrictamente privado a uno donde el 70 % de su operación respondía al Sistema Nacional de Salud.

El Dr. Esguerra hace énfasis en que las grandes transformaciones nunca son obra de una sola persona: “eso no lo hace un gerente. Eso lo hace un equipo comprometido con una visión clara. La Fundación Santa Fe de Bogotá es lo que es hoy día y está viva gracias a lo que un equipo de gente muy grande en ese momento se comprometió a hacer: primero, sacar de la crisis a una entidad que estaba técnicamente muerta; segundo, llevarla a ser una de las mejores instituciones de la región y del mundo. La gente se comprometió con eso y yo tal vez lo que hice como gerente, fue mostrar todas las posibilidades que había y lograr que un equipo extraordinario se comprometiera con eso”.

Recuerda que, aun en los momentos más difíciles, tomaron una decisión que marcaría el futuro de la institución: no sacrificar ni los programas sociales ni la calidad de la atención. “Muchas veces tuvimos presiones para reducir costos disminuyendo la calidad. Nunca aceptamos hacerlo. Podíamos negociar muchas cosas, pero no nuestros principios”.

Tampoco permitieron que las dificultades económicas y la angustia de la sobrevivencia consumieran toda la atención del equipo y les impidiera pensar en el hospital que querían para el futuro: “una institución no puede vivir únicamente pendiente de pagar la nómina del próximo mes. Hay que resolver

los problemas del presente, pero sin dejar de pensar en el hospital que se quiere construir dentro de diez o veinte años, planificando las inversiones en innovación y alta tecnología para el momento en que se recupere la liquidez”, explica.

Esa visión permitió que la Fundación avanzara simultáneamente en calidad, innovación, tecnología y reconocimiento internacional: “siempre tuvimos claro que no bastaba con prestar buenos servicios; tenían que ser los mejores servicios posibles”, recuerda el Dr. Esguerra.

Esa convicción llevó a la institución a convertirse en pionera en temas de calidad, cuando todavía eran conceptos poco habituales en el sector hospitalario colombiano y difíciles de abordar porque los profesionales asumían que todo se hacía bien. En 1991, en alianza con la Corporación Calidad, la Fundación creó la primera Unidad de Garantía de Calidad en un hospital colombiano, liderada por una enfermera; un hito que rompió paradigmas y demostró la necesidad de medir y evaluar científicamente los procesos asistenciales.

Las crisis exigen ajustes, no renunciar a la misión institucional

Al analizar la coyuntura actual del sistema de salud colombiano el Dr. Esguerra argumenta que, si

bien la sostenibilidad financiera sigue siendo un reto constante para conciliar la misión social con la supervivencia económica, las discusiones de hoy se dan en un nivel muy distinto. Para el exdirector de la Fundación Santa Fe, uno de los fenómenos más preocupantes de los últimos años es que un discurso sesgado ha afectado la imagen de los hospitales ante la opinión pública, olvidando con rapidez el papel heroico que desempeñó la institucionalidad hospitalaria durante la reciente crisis sanitaria mundial.

“Hace tres o cuatro años, en plena pandemia, todos los colombianos estábamos pendientes de tener un sistema hospitalario que fuera capaz de responder y lo hizo. De los pocos países en el mundo que logró responder a la pandemia fue Colombia y lo hizo sobre los hombros de la institucionalidad hospitalaria, centros de salud y profesionales de la salud. Eso no se debería olvidar muy rápidamente”, señala.

Asimismo, el doctor resalta que cualquier debate nacional debe despojarse de pasiones políticas e ideológicas, y abordarse bajo una metodología estrictamente técnica. El sistema requiere ajustes urgentes para garantizar un flujo de recursos adecuado y transparente, asegurando que el dinero se destine exclusivamente a la atención de los pacientes y no se dilapide en ineficiencias,

trámites excesivos o duplicaciones administrativas que terminen propiciando escenarios de corrupción.

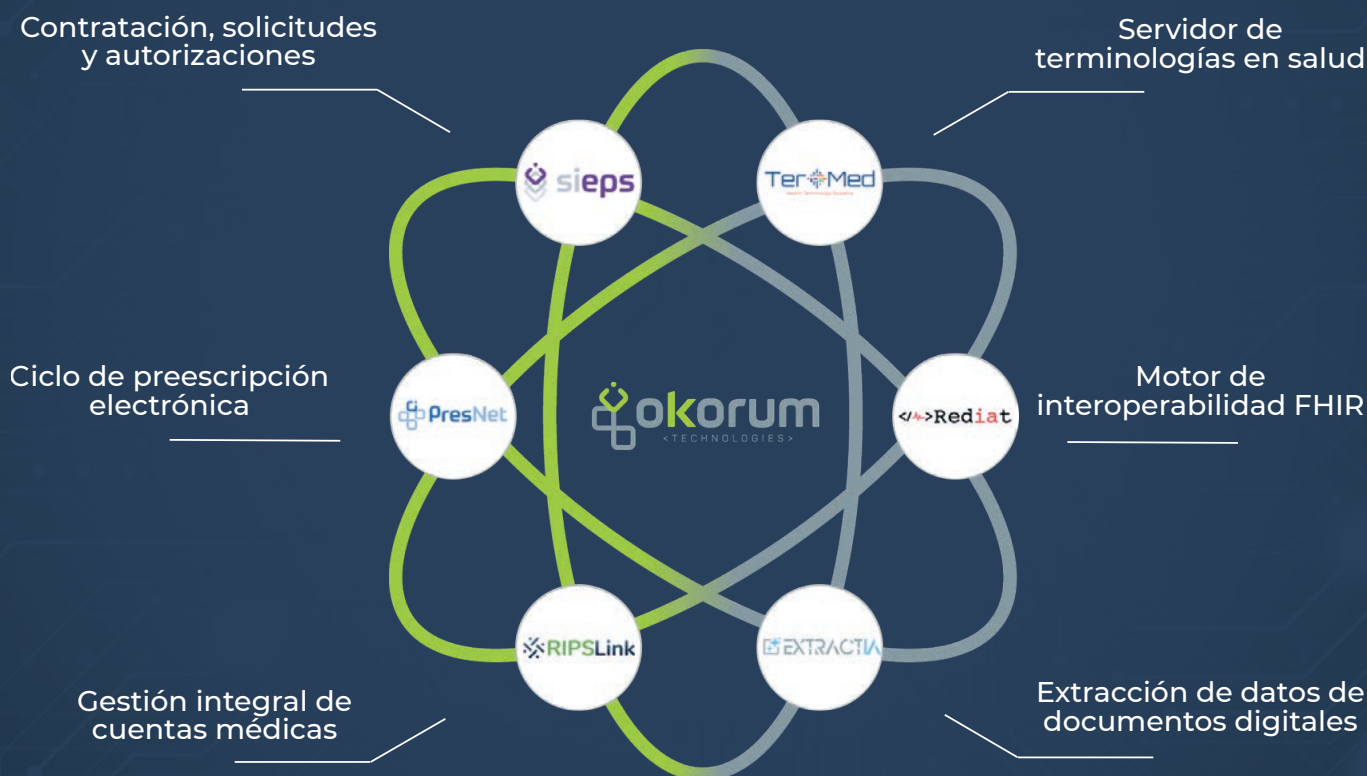
“De manera que yo creo que el arte está en ir haciendo las adaptaciones que requiere el sistema, conservando lo que hay que conservar, mejorando lo que se puede e, incluso, introduciendo elementos que probablemente en este momento no sabemos cuáles, pueden ayudar mucho al sector”, comenta.

Con respecto a una supuesta pérdida de confianza entre los diferentes actores del sector, desmitifica la afirmación considerándola más una frase hecha que una realidad fáctica. En el día a día, asegura, los prestadores y aseguradores trabajan de la mano por el bienestar de la población. En este engranaje, el papel del prestador hospitalario debe evolucionar hacia una mayor resolutivez de los niveles primarios, apoyando activamente las estrategias de medicina preventiva, educando al paciente y simplificando los procesos para que el usuario pueda transitar por el sistema con comodidad y sin barreras burocráticas.

Frente a la crisis que atraviesa actualmente el sistema de salud colombiano, Esguerra indica que las instituciones deben mantener el foco en aquello que les da sentido: “la salud financiera es fundamental



+18 años potenciando las capacidades operacionales y la toma de decisiones en los mejores hospitales, clínicas, gestores farmacéuticos y aseguradoras del país



Un ecosistema SaaS B2B, que transforma datos en información y conocimiento para el sector salud en Colombia

© 2026

✉ info@okorum.com

☎ [+604] 322 54 92

🌐 okorum.com

📷 Okorumtech

🌐 Okorum

okorum
eHealth Labs

» Aunque reconoce las dificultades actuales del sistema, el doctor Esguerra observa el futuro con optimismo y asegura que “las crisis no acaban los sectores. Las crisis son oportunidades para rediseñarlos”. «

para sobrevivir, pero un hospital no puede olvidar cuál es su misión. Cada institución debe tener absoluta claridad sobre el papel que cumple en la sociedad”.

El futuro del hospital está más allá de sus paredes

Aunque reconoce las dificultades actuales del sistema, el doctor Esguerra observa el futuro con optimismo y asegura que “las crisis no acaban los sectores. Las crisis son oportunidades para rediseñarlos”.

A su juicio, los cambios más profundos de los próximos años vendrán impulsados por la tecnología digital, la inteligencia artificial y nuevas formas de atención; por ello “el gran reto es que el hospital salga de sus paredes y llegue a la casa de los pacientes. Vamos hacia un modelo en el que gran parte de la atención podrá realizarse a distancia, manteniendo los mismos estándares de calidad [...] Hoy no debería haber afán en aumentar el número

de camas, el reto es desarrollar más capacidades para acompañar a los pacientes donde estén”, recalca.

El futuro de la atención hospitalaria, prevé el Dr. Esguerra, será apasionante ya que los próximos veinte años estarán marcados por la adopción de la tecnología digital, la inteligencia artificial, la automatización y la telemedicina. Esta transformación tecnológica también impactará el modelo de gestión del talento humano y mitigará fenómenos globales como el *burnout* y la escasez de personal, ofreciendo nuevas formas de ejercer la profesión.

Además, también exigirá nuevas competencias organizacionales, nuevas formas de trabajo y estructuras menos jerárquicas: “estamos en el amanecer de un nuevo sector hospitalario. Las barreras tradicionales entre disciplinas se están reduciendo y veremos organizaciones mucho

más colaborativas, horizontales e integradas”, augura el Dr. Esguerra.

Y agrega: “debe ser claro para todos los hospitales que se requiere un trabajo en equipo, una estructura de manejo hospitalario de colaboración de muchas disciplinas, ajenas incluso a la salud, con el que se logra una estrategia empresarial clara que garantice en lo posible la estabilidad financiera”.

El Dr. Esguerra reitera que el núcleo de cualquier institución siempre será su gente: “el edificio se puede caer, la gente es la que vale”. Su invitación final al sector es a sacudirse la nostalgia, abandonar la comodidad de la zona de confort y liderar con audacia: “debemos dejar de mirar hacia atrás y concentrarnos en todo lo que se está abriendo hacia adelante. El sector hospitalario colombiano ha superado crisis muy difíciles y volverá a hacerlo”.

“Quiero que la sociedad colombiana esté rindiendo siempre un reconocimiento al sector de la salud en general, que confíe en su sistema hospitalario... Yo invito a todo el sector a que no mire hacia atrás, hacia la comodidad, hacia no enfrentar los cambios, sino que se libere del lastre del pasado, mire al futuro con la mente abierta y logre construir un gran sistema hospitalario que siga siendo orgullo para todos los colombianos”, concluye.

MANILLAS PARA EVENTOS

Identificación segura y eficiente de pacientes.

JOHANA PEREZ
ID: 541656646
DOB: 2/07/180
ADM: 03/05/26



Somos el mayor proveedor de manillas o brazaletes de identificación de pacientes para el sistema de salud Colombiano.

Visítanos stand 2201B
Nivel:01 Pabellón 18-23



Feria Internacional
de la Salud
BOGOTÁ, COLOMBIA
28-31 JULIO 2026

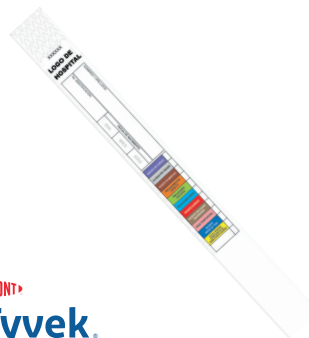


corferias
Generadores de
Oportunidades y Progreso



313 610 72 02
300 611 63 12
604 448 82 92

ventas@manillasparaeventos.com
www.manillasparaeventos.com
@manillasparaeventoscol



“Integridad ética y moral, compromiso con el bienestar del paciente y priorizar el bien común sobre el negocio”: Vicente Borrero, director emérito Fundación Valle del Lili



Vicente Jesús Borrero Restrepo

Director emérito Fundación Valle del Lili

Vicente Jesús Borrero Restrepo, director general de la Fundación Valle del Lili de 1989 al 2023, y director emérito desde el 2024 hasta la fecha, es médico y especialista en Salud Pública, magíster en Ciencias de la Salud y doctor en Salud Pública de Harvard, y doctor en Ciencias Económicas y Administrativas. Antes de llegar a la Fundación se desempeñó como director y docente del Hospital Universitario del Valle, alcalde de Cali, embajador en Argentina y Chile, secretario de Salud y de Hacienda del Valle, y miembro de junta directiva de empresas públicas y privadas del Valle del Cauca.

La Fundación Valle del Lili es una institución sin ánimo de lucro con más de cuatro décadas de historia, reconocida en los ámbitos nacional e internacional por su excelencia médica, liderazgo académico y compromiso social, que continúa a la vanguardia en investigación, educación y atención clínica integral,

bajo los más altos estándares de calidad y excelencia operacional.

Borrero Restrepo dirigió la creación misma de la institución y la capitanea desde entonces. Reconociendo su experiencia administrativa, en 1989 la junta directiva de la Fundación Valle del Lili le encomendó la misión de crear un hospital para atender la alta complejidad en Cali: “hace siete años tenemos esta idea, pero no tenemos proyecto, no tenemos dinero, lo único que tenemos es la oferta de donación de un lote que está condicionado a que si no empieza la construcción antes de tres años, el lote vuelve a sus propietarios. ¿Qué puede hacer usted?’. Les dije: ‘pues nada distinto a hacerlo’.

Recuerda el contexto de esa época: “la salud pública y la atención hospitalaria está muy ligada a los procesos políticos. Cuando asumí la dirección del Hospital Universitario del Valle tenía el apoyo de fundaciones norteamericanas como Kellogg, Rockefeller, Ford. No ofrecían apoyo económico, sino algo mucho más importante: el apoyo en recurso humano de profesores muy calificados de Estados Unidos y de Europa que nos ayudaron a mantener un nivel académico y asistencial muy alto. Teníamos residentes de toda Sudamérica y Centroamérica, y algunos de Estados Unidos que venían a especializarse principalmente en Urgencias. Desafortunadamente politizaron el hospital y destruyeron su capacidad de atención de alta complejidad, porque los intereses políticos primaron sobre los académicos y asistenciales y la ciudad perdió el único centro de atención de alta complejidad que tenía”.

Un grupo liderado por Martín Wartenberg, cardiólogo especializado en Estados Unidos, pensó en crear

una fundación y un hospital que ofreciera los servicios de alta complejidad que no tenía la ciudad. Al respecto, relata el directivo: “en esos días, si usted tenía una enfermedad grave, tenía que pedirle a Dios dos cosas: tiempo y dinero para trasladarse a otra parte. Ellos estuvieron siete años tratando de concretar la idea de un hospital de alta complejidad y no lo habían logrado porque la creación de una institución de estas no es fácil”.

Así se inició un proceso muy difícil, inspirado en la orientación de Harvard de que ningún proyecto era imposible: “comenzó un proceso muy duro, a veces humillante, que es pedir plata. Esos programas de consecución de dinero son agotadores y desagradecidos. Logramos arrancar porque recordé una experiencia de la Escuela de Negocios de Harvard, donde alguien habló de que un programa era imposible. El profesor dijo: ‘esa palabra no se pronuncia en esta universidad. Si usted tiene una buena idea, hay una necesidad y tiene posibilidades de lograr un proyecto útil para la sociedad; ensaye, luche, y después, si no puede, me dice que es imposible, antes no’. Eso se me quedó grabado y arrancamos. Empezaron a aparecer empresas y empresarios y gente de recursos que nos apoyaron. Fue muy difícil, pero en tres años y medio construimos la estructura arquitectónica de la sede principal, y luego comenzó el proceso de selección de especialistas para

la alta complejidad. Fue un tiempo relativamente corto para construir un hospital de este nivel”, cuenta el directivo.

Borrero Restrepo destaca los principios que orientaron esa selección de médicos: “tuve la precaución de seleccionar con mucho cuidado. Los médicos tenían que reunir dos condiciones básicas, que priman en la Fundación de hoy: la primera, absoluta integridad moral y ética de la persona, y la segunda, alto sentimiento de humanidad, de compromiso con los seres humanos enfermos. Yo dejé un lema institucional: ‘la Fundación Valle del Lili no atiende enfermedades, atiende seres humanos enfermos’. Con ese mandato, la Fundación se ha caracterizado por su sentido de humanidad y preocupación por el paciente. Eso me hizo ponerle freno a muchas soluciones robóticas y programadas que no tienen en cuenta el sentimiento. Un robot no siente, no ríe, no llora. Y a una madre que llega con su hijo a Urgencias la tiene que atender un ser humano, no la puede atender una máquina.

» Yo dejé un lema institucional: ‘la Fundación Valle del Lili no atiende enfermedades, atiende seres humanos enfermos’.«

Ese sentido de humanidad ha sido para mí la motivación más importante con los médicos”.

Y refirió otra característica de esa relación: “apliqué la segunda lección más importante que aprendí en Harvard: usted no puede tener médicos a sueldo porque les da lo mismo hacer una consulta o una cirugía que hacer veinte, porque de todas maneras reciben el mismo dinero. Aquí los médicos no son empleados, tienen una relación llamada Cuentas en Participación mediante la cual la Fundación les ofrece oficinas, equipos, apoyo técnico y de enfermería, y ellos dan una participación de sus ingresos en contraprestación, pero cada cual recibe de acuerdo con su trabajo. Eso los motiva a ser más eficientes y productivos. Esa especie de ‘maridaje’ entre la Fundación y los médicos ha sido vital para el desarrollo y el crecimiento institucional. Hoy tenemos casi mil médicos en esas condiciones y más de doscientos residentes becados por la Fundación en distintas especialidades. En resumen, este fue un trabajo muy difícil,

muy duro, pero muy satisfactorio al final del camino. Y es lo que por evaluación de entidades internacionales ha llevado a la Fundación a un reconocimiento importante”.

El doctor Borrero Restrepo destaca el criterio de la excelencia como faro de la gestión: “mi objetivo era muy sencillo. Yo llegué de director del Hospital Universitario del Valle, al que queríamos convertir en un centro de excelencia. Eso me llevó a que esta institución también debería alcanzar esos niveles. Cuando llegué a la Universidad de Harvard, el consejero o *advisor* me dijo dos cosas que se me grabaron para siempre: ‘usted aquí no vale ni por su cuenta corriente, ni por su patrimonio ni sus influencias; usted vale por sus resultados. Aquí no hay espacio para la mediocridad, aquí solo hay espacio para la excelencia’. Entonces la excelencia, en todo el sentido de la palabra y lo que ella significa, ha sido la impronta de la Fundación desde que la abrimos. Aquí no puede haber mediocridad, no puede haber negociados; aquí lo único es sacar adelante a los enfermos y ayudarles a sus familias, que es el verdadero objetivo del médico”.

Compromiso decidido para velar siempre por el bienestar del enfermo

Frente al nuevo Gobierno, Borrero Restrepo afirma que debe revivir la Ley 100: “lo que debe hacer el próximo Gobierno es revivir la Ley 100, hacerle algunos ajustes

que necesita y hacer asociaciones público-privadas que permitan atender adecuadamente a la población. Esto no puede seguir con hospitales públicos en condiciones muy precarias, niveles de atención mínimos: allí es donde entran el sector privado y los estímulos económicos, donde los médicos puedan ganar de acuerdo con su trabajo y no por un salario. Lo primero que tiene que hacer es resolver el problema del pasivo. La crisis en este momento es por una decisión deliberada de disminuir la UPC a unos niveles que llevan prácticamente a la quiebra a las aseguradoras en salud. Eso hay que corregirlo y eso tomará tiempo, no se hará de un día para otro, pero por lo menos se fija una ruta. Se debe trabajar con honestidad porque hay mucha corrupción en el sector salud en ambos lados, en el privado y en el público, y eso hay que corregirlo, tener unas auditorías muy agresivas y darle un objetivo distinto a lo que es la salud. Todos los países del mundo que han tenido sistemas estatizados han fracasado, por ejemplo, los de Cuba y Venezuela, donde no hay ni una jeringa”.

Por ello, el directivo propone: “la salud pública no es nada más que la política aplicada a la salud. Y la política tiene que ser buscando el beneficio de la gente y no mandando la gente a que se enferme más. Aquí nos llegan, por ejemplo, en cáncer, pacientes con

enfermedades que se pudieron tratar y curar a tiempo, pero nos llegan ya en situaciones prácticamente inmanejables”.

Por eso, ante la actual crisis del sistema de salud, una organización hospitalaria debe manejar la incertidumbre planteando objetivos claros. Afirma el directivo: “la incertidumbre es algo por lo cual nacemos. Eso hasta en la vida privada es muy complicado. La incertidumbre hay que manejarla con decisión, hay que manejarla con objetivos claros, hay que manejarla con los pies en la tierra. Y hay que tener la decisión de no dejarse derrotar por las circunstancias. Se necesita decisión, se necesitan objetivos que se puedan alcanzar, lo demás viene por añadidura. Tiene que haber una decisión en el próximo Gobierno de recomponer el sistema de salud, cuyas bases ya existen en la Ley 100; es únicamente revivir, porque en un momento se logró y se destruyó por decisiones políticas y las consecuencias han sido catastróficas”.

Para Borrero Restrepo, el legado que las nuevas generaciones deben proteger en las clínicas y hospitales por encima de cualquier coyuntura política o económica, deben ser la integridad ética y moral, así como el compromiso con el bienestar del enfermo: “la gente que trabaja en el sector salud, sobre todo en estas clínicas de alta complejidad que manejan sumas grandes de dinero, deben



tener una absoluta y total integridad ética y moral. Aquí no se pueden robar un peso de la plata de la salud. Y en segundo lugar, tiene que existir un compromiso muy serio y definido de la gente que trabaja en el sector salud con el bienestar y el tratamiento humano de las enfermedades, no se puede tratar al enfermo cerrándole la puerta o con indiferencia; al enfermo hay que tratarlo con afecto, hay que tratarlo con compromiso y hay que entenderle sus circunstancias personales y familiares, porque la parte mental en la salud es fundamental. Eso no es ningún misterio, pero hay que imponerlo como una norma permanente. Y esa norma permanente es la excelencia en la labor”.

Ante la llegada de inversionistas extranjeros para adquirir instituciones hospitalarias, Borrero Restrepo es tajante en que debe priorizarse siempre el beneficio social por encima del negocio: “la Universidad del Valle y la Escuela de Medicina funcionaron como un relojito cuando tuvieron el apoyo de fundaciones norteamericanas privadas con capital de empresarios que pensaron en ayudar a la humanidad. Si los extranjeros vienen a hacer negocios, es mejor que no vengán. La salud no puede convertirse en un negocio, tiene que dejar excedentes para beneficio de la gente que trabaja y beneficio para la población, pero jamás puede concebirse como un negocio. Si vienen a hacer negocios será a costillas de la salud de la gente y eso no es aceptable; si el ánimo es lucrarse, que se lucren dentro de normas éticas, que no sea solo por el afán de lucro. Tenemos un ejemplo muy claro con Imbanaco, entidad privada excelente que tuvo dificultades con la situación actual y decidieron volverlo un centro de negocios: cerraron servicios, cancelaron contratos de médicos y enfermeras, sacaron cientos de empleados y solo atienden pacientes privados y gente que pueda pagar. Eso no es aceptable. Es lícito que los extranjeros tengan una ganancia, pero que el

» La incertidumbre hay que manejarla con decisión, hay que manejarla con objetivos claros, hay que manejarla con los pies en la tierra. «

objetivo no sea la ganancia, sino atender humanamente a la población y buscar su bienestar”.

Finalmente, invita a buscar siempre el bienestar del paciente y la atención humanitaria: “la medicina y sobre todo la alta complejidad, tiene unos costos de operación muy altos porque en Colombia no se produce ni siquiera una aspirina; hay que importar las materias primas o los medicamentos terminados y de marca, los insumos clínicos. Entonces tiene que haber márgenes económicos suficientes para poder atender. Y en segundo lugar, hay que buscar antes que el beneficio económico, el bienestar y la atención humanitaria de la gente. Eso era lo que buscaba la Ley 100: repito, hay que revivirla y darle valores porque la medicina no es más que la aplicación de los más altos valores humanos al beneficio de la gente. Para eso la estudiamos. Y la salud pública no es más que la política aplicada a la salud de la gente. Entonces la reflexión es muy sencilla: hay que buscar por todos los medios lograr ese bienestar, esa es la política y ha sido la que ha llevado esta Fundación a sus niveles de éxito. Es muy fácil. Se necesita compromiso, se necesita capacidad de entender al ser humano y sus dificultades, y tratar de resolverlas. Inclusive hoy a ciertas enfermedades, como cáncer, se le abren oportunidades que no existían hace cinco años. Hay que estar atento a todos esos procesos, hay que enviar la gente a especializarse en lo que no podemos ofrecer aquí y hay que tratar de tener alta calidad en los servicios de salud. Y la calidad no solamente con plata, la calidad es con seres humanos comprometidos”, concluye Borrero Restrepo.

“Liderar estrategias, enfrentar desafíos, repensar gestión del cuidado del paciente y preservar hospitales”: Andrés Aguirre, exdirector del Hospital Pablo Tobón Uribe



Andrés Aguirre Martínez

Exdirector Hospital Pablo Tobón Uribe

Andrés Aguirre Martínez, médico y especialista en gerencia hospitalaria, docente de posgrado en varias universidades, lideró durante 22 años y medio al Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, al cual estuvo vinculado por 38 años y medio. Ha recibido importantes distinciones regionales y nacionales, y ha participado en instancias directivas de destacadas entidades gremiales y empresariales. Fue presidente de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2012-2023) y hoy es Miembro Honorario. Es autor del libro *El reto de ser persona*, publicado por el Instituto de Liderazgo de Bancolombia. Durante su gestión, el Hospital alcanzó importantes hitos institucionales: dos veces Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión; Acreditación en Salud en nivel de excelencia por Icontec y aval internacional de ISQUA; Acreditación de Joint Commission International; certificación como Empresa Familiarmente Responsable en la máxima categoría A+ (primera en América Latina en lograr ese nivel); certificación

en normas ISO ambiental y ocupacional; una de las 100 entidades con mejor reputación Merco Empresas por varios años consecutivos; una de las 100 entidades con mejor reputación por su responsabilidad social según el Estudio Merco; certificación como Hospital Universitario; ampliación de la infraestructura del Hospital en más de 70.000 metros cuadrados, con inversión cercana a \$280.000 millones, el Hospital es reputado por su alta calidad en la experiencia de servicio percibido y su prestigio científico.

Destaca Aguirre Martínez: “como director general debía trazar la estrategia del Hospital, consolidar una cultura orientada a la excelencia científica y de servicio, velar por la viabilidad financiera y el crecimiento sostenible, liderar los procesos de responsabilidad social y el cumplimiento de las disposiciones legales. Igualmente, influir en las políticas del sector orientadas a la mejora del Sistema de Salud y a la consolidación del sector hospitalario”.

Reconoce los logros como fruto del trabajo de su equipo: “siempre he dicho: ‘el director brilla por su orquesta’. Cualquier estrategia que uno quiera llevar a cabo, necesita del concurso de la gente. Por lo tanto, la lección que uno aprende es inspirar a las personas en el logro de un propósito, de una historia que valga la pena ser contada. Los seres humanos somos muy influidos por historias, hay muchos ejemplos en la historia de la humanidad. Era importante que el grupo humano se trazara una clara misión con una historia”.

En tal sentido, lo segundo era orientar la acción: “una estrategia es un modo deliberado de comportarse en medio de un contexto para lograr un propósito. El propósito es esa historia, leer el contexto y leer la realidad de lo que está pasando en todas las dimensiones: financieras, tecnológicas, políticas, sociales, de los colegas y la competencia. Muy importante



en el caso de una institución de salud, es entender cuáles son las necesidades de las personas y las comunidades. Al fin y al cabo, ese es el sentido y el propósito de un hospital: brindar salud, hacer la tarea docente e investigativa, pero, sobre todo, brindar salud”.

Señala Aguirre Martínez que entender esas necesidades termina siendo muy importante para lograr que la institución y su grupo humano se comporten de la manera requerida para lograr el cumplimiento de esa misión: “un buen líder tiene que saber leer el entorno, tiene que entender cuáles son las influencias a las que tiene que dar respuesta. Y sin duda hay un asunto muy importante: la estrategia necesita a su vez de cosas importantes como el trabajo de una cultura organizacional”.

En este sentido, explica: “hay que preguntarse cuáles son esos principios y valores que deben guiar a las instituciones, reflejados en comportamientos muy claros. Un valor que no tiene un comportamiento que pueda expresarse se queda en la intención. Ejemplo: si uno dice que el valor es el respeto, ¿cuáles son los comportamientos que hacen que ese respeto se lleve a cabo? Ejemplo también en un hospital: tocar la puerta de una habitación antes de ingresar a donde está el paciente. Segundo comportamiento en ese ejemplo: decirle a la persona ‘mi nombre es tal y vengo aquí a servirle’. Y lo

» Hay que preguntarse cuáles son esos principios y valores que deben guiar a las instituciones, reflejados en comportamientos muy claros. Un valor que no tiene un comportamiento que pueda expresarse se queda en la intención. «

tercero: la estrategia, además de la cultura, necesita técnicas, y en este caso y muy importante en la salud, técnicas de mejoramiento continuo, poner a trabajar a la gente en definir unos indicadores, definir qué se va a medir y alinear los procesos para que esos indicadores se puedan llevar a cabo. Esas serían, en resumen, las orientaciones que considero importantes en la gestión de una organización y lo que hicimos en el Hospital Pablo Tobón Uribe en los años que estuve”.

Siempre enfrentar los desafíos

El exdirectivo advierte que en la gestión hospitalaria hay desafíos de todo tipo y que lo más sano es enfrentarlos siempre. Por ejemplo, ante el desafío de creación de capacidades para hacer cosas nuevas, es preciso invertir en formación a mediano plazo: “en el Hospital se asignó un presupuesto para que la gente vinculada pudiera capacitarse incluso por meses y años, y hacer cosas que antes no estábamos en capacidad de hacer”.

También planteó orientaciones frente al desafío financiero: “es necesario hacer una serie de actividades, revisar que las plantas de cargo sean las ajustadas, que las personas tengan el tiempo para llevar a cabo las actividades, pero que no haya desperdicios. El control de inventarios y el manejo de costos de los insumos, lograr las mejores negociaciones para mejorar la eficiencia, automatizar procesos. El Hospital Pablo Tobón Uribe incorporó en sus tecnologías los RPA (*Robotic Process Automation*), que permiten ganar eficiencia en procesos. El desafío financiero es tener muy buena relación con los bancos para que los préstamos sean a las tasas menos onerosas y cumplir debidamente eso, hacer un presupuesto de caja muy estricto y ceñirse a ese presupuesto para cumplir todas las obligaciones. Esas son rutinas, pero en épocas de crisis financiera había que hacerlas con mayor razón”.

Y a lo largo de toda la gestión, es necesario mantener a la gente informada, afirma el exdirectivo: “no infundir miedo, no amenazar, pero uno tiene que hacer parte a la gente de los desafíos que se están enfrentando, porque para una sola persona no es posible hacerlo. Esto genera la

necesidad de estar comunicando personalmente a la gente los logros, lo que íbamos ganando, dónde teníamos brechas y resultados, dónde teníamos esos resultados y dónde teníamos retos por afrontar”.

Agregó que en el manejo de la crisis es muy importante la credibilidad que tengan los líderes, porque sin credibilidad es muy difícil que la gente se alinee y respalde acciones que pueden resultar molestas. También se debe ser cuidadoso con las horas extras, con reducir gastos e inversiones que puedan aplazarse en un momento dado porque no hay una caja que permita hacerlos, así que tener esa cautela es esencial para enfrentar dicha situación.

Y agregó: “también existen otras series de actividades, como que el director tiene que acompañar y estar muy presente con las entidades de aseguramiento y lograr compromisos de pago: ahí es donde uno menos se puede esconder; no ejecutando confrontaciones, pero sí intentando llegar a compromisos de pago. Y lograr sortear esta situación. Esas son las estrategias que en su momento se llevaron a cabo y que funcionaron y fueron exitosas”.

Acción colectiva ante la crisis del sector salud y repensar la gestión del cuidado del paciente

Aguirre Martínez reconoce que el sector salud vive una crisis que muchos denominan sistémica: “se han desdibujado los roles y responsabilidades de los distintos agentes. Me parece que en este momento debe hacerse una acción colectiva de reflexionar, sobre todo para tener ideas y dárselas al próximo Gobierno y al Legislativo, con el fin de que hagan un rediseño y ajuste de las cosas del sistema que tendrán que considerarse, entre otras cosas, la financiación. Un sistema que no está financiado debidamente, por mucho que se logre la eficiencia, va a tener la imposibilidad de cumplirle a los colombianos el derecho a la salud”.

E hizo énfasis al respecto: “se necesita una acción colectiva; yo creo y llamo a cooperar a todos los agentes. Esto no puede verse como una confrontación,

porque al final todo el mundo va a salir dañado y muy especialmente los pacientes y la gente del país, que es a la que finalmente este sector se debe. Entonces yo llamaría a que hay que sentarse a conversar, despojarse de orgullos y tratar de encontrar cuáles son las mejores alternativas”.

Señaló que además de la financiación, un asunto crucial es definir cómo se va a gestionar la coordinación del cuidado de las personas: “es un asunto complejo, porque no es lo mismo hacer acciones de prevención primaria que pueden hacerse en el territorio, a hacer acciones de prevención secundaria que es la detección precoz de las enfermedades, y mucho menos acciones de prevención terciaria sobre el manejo del enfermo que tiene una situación de salud declarada y requiere provisiones de servicio diferentes y acordes con esa circunstancia. El sistema tiene que volver a repensar cómo hacer esa coordinación del cuidado y cómo pensar en la logística de cómo darle la continuidad de medicamentos a los pacientes. Ahí vuelve nuevamente el tema de financiación”.

Frente a estos temas, reiteró: “hay que sentarse a conversar y crear estrategias gana-gana y no de confrontación. Los sistemas de salud son complejos; no existen sistemas perfectos, existen sistemas mejores y existen sistemas peores. El de Colombia no era un sistema perfecto, necesitaba ajustes, pero asistimos a un deterioro muy importante que tendrán que atender quienes lleguen al próximo gobierno y repensar nuevamente los distintos roles y los distintos agentes que deben intervenir para tratar de estabilizar esta circunstancia”.

Garantizar la continuidad de la institución hospitalaria

El exdirector del Hospital Pablo Tobón Uribe recalca que debe preservarse la legitimidad de la labor de las instituciones hospitalarias: “ante la incertidumbre actual, tengo un ejemplo. Es como si el sector aéreo está en crisis y en un avión el piloto dice: ‘como estamos en crisis no le podemos echar sino la mitad



de la gasolina al avión. Nadie va a querer montarse en ese avión. Es una metáfora para decir que el sector siempre tiene que cuidar, y la calidad, la seguridad y la experiencia del servicio deben ser inmejorables. Lo que hace más delicado al sector en este momento es perder su propia legitimidad. Si los hospitales y clínicas pierden ese rumbo, pierden la legitimidad ante la sociedad. Eso es lo primero que hay que hacer.

“Lo segundo, nuevamente en términos financieros, es tener cautela en los gastos, definir qué puede aplazarse para otro momento, qué es necesario hacer, y ser muy cuidadosos con el control de gastos y costos de una institución”, indicó el exdirectivo.

Con una metáfora Aguirre Martínez explica cómo afrontar cambios: “Un oso en invierno nos enseña varias cosas: primero, si no era buen oso antes de que llegara al invierno, va a morir. Las instituciones siempre tienen que estar preparándose para ser buenas instituciones. Cuando llega el invierno, el oso se tiene que adaptar, modificar comportamientos: decidir qué debe suspender, qué debe mantener, qué debe presentar. Y, finalmente, para el oso va a llegar la primavera. O sea, un sector salud sin prestadores no es posible. Yo diría que tampoco puede entrar uno en una etapa apocalíptica de que esto se acabó, sino ir paso a paso, ir poco a poco

para ir logrando que las instituciones sobrevivan y se mantengan”.

Y advirtió: “habrá que tomar decisiones. A veces son cosas complejas, difíciles, no cómodas. Y unirse nuevamente, cooperar en lo que se pueda, con proveedores, colegas y otros agentes del sector. Es muy importante crear ese sentido de cooperación”.

De cara a la permanencia de la institución hospitalaria por encima de coyunturas políticas o económicas, Martínez Aguirre señala: “siempre habrá que cuidar la calidad de los servicios, y eso se hace a través de las personas, de cuidar a las personas. Nadie da de lo que no tiene. Solo se puede servir más y mejor siendo más y mejores personas, mejores y más personas. Y no perder el sentido del propósito: el sector tiene que manejar el dinero, pero no se puede volver, no nos podemos volver mercaderes, que no quiere decir no cuidar y no tener excedentes, debemos tenerlos, pero primero el servicio y mantener la sostenibilidad de las instituciones. E insisto, no perder el sentido de la misión: los hospitales desde que nacieron están llamados a

» El sector privado sin ánimo de lucro ha sido muy importante para el país y esas instituciones no se pueden vender. «

prestar un servicio de excelencia y un servicio compasivo y a tener como centro a las personas. Eso en cualquier situación, con crisis o sin crisis, no se nos puede olvidar”.

Por último, frente a la llegada de inversionistas y grupos extranjeros que compren entidades insignia del sector hospitalario, advirtió: “si estos señores no pierden el sentido, si tienen un sentido de misión y de visión adecuado, y vienen a aportar de lo que ellos puedan saber en sus países, bienvenidos sean. Pero si vienen simplemente a extraer rentas y a no cumplir su misión, mal haría en decir que eso sea bueno. Diría que cada caso, cada inversionista, no tendría una respuesta genérica, habría que ver las condiciones de esos inversionistas. El sector privado sin ánimo de lucro ha sido muy importante para el país y esas instituciones no se pueden vender, ni pueden por su objeto social seguir siendo tales; por ejemplo, la Fundación Santa Fe de Bogotá, la Fundación Hospital Pablo Tobón Uribe, la Fundación Valle de Lili han comprado clínicas de socios, pero tienen ese reto de no perder el sentido de misión y de visión y hacer una buena gestión en torno a la salud”.

“Mantener la fe, el humanismo, la honestidad y el respeto para preservar y proyectar los hospitales”:

Julio Ernesto Toro, exdirector del Hospital San Vicente Fundación Medellín



Julio Ernesto Toro Restrepo

Exdirector del Hospital San Vicente Fundación Medellín

Julio Ernesto Toro Restrepo, médico y especialista en Gerencia Hospitalaria, estuvo al frente del Hospital Universitario San Vicente de Paúl —hoy Hospital San Vicente Fundación Medellín— durante treinta años (de 1981 al 2016, con breve receso entre 1990-1995). Fue reconocido en el 2010 por la revista Semana como uno de “los 100 líderes de la sociedad” y uno de los hombres más influyentes ese año. Con su gestión logró posicionar al Hospital San Vicente como uno de los centros médicos más avanzados del país al servicio de la comunidad. Es autor del libro *Humanis Corpus Inc.* y editor de los libros *Hospital & Empresa* y *Cien años. Una vida entera por la vida. Hospital Universitario de San Vicente Fundación 1913-2013*. Asumió la dirección en un momento muy difícil: el hospital atravesaba una grave crisis económica en medio del auge de la violencia asociada al narcotráfico, que

sometía a la institución al límite de su capacidad de atención. Al liderar la transformación de su estructura administrativa, el hospital recuperó la estabilidad económica tras décadas de incertidumbre y emprendió una senda de crecimiento hasta convertirse en una institución reconocida nacional e internacionalmente como pionera en los contextos médico, científico, académico y humanista, con un crecimiento constante en número de pacientes y servicios innovadores, una nueva sede en Rionegro (Antioquia), y la solidez de sus finanzas y proyectos.

Durante su gestión, impulsó y apoyó valiosos logros científicos y administrativos: el avance significativo en trasplantes y procedimientos clínicos novedosos, la capacitación del personal en todas las áreas, el saneamiento financiero, la construcción de los Centros Especializados en Rionegro, la consolidación de San Vicente Fundación —que incluía el Hospital Universitario y Centros Especializados junto con Corpaúl y el Instituto de Alta Tecnología Médica (IATM)—, el desarrollo tecnológico y los altos estándares de habilitación y la acreditación institucional.

En medio de dificultades de todo tipo, su compromiso siempre fue fortalecer un modelo de atención centrado en el paciente, bajo las políticas de humanización, seguridad, rehabilitación y atención digna. Bajo su liderazgo, el Hospital San Vicente mantuvo siempre el principio de “puertas abiertas”, fortaleciendo la contribución social y el liderazgo médico.

Así recibió el Hospital, relata Toro Restrepo: “los servicios de atención se dividían en dos: el sistema

privado y el 'sistema de caridad'. Y estaban los 'auxilios' del Gobierno, pero se pasaban muchos trabajos porque siempre había déficit de tesorería muy grande a fin de año. Empezaban las angustias porque no había con qué pagar primas, obligaciones y proveedores; pasaban dos o tres meses sin pagarle al personal asistencial. Eso se corrigió poco a poco. Por esa falta de recursos, las instituciones hospitalarias no tenían ningún modo de crecer, todo se hacía con donaciones: equipamiento nuevo, ampliación y mejoramiento de áreas, porque el Estado no destinaba recursos y menos para instituciones privadas. No había una fuente propia de recursos y estaba en crisis la credibilidad de lo que hacíamos. Había una carencia de equipos e insumos, y el ambiente laboral era de tensión constante".

Sin embargo, el director nunca perdió la fe: "siempre creí que este Hospital podía ser el mejor de Colombia, y así estuviéramos muy mal económicamente, sentía que teníamos todas las oportunidades gracias a que conformábamos un equipo comprometido y honesto. Cada vez que había situaciones complicadas, pensaba: 'esto no puede fracasar, esta institución no puede acabarse cuando lo que la mantiene viva —que es el bien que quiere hacerle a la gente— sigue siendo vigente. Eso sería una contradicción esencial'. Y aunque persistía el problema económico,

» Y aunque persistía el problema económico, siempre se atendió a cada paciente que llegaba: "había un espíritu común, un amor por los pacientes que nos inspiró diariamente". «

siempre se atendió a cada paciente que llegaba: "había un espíritu común, un amor por los pacientes que nos inspiró diariamente".

La salida de la crisis económica se alcanzó a principios de los años noventa, mediante la resolución de financiación y otros recursos, la reestructuración administrativa, la sistematización de procesos administrativos y asistenciales, el mejoramiento continuo de los servicios, la facturación en Pensionado (particular) y la adopción de nuevas tecnologías de cara al siglo XXI.

Aprovechar la coyuntura de la Ley 100 para impulsar la gestión hospitalaria

Otro gran desafío fue adaptarse a los cambios que trajo la Ley 10 de 1990, con los programas docente-asistenciales, y la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando el Hospital dejó de recibir aportes del Estado y debió reestructurarse para seguir cumpliendo su misión social a favor de la comunidad dentro del nuevo sistema de salud. La orientación de Toro Restrepo fue rotunda: "el dilema era facturar o morir. O empezamos a facturar o a la vuelta de un año cerramos este hospital". Se montó el sistema de facturación y se tomaron decisiones a contracorriente para adelantar la reorganización administrativa, pero respetando siempre la misión humanitaria que distingue la institución. Esta gestión dio sus frutos, cuando a partir de 1996 el Hospital alcanzó su punto de equilibrio.

"Muchos decían que tendríamos que cerrar definitivamente, que el nuevo marco legal significaba el fin del hospital; y yo, por el contrario, vi que se nos abrían muchísimas posibilidades. Siempre creí que el futuro del Hospital empezaba ahí con más fuerza, y fue así. La Ley 100 marca un antes y un después, porque crea el sistema de salud. Modificó totalmente la perspectiva y el futuro de las instituciones porque empezaron a generar sus propios recursos y, por tanto, las posibilidades

» **Siempre me preocupó cuando era director del hospital, que había exigencias de índole mundial en calidad de los servicios, referentes a las condiciones físicas de las áreas donde están los pacientes.** «

de los pacientes; porque si había recursos, espacios, tecnología y profesionales, había servicios”, afirma el exdirectivo.

Sostiene que esa ley aumentó la capacidad de gestión: “la Ley 100 abrió posibilidades para gestionar recursos porque se podían facturar los servicios y había un pagador. Había que hacer un esfuerzo; muchas instituciones de Medellín, Bogotá y Cali manejaron eso con mucha pulcritud y muy estrictamente, y crecieron y salieron adelante y se volvieron espectaculares desde todo punto de vista: aumento de prestación de servicios, adquisición de tecnología, innovación. Los hospitales tenían que generar riqueza para reinvertirla en su desarrollo y su progreso, en beneficio de los pacientes. Y como impuso un sistema, favoreció mucho a la gente al ampliar la cobertura y permitir acceso a tratamientos de alto costo”.

Sin embargo, pese a reconocer las posibilidades de la Ley 100, y

ante la idea de que esa ley salvó al Hospital San Vicente, Toro Restrepo aclaró: “si fuera así, la Segunda Guerra Mundial no se habría acabado y tantas otras cosas; la Ley 100 es un tecnicismo de los que nunca faltan, una coyuntura. Al Hospital lo salvamos todas las personas que tuvimos que ver con él, y la fidelidad a las creencias. Y si la Ley 100 es para todos, ¿cómo otros no sobrevivieron? No es de milagros: yo creo que sí existen, pero no reemplazan el trabajo, ni la constancia, ni la voluntad, ni los credos; los milagros no hacen lo que uno no es capaz de hacer”.

El desafío de crear otra sede

En la última década del siglo XX y durante la primera del XXI surgieron dificultades en los pagos a los hospitales, los retrasos y el aumento de cartera, que los obligó a actuar. Al respecto, comenta el exdirectivo: “hubo problemas de tesorería que repercutieron en la disminución de la inversión

y la creación de áreas, en el desarrollo físico y tecnológico, en la formación de personal especializado y en el aplazamiento de proyectos. Todo eso se suspendió cuando la cartera empezó a crecer y había dificultades para el flujo del dinero”.

Sin embargo, el Hospital San Vicente buscó cómo responder a la necesidad de ampliar su capacidad instalada y su oferta de servicios: la instalación de una nueva sede. Señala Toro Restrepo: “siempre me preocupó cuando era director del hospital, que había exigencias de índole mundial en calidad de los servicios, referentes a las condiciones físicas de las áreas donde están los pacientes. Las estructuras no serían habilitadas para prestación de servicios, a menos que hiciéramos una inversión muy grande. Había que pensar en condiciones físicas modernas. Yo insistía en tener otro hospital, bien fuera dentro del hospital mismo o por fuera; dentro no era posible porque la estructura fue declarada Patrimonio Cultural. En ese momento surgió la idea de trabajar en la creación de un hospital. Aprovechando la coyuntura de creación de Zonas Francas, se compró el lote donde está el Hospital San Vicente de Rionegro y se creó un desarrollo como Zona Franca de Salud”. El complejo hospitalario se inauguró en el 2011 como Centros Especializados de San Vicente Fundación.



De este logro, Toro Restrepo destaca que no puede reclamarse como un acierto personal sino como una obra colectiva: “primero que todo, nadie hace nada solo. A mí me tocó arrancar con el Hospital San Vicente de Rionegro en mi condición de director, y entregarlo, pero yo no lo hice solo; fueron muchas las mentes que hubo ahí trabajando, muchas las personas que participaron con muy buena intención, con muy buen trabajo, con ideas, ¡fue fantástico! Por eso se logró. Era un propósito colectivo, siempre lo dije, no un propósito de un individuo, esto es para que hagamos una cosa que valga la pena, algo de la institución”.

Los hospitales siempre permanecerán

Ante el convulso panorama actual del sector salud en general y de las instituciones clínicas y hospitalarias en particular, Julio Ernesto Toro es enfático: “hay una frase que he repetido toda la vida: ‘si en la tormenta el balsero se asusta, se hunde la nave’. Eso lo tenía y lo tengo muy claro. Si estamos en la tormenta y el balsero está asustado, a pique. Esa es la primera cosa. La segunda, lo fundamental en todas las cosas que uno emprende en la vida, es la serenidad. Si uno se pone a tomar decisiones apresuradas en cualquier campo —administrativo, médico, asistencial—, termina equivocado. Y otra cosa: hay que pensar en el bien común, pero genuinamente, no mirando cómo saco mi parte. Ese es el cuento”.

Además, plantea: “¿cuál es la principal fuente de los problemas de los seres humanos? Los mismos seres humanos. No hay un árbol que dé maldad, envidias ni frustraciones; somos los mismos seres humanos que hacemos eso. La situación del sector salud es consecuencia del accionar de todos. Hay unos más responsables que otros y esos se las verán con el que corresponda. Pero la esencia del problema del sector salud, hoy por hoy, es de origen humano, de mentalidad.

» Frente a la administración de hospitales, reiteró: “manejar una institución hospitalaria en este momento es complicado. No es solamente un problema de visión —que sí lo hay—, sino un problema de las virtudes del alma. «

Ahí hay egoísmo, petulancia, una serie de cosas que acabaron con lo poco que había. Es un problema de la condición humana, del alma. Si tuviéramos un alma bondadosa, generosa, amplia, tolerante, haríamos las cosas y listo, pero no es así. Si no tenemos un alma generosa, no hacemos nada. Si yo me pongo en un puesto directivo, a hacer todo para mí y para mi séquito, y no para la gente, que le sirva a la gente, no hago nada. Estoy asumiendo una posición absolutamente egoísta. Y el egoísmo impide avanzar”.

Frente a la administración de hospitales, reiteró: “manejar una institución hospitalaria en este momento es complicado. No es solamente un problema de visión —que sí lo hay—, sino un problema de las virtudes del alma. Si no hay esa cosa de generosidad, de búsqueda de la verdad humana, de la concertación, del bien para los demás... Si todo es cómo voy yo, ahí no hay nada qué hacer. El problema de fondo o una de las raíces del problema, es la formación de la gente; hay que darle oportunidades a la gente, que estudien y se capaciten”.

El exdirectivo confía en la permanencia de los hospitales: “la institución hospitalaria, privada o pública, tiene que sobrevivir. Pero las condiciones de una y otra son distintas. Para la entidad privada tiene que haber un buen mercado, empleo, buenos salarios, una buena área de comercialización. La entidad pública depende del Estado o de intermediarios, porque en



» **De la medicina del cuerpo se pasó a la medicina del ser humano,** después a la de los órganos y a la de los tejidos. Hay que ir a la medicina de la célula e incluso a la nanomedicina. Pero que sea humana, he ahí el problema «

términos generales todo el mundo aporta a la seguridad social. Ahí están los recursos, hay un pagador, a la hora de la verdad nadie está mendigando nada. La Ley 100 acabó con la caridad pública: ya no es un favor, se atiende a los del régimen subsidiado o contributivo, porque tienen un derecho. La Ley 100 cambió la caridad por el derecho”.

Al respecto, complementó: “tiene que haber quién pague por los servicios, en uno y otro. Deben tener una fuente de financiación para funcionar. Para usar una expresión que de pronto no es la más exacta, son dos negocios distintos. En el público es la venta, la facturación de servicios y el cobro de esas facturas. Y en el privado según las leyes del mercado, oferta y demanda... el sector hospitalario tiene muy buenos recursos: humanos, técnicos, de iniciativa, pero no tiene con qué.

La fuente de recursos del sector privado es la venta de servicios, y eso está muy débil. Y tiene fortalezas como conocimiento, habilidades, experiencia, pero la capacidad que tiene cada vez es menor”. Toro Restrepo defiende que el legado de una institución hospitalaria, por encima de cualquier coyuntura política o económica, debe ser el respeto a los demás.

El exdirectivo también confía en una recuperación del sistema de salud: “creo que saldrán líderes dentro de un tiempo, tenemos que estar serenos en este momento para salir de esta tormenta. Pero llegarán los líderes que son y la gente que es. Las ciudades, los países y las instituciones se acaban, pero muchas

veces resurgen. Eso es un trabajo a largo plazo, no es de cinco años ni de diez. Llegará el momento en que todo se empiece a enrutar, y de este sacudón que estamos viviendo en el sector salud, el sector vuelve y se enruta, y se endereza”.

El futuro de un hospital

Para Toro Restrepo, las dificultades son el pie amigo para grandes soluciones: “todas las organizaciones están llenas de conflictos y uno es partícipe de ellos, por los que genera y los que le toca sufrir; nadie es inocente de todo, también uno tiene culpa en las equivocaciones ajenas. Si hay un problema con los insumos para atender a los pacientes, yo también tengo responsabilidad, así no sea yo el que compre y pague. Por eso el desafío es garantizar siempre los mejores servicios, con gran sentido humano, calidad y moderna tecnología. Cualquiera quisiera ser director de un gran hospital, pero hay que hacerlo primero, irlo construyendo. El futuro depende de la colaboración de todos y cada uno de quienes laboran en la institución; si no se consigue la solidaridad de todos, no se logra el éxito”.

De cara al futuro, un hospital afronta un enorme desafío: “de la medicina del cuerpo se pasó a la medicina del ser humano, después a la de los órganos y a la de los tejidos. Hay que ir a la medicina de la célula e incluso a la nanomedicina. Pero que sea humana, he ahí el problema; el que haga eso, tendrá el éxito. Manejar lo más refinado del conocimiento médico dentro del ser humano, eso sería lo fantástico”, dice Julio Ernesto Toro.

Y concluye: “además, un hospital es también para ahuyentar soledades, de esas espantosas, que aterran, que invaden el alma como una tintura que cae en el agua limpia; y es para llenar silencios y vacíos que pueda padecer el alma y que se sienten con espanto, y llegan hasta allá, profundamente, casi hasta la nada”.



Tedimeq

TECNOLOGÍA EN DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS

*Su aliado en
seguridad
hospitalaria*



La **seguridad quirúrgica** comienza
con equipos en condiciones óptimas.



- ✓ Mantenimiento preventivo y correctivo de instrumental y equipos biomédicos
- ✓ Venta de instrumental quirúrgico
- ✓ Alquiler de motores quirúrgicos y craneotomos

Solicite diagnóstico de su instrumental:

+57 302 3886149
especialista.equiposmedicos@tedimeq.com

Parque Industrial La Esperanza
Cra. 37 # 10 - 303, Acopi, Cali -
Yumbo

Mauricio Barberi: “los hospitales deben ser empresas al servicio de la vida”



Mauricio Barberi

Director Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI)

Durante 35 años, Mauricio Barberi ha liderado una de las instituciones más emblemáticas de la salud colombiana y cuna de la pediatría en el país: la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI). Con una trayectoria particular que rompe el molde tradicional de las direcciones hospitalarias, el Dr. Barberi (administrador de empresas) asumió la dirección general de la entidad en 1991, siendo apenas el cuarto director en más de un siglo de historia institucional. Su liderazgo ha estado marcado por la herencia familiar, la firmeza frente a las crisis gubernamentales y una visión gerencial que le ha permitido ser protagonista de una de las transformaciones más profundas de la atención pediátrica en Colombia.

Cuando asumió la dirección el HOMI enfrentaba una situación crítica de sostenibilidad. Tres décadas después, la institución es reconocida como uno de los principales centros pediátricos de América Latina, referente en oncología infantil, cuidado crítico, formación de especialistas e innovación en gestión hospitalaria. Su historia es la de una organización que decidió reinventarse para sobrevivir, crecer y seguir cumpliendo una misión que permanece intacta desde hace casi 130 años: cuidar la vida de los niños.

De los auxilios estatales a la autosuficiencia corporativa

La llegada de Mauricio Barberi a la dirección del HOMI en 1991 coincidió con un punto de quiebre institucional e histórico para Colombia. Hasta ese momento el hospital, a pesar de ser una fundación de carácter privado, operaba bajo un esquema financiero de dependencia estatal. Al constituirse como el centro de referencia nacional para la atención infantil, la institución subsistía gracias a los denominados “auxilios” del Gobierno nacional, figurando directamente en el presupuesto de la nación junto a entidades como el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil.

Sin embargo, la promulgación de la Constitución Política de 1991 eliminó

estos auxilios presupuestales, dejando al HOMI en dificultades financieras. La antigua estructura de subsidio a la oferta desapareció, pero el país aún no contaba con un sistema alternativo que permitiera a los hospitales generar recursos propios para garantizar su sostenibilidad operativa.

Barberi recuerda incluso una anécdota que marcó su visión de liderazgo. En medio de la incertidumbre acudió a buscar apoyo ante las autoridades de salud de la época: “fuimos donde el doctor Juan Luis Londoño, ministro de Salud de la época, y me mandó a morir. Me mandó a enterrar a la institución: si no éramos capaces de sostenerlo, pues que lo cerráramos. Creo que esa fue la mejor motivación para decir que el HOMI no podía parar precisamente por el legado, por lo que significa para el país la cuna de la pediatría en Colombia, el primer hospital pediátrico”.

Fue entonces cuando surgió una frase que terminaría convirtiéndose en una filosofía institucional: “éramos pobres, pero con mentalidad de ricos”. A partir de ese momento comenzó una transformación profunda que rompió con la manera tradicional de administrar el hospital. “Empezamos a cambiar el pensamiento estructural de un hospital y hablamos de una



vez por todas de una empresa productiva que generara sus propios ingresos y no dependiera de nadie”.

Mediante negociaciones directas con las autoridades sanitarias de la época, el hospital suscribió contratos de atención con diferentes entidades territoriales. El hecho que consolidó esta transición fue el contrato número 001, firmado con el departamento de Boyacá para brindar atención médica especializada a los niños de esa región. Este paso estratégico transformó al HOMI en una organización vendedora de servicios de salud bajo la lógica de la oferta. La llegada de la Ley 100 reforzó ese camino.

El Dr. Barberi recuerda: “comenzamos a recibir recursos por lo que hacíamos, por los servicios que prestábamos y no por lo que alguien quisiera darnos. Eso nos permitió tecnificarnos, innovar y desarrollar nuevos servicios para responder a las necesidades de los niños colombianos”. Sin embargo, considera que el cambio más importante no fue financiero: “la transformación más profunda fue entender que un hospital debía gestionarse como una empresa, sin perder su esencia humana”.

La revolución del “cliente”

Uno de los aportes más controvertidos, pero a la vez más revolucionarios de Mauricio Barberi en el sector salud, fue la transformación de paciente a cliente. “El paciente no era el ser humano que estaba esperando una atención, sino que debía tener paciencia para ser atendido, por eso yo nunca hablé de pacientes y hablo de cliente, porque es que el cliente es el que tiene que consentirse y mimarse. [...] Me decían que cómo se había deshumanizado nuestra organización, que era un administrador de empresas que venía a deshumanizarla. Yo dije que, por el contrario, que humanizarla era atender al cliente como se merecía, no con la paciencia que debía tener nuestro cliente”.

» Uno de los aportes más controvertidos, pero a la vez más revolucionarios de Mauricio Barberi en el sector salud, fue la transformación de paciente a cliente. “El paciente no era el ser humano que estaba esperando una atención. «

Para Mauricio Barberi, dignificar al usuario implicaba romper con la tradición del ciudadano sumiso que aguardaba largas horas por caridad. Tratarlo como un cliente significaba exigir los más altos estándares de calidad, eficiencia y respeto hacia su tiempo y su dignidad. Hoy en día, esta filosofía es fundamental en la cultura del HOMI, demostrando que la solidez financiera y el enfoque corporativo son los únicos mecanismos reales para blindar la misión social de un hospital.

Gracias a este cambio de paradigma, la institución tiene actualmente indicadores médicos y tasas de supervivencia en patologías de alta complejidad — como la leucemia linfocítica aguda — que compiten directamente con los estándares de países del primer mundo.

Calidad, humanidad y productividad: la fórmula para permanecer

Mantener durante décadas el liderazgo de una institución pediátrica especializada no ha sido una tarea sencilla. Para Barberi, la permanencia del HOMI se explica por la combinación de tres elementos inseparables: la productividad, la investigación científica y la calidad humana. “Cuando una institución pierde la calidad humana, pierde su esencia”, recalca.

Esa convicción es coherente con el legado de José Ignacio Barberi, fundador del hospital y pionero de la

pediatría colombiana. “Nosotros nunca hemos cambiado la filosofía del fundador. Seguimos comprometidos con los niños y sus familias exactamente igual que hace 130 años”. Ese compromiso se refleja en una decisión que la organización ha mantenido incluso en los momentos financieros más difíciles: “aquí se atiende al niño con plata o sin plata. Eso no es un discurso; es una realidad”.

Recuerda que antes de la transformación del sistema muchos niños simplemente no tenían acceso a tratamientos que hoy parecen normales: “me tocó ver

cómo los niños se morían porque no existían los medicamentos o porque sus familias no tenían recursos para acceder a ellos”.

Por eso considera que uno de los mayores errores que podría cometer el país sería desconocer los avances alcanzados en las últimas décadas. “Volver a lo que existía antes de la Ley 100 sería un error enorme. Yo viví el antes y el después y la transformación fue rotunda”.

En medio de las dificultades actuales, el HOMI ha logrado mantenerse gracias a una gestión rigurosa de los recursos. “El modelo de gestión que tenemos maximiza ingresos, minimiza costos y controla el gasto sin sacrificar la misión”.

El desafío estructural de la pediatría: porque un niño no es un adulto pequeño

Una de las lecciones de liderazgo más valiosas que comparte Mauricio Barberi a las nuevas generaciones es la comprensión

Mauricio Barberi

de las asimetrías económicas que existen entre la operación de un hospital general de adultos y uno netamente pediátrico.

El director del HOMI explica las razones de este desbalance financiero: en primer lugar, la cadena de abastecimiento farmacéutico para la pediatría exige una infraestructura altamente especializada. Dado que la industria farmacéutica global no produce presentaciones comerciales adaptadas a las dosis de los neonatos o niños pequeños, los hospitales pediátricos se ven obligados a mantener una central de mezclas farmacéuticas para fraccionar y transformar los medicamentos de adultos. El director da el siguiente ejemplo: “un hospital de adulto en una infección puede facturar cualquier antibiótico que venga por gramos (1 g cada 12 horas) y factura dos ampollas en el día. Nosotros tenemos que transformar esa ampolla y tener una dosis que está enmarcada en la estabilidad del medicamento; mientras que un hospital de adultos factura cuatro ampollas yo facturo una. Los costos de operación aún son más altos porque debo tener una central de mezclas que me transforme todos los medicamentos a las dosis de niños, eso lo hace muchísimo más costoso. Hacemos el mismo número de actividades, pero con un 50 % de ingreso”.

A esta realidad se suma el elevado costo de los bienes de capital.



Los equipos biomédicos utilizados en el HOMI requieren la adquisición de licencias y softwares especializados de protección radiológica para asegurar que los niños sean irradiados en una proporción infinitamente menor que un adulto; estos programas informáticos específicos representan costos adicionales de miles de dólares por equipo. Asimismo, insumos básicos como los hilos de sutura para cirugías en neonatos son sustancialmente más costosos que las suturas estándar.

» Más allá de las compensaciones económicas de ley, la cultura de la organización se enfoca en el cuidado de su personal, promoviendo la humildad, la transparencia y el afecto como valores corporativos. «

A pesar de que los hospitales pediátricos se rigen por las mismas tarifas generales del Plan Obligatorio de Salud y carecen de unas tarifas diferenciales que reconozca estos sobrecostos, el HOMI ha logrado mitigar estas debilidades del sistema mediante un modelo de control estricto del gasto, optimización del inventario y una maximización de los ingresos operativos.

El modelo de gestión horizontal en una organización donde todos cuentan

A diferencia de muchos directivos hospitalarios de su generación, Barberi llegó desde el mundo de la administración y no desde la medicina. Esa condición le permitió cuestionar algunos paradigmas tradicionales de las organizaciones de salud. “Los médicos son fundamentales, pero no son los únicos importantes.

Aquí comenzamos a hablar de que todo el talento humano era igual de importante para el desarrollo de la organización”. Esa filosofía se convirtió en uno de los pilares del modelo de gestión del HOMI.

“Cada persona cumple un papel específico y la suma de todos esos roles es la que genera los resultados. La eficiencia, la calidad y los logros científicos no dependen de una sola profesión”. Por eso insiste en que

el éxito institucional no puede atribuirse exclusivamente al cuerpo médico y agrega: “para mí son tan importantes los especialistas como el personal de enfermería, el facturador, el portero o la persona de servicios generales. Si uno de ellos falla, toda la organización se afecta”.

Explica que el HOMI implantó un modelo de gestión propio fundamentado en la horizontalidad absoluta y en la erradicación de las estructuras verticales o “dueños de área”, que provocan lentitud en los procesos.

Bajo esta visión de respeto mutuo, el hospital ha diseñado una política integral de estímulos basada en el “salario emocional”. Más allá de las compensaciones económicas de ley, la cultura de la organización se enfoca en el cuidado de su personal, promoviendo la humildad, la transparencia y el afecto como valores corporativos. Dentro de este ecosistema, Barberi hace un reconocimiento especial al departamento de enfermería, calificándolo como la verdadera “proeza” de la institución, al constituir el único equipo que permanece al cuidado ininterrumpido de los niños las 24 horas del día, los 365 días del año, garantizando la continuidad de la vida cuando el resto de los especialistas han culminado sus rondas.

» Entre los retos que identifica para el futuro aparecen tres grandes prioridades: la sostenibilidad financiera, la formación de talento humano especializado y la transformación tecnológica «

Liderar en la incertidumbre y preparar el futuro

Barberi considera como uno de los mayores desafíos presentes administrar en medio de una incertidumbre permanente: “actualmente es muy difícil hacer una planeación tradicional porque todos los días aparece una nueva norma o condición que obliga a replantear las decisiones”. Sin embargo, considera que la respuesta no puede ser la inmovilidad: “nosotros seguimos desarrollando proyectos, innovando y creciendo. No podemos quedarnos esperando a ver qué pasa”.

Entre los retos que identifica para el futuro aparecen tres grandes prioridades: la sostenibilidad financiera, la formación de talento humano especializado y la transformación tecnológica: “sin recursos no funciona nada. La tecnología es costosa, el talento humano especializado es escaso y la atención pediátrica tiene características propias que hacen más compleja su operación”.

Aun así, observa con entusiasmo el potencial de herramientas como la inteligencia artificial. “Uno de nuestros grandes proyectos es la automatización de la organización. Hemos desarrollado sistemas propios de inteligencia artificial que nos ayudan a controlar procesos, gestionar información y mejorar la oportunidad de la atención”. Pero advierte que ninguna tecnología reemplazará el valor de las personas.

Barberi defiende la necesidad de que los hospitales generen utilidades financieras, combatiendo el tabú social que pretende ligar la rentabilidad económica con la falta de ética. Con total claridad argumenta que sin excedentes económicos resulta imposible modernizar la infraestructura física, adquirir tecnologías de punta o financiar los nuevos proyectos que demanda la niñez.

Como líder que ha consagrado 35 años de su vida a una sola institución, asegura que el relevo generacional del HOMI está plenamente garantizado bajo un esquema de sucesión legal por escritura pública, donde sus propias hijas trabajan de su mano para interiorizar lo que él denomina el “ADN HOMI”: primero, amar profundamente la organización y la misión que cumple; segundo, entender que todo el talento humano es importante, y tercero, trabajar bajo modelos colaborativos donde desaparezcan los dueños de los procesos y prevalezca el trabajo en equipo y la conciencia de que en salud no se fabrica cualquier mercancía, sino que se proyecta vida humana.

Su invitación final al sector es a persistir con gallardía y a exigir que el Estado priorice, de manera real y no solo retórica, la salud de la infancia:

“Si uno no ama lo que hace, no siente lo que hace y no ve las oportunidades tan grandes que le permiten a uno desarrollarse como persona y como profesional que ofrece una organización de salud... porque es diferente a cualquier otro tipo de industria, porque aquí estamos proyectando es vida para seres humanos... Las instituciones de salud son empresas, sí, pero empresas al servicio de la vida. Nunca podemos olvidar que aquí trabajamos para los niños y sus familias”.



Conozca nuestro
portafolio

Aliados estratégicos del Sector Salud y la Seguridad Social

Acompañamiento jurídico institucional especializado.

RECUPERACIÓN INTEGRAL DE CARTERA

Recuperamos y protegemos los recursos de su institución mediante estrategias jurídicas especializadas frente a conflictos con EPS, ADRES, SOAT y demás actores del sistema.

ACOMPANIAMIENTO JURÍDICO INSTITUCIONAL 360°

Asesoría permanente para juntas directivas, gerencia y equipos administrativos en la gestión del riesgo jurídico y la toma de decisiones estratégicas.

CONTRATACIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD

Estructuramos, revisamos y acompañamos acuerdos de voluntades, contratos y alianzas estratégicas bajo la normatividad del sector salud.

LITIGIOS DE ALTO IMPACTO

Representación especializada en investigaciones administrativas, procesos de responsabilidad médica, contencioso administrativos, disciplinarios, civiles, penales, fiscales y de alto impacto para el sector salud. Expertos en la gestión masiva de acciones constitucionales y procesos judiciales.

GP LEGAL HEALTH MANAGEMENT

Nuestra plataforma tecnológica integra inteligencia artificial, gestión documental y análisis jurídico para fortalecer la toma de decisiones institucionales.



+15 años
DE EXPERIENCIA

+1.750
CASOS DE ÉXITO

+250
CLIENTES CORPORATIVOS

Experiencia • Confianza • Resultados

“Mantener altos estándares de calidad en el servicio y en atención al paciente”: Gabriel Mena, exdirector de la Clínica del Caribe



Gabriel Eduardo Mena Garrido

Exdirector de la Clínica del Caribe

El anesthesiólogo Gabriel Eduardo Mena Garrido, por varios años fue director y miembro de la junta directiva de la Clínica del Caribe: “yo comencé a ejercer hace 52 años y todavía ejerzo; me ha tocado vivir muchas de las etapas de la vida hospitalaria y de la salud en este país. Desde mi año rural en San Andrés Islas tuve oportunidad de ver cómo se desenvolvía la salud en esa región un poco aislada, y luego ya ejerciendo en Barranquilla como anesthesiólogo he visto el transcurrir del sistema de la salud en muchas de sus formas”.

También fue gerente del sindicato Anestesiólogos Permanentes, que agrupa a estos profesionales en Barranquilla. Es docente universitario y fue miembro de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

Mena Garrido sostiene que los principales problemas del sector salud siguen siendo los mismos desde hace más de veinte años, porque es un sector que depende mucho de la economía: “y lastimosamente

hay una posición dominante de ciertos actores del sistema sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y sobre el gremio médico. Eso se mantiene, eso no ha cambiado mucho. Por eso, gracias a la acción de la Asociación de Hospitales, nos hemos podido independizar un poco de ese dominio”.

Con respecto a esta situación, agrega: “en la contratación con los médicos e instituciones siempre hubo dificultades; nunca ha sido fácil y todavía sigue siendo complicado. Siempre hemos estado negociando —si se puede decir la palabra— con los otros actores del sector salud, es un tema complejo porque las negociaciones siempre han sido difíciles. Hemos pasado por unas fases en las cuales hay cierta posición dominante de los que manejan la parte económica del sector. Entonces ese tipo de contrataciones ha sido siempre muy luchado, para tratar de tener un equilibrio y establecer negociaciones justas con los médicos y administradores de las clínicas. En este momento manejamos el sector de una manera bien pudiéramos decir cordial, pero no fácil. Afortunadamente, la acción de la Asociación de Clínicas y Hospitales ha sido importante.

El exdirectivo confía en que las nuevas generaciones cumplan su deber de velar por la continuidad de los hospitales y clínicas en el sistema de salud: “pero esa tarea nunca va a ser fácil, porque otros actores del sistema siempre van a estar bastante preocupados por su economía y van a tener que interrelacionarse con cierta dificultad con las clínicas y hospitales. Los médicos tenemos nuestros deberes y derechos, y muchas veces no podemos independizarnos un poco de esa parte económica, pero los hospitales y clínicas con respecto a los que manejan el dinero, que son las EPS, pueden buscar negociaciones más justas”.

El exdirectivo reitera que es fundamental que las instituciones hospitalarias sigan preocupándose por

mantener la calidad en la prestación del servicio: “es algo que deberían tener muy en cuenta los entes contratantes, porque la verdad no veo que tengan muy presente la calidad de los servicios que nosotros prestamos. Algo que pesa mucho a favor de las IPS, es que la parte académica y la calidad en la prestación del servicio solo la cumplimos nosotros, porque hemos estado acostumbrados a que las EPS o prepagadas van en busca de su beneficio económico y a veces plantean situaciones que no son fáciles de cumplir para nosotros, porque interfieren con la calidad del servicio que prestamos. Entonces mantener la calidad es algo fundamental en la prestación del servicio de salud”.

Con base en su experiencia, Mena Garrido estima que las condiciones que han hecho florecer las clínicas y hospitales colombianos, al punto de posicionarse en *rankings* internacionales e incluso mundiales entre los mejores del mundo, son el recurso humano, el trabajo indeclinable por la calidad en el servicio y la tenacidad de los líderes de estas instituciones hospitalarias: “lo que ha llevado a esto es: primero, el recurso humano en salud, que es de excelente calidad. Los médicos colombianos son muy buenos, las enfermeras son muy buenas, los laboratorios clínicos son muy buenos, de manera que todo eso ha favorecido que seamos reconocidos a nivel mundial. Luego, la tenacidad de las personas que están en el gremio

» Las clínicas y hospitales deben mantener un interés en la educación de su recurso humano para que esté actualizado, y mantener vigente su tecnología «

hospitalario en Medellín, en Bogotá, en Cali, en Barranquilla; la tenacidad de esas personas para manejar el tema, para invertir, también ha sido fundamental. Pero diría yo que la calidad en la prestación del servicio ha sido lo más importante, lo fundamental”. El exdirectivo considera que las clínicas y hospitales deben seguir manteniendo esos altos estándares de calidad y de atención al paciente que los llevan a figurar internacionalmente: “las clínicas y hospitales deben mantener un interés en la educación de su recurso humano para que esté actualizado, y mantener vigente su tecnología”.

Por ello, formula una recomendación central: “mi recomendación para las instituciones pertenecientes a la Asociación de Clínicas y Hospitales es que se acrediten. La Clínica del Caribe, aquí en Barranquilla, fue la primera clínica en acreditarse en la región. Y lo mismo deberíamos hacer todos, eso da muchísima fortaleza a la institución. Hay algunas que están en ese camino y ojalá la Asociación pudiera hacer algo para incentivar a sus instituciones afiliadas a que todas se acrediten. Es una recomendación. Eso nos hace más fuertes. Si se logra que se acrediten bastantes instituciones, sería fabuloso. Lograr aparecer en *rankings* internacionales no se consigue gratuitamente, eso hay que trabajarlo”.

Finalmente, Mena Garrido considera la llegada de inversionistas extranjeros a adquirir instituciones hospitalarias colombianas como algo inevitable que siempre se va a dar por la oferta y la demanda: “no sé si tenemos la capacidad de impedir que un inversionista extranjero compre una institución de salud. Creo que si llegan inversionistas extranjeros serios y para mejorar la calidad del servicio de salud, con inversiones para mejorar tecnología y sobre todo para hacer énfasis en la educación del gremio de la salud, tanto médico como paramédico, eso sería muy bueno, sería fantástico. Si se han fijado en algunas instituciones, es porque creen que es una buena inversión. Pero ellos privilegian el ánimo de lucro, esa es la dificultad, porque nosotros buscamos la calidad mediante la prestación de un excelente servicio, de capacitar a nuestro gremio médico y paramédico de la mejor manera para beneficiar directamente al paciente, esa es nuestra prioridad. La prioridad de ellos en cambio es la parte económica. Entonces buscar ese equilibrio es la parte más compleja, más complicada, entre la calidad y el rendimiento financiero”.

“Cumplir la misión social, mantener la calidad en la atención, formar talento humano y nunca dejar de aprender”: Virgilio Galvis, presidente de la Organización Foscál



Virgilio Galvis Ramírez

Presidente de la Organización Foscál

Virgilio Galvis Ramírez, oftalmólogo y doctor en Ciencias de la Visión, exministro de Salud y decano fundador de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), fundó en 1976 el complejo médico Fundación Oftalmológica de Santander (FOS), que en 1993 se convirtió en la Fundación Oftalmológica de Santander/Clínica Ardila Lulle (FOSCÁL), institución líder en servicios de salud especializados en el oriente colombiano. En el 2012, como fundador y gestor de la organización, puso en marcha la Clínica Foscál Internacional, megaproyecto de crecimiento y expansión, y creó el Centro Oftalmológico Virgilio Galvis de atención especializada. Galvis Ramírez es reconocido por sus innumerables aportes a la salud, la investigación y su dedicación al cuidado de la salud visual de nacionales y extranjeros, y por su gestión al frente de la Organización Foscál, de la cual hoy es su presidente.

El doctor Galvis Ramírez recuerda que al terminar su posgrado en Oftalmología en la Universidad de

Antioquia y rotaciones por centros de talla mundial en Estados Unidos, en 1975 solo tenía en mente regresar a su tierra en Santander, “dispuesto a entregar mi tenacidad, mis conocimientos médicos y mis valores humanos al servicio de la oftalmología, una especialidad que por entonces era la ‘cenicienta médica’ en casi todas las instituciones de salud”.

Iniició trabajando filantrópicamente en el Hospital González Valencia de Bucaramanga, pero luego de intentar desarrollar allí la unidad médico-quirúrgica oftalmológica, en 1976 decidió dar vida estatutaria a la que hoy constituye la Fundación Oftalmológica de Santander (FOS).

La demanda de servicios creció mucho más allá de lo esperado, lo que puso en riesgo el equilibrio financiero ya que los ingresos no eran suficientes para cubrir el aumento de los gastos de funcionamiento. Recuerda el directivo: “esta situación nos llevó a dar un segundo paso visionario: desarrollar un nuevo proyecto para seguir ayudando a la población vulnerable, pero también con servicios privados ofreciendo en la nueva institución privada sin ánimo de lucro la prestación de servicios oftalmológicos especializados de alta calidad humana y científica, pero que fuera autosuficiente y asegurara así que la misión social de la institución perdurara en el tiempo”.

No fue un camino fácil: “cada época trae sus desafíos. Superamos dificultades económicas en los primeros años y con nuestro patrimonio respaldamos los endeudamientos para la concepción de una institución multiespecialidad, su construcción y dotación, y luego seguir dándole realidad a mis sueños con la generación de otros grandes proyectos que nos permitieran salir airoso en Colombia; hoy ya alcanzamos los 240.000 metros cuadrados construidos y



dotados con tecnología de punta para el ejercicio de todas las especialidades”, relata el doctor.

Galvis Ramírez destaca los logros y el éxito como fruto del trabajo institucional: “han sido años de trabajo duro y dedicado que nos han permitido mantenernos prestando nuestros servicios médicos de alta calidad, y crecer manteniéndonos en el estado del arte y en una permanente lucha contra condiciones adversas. Si tuviera que resumir la clave de la supervivencia de nuestra institución, cuando hemos sido testigos del cierre de muchas otras en nuestro país, la atribuiría al trabajo mancomunado, a la transparencia en el manejo de las finanzas, a la solidaridad del talento humano de los más de 5000 compañeros de trabajo, de los proveedores de la industria que nos han respaldado en las épocas difíciles, y a la posibilidad de negociación de nuestras abultadas deudas a través de sindicatos bancarios que nos han brindado total respaldo”.

Y agrega: “esta fortaleza de una organización trasciende cuando somos capaces de mantener intactos los principios y valores, incluso en medio de la adversidad. Las dificultades pasan; la confianza de nuestros pacientes, la reputación y el reconocimiento social son las que permanecen. Esa ha sido, quizá, la decisión más importante que hemos tomado durante todos estos años en Foscál. Cuando uno dirige una institución durante tantas décadas, comprende que solo existe un único momento difícil: ‘la falta de recursos para darle libertad a la mente en la posibilidad de desarrollar los sueños’, preservando la sostenibilidad de una institución que nunca ha dejado de poner al paciente en el centro; esta sí es la paradoja que debe resolverse en los diferentes momentos de la vida institucional”.

Por eso hoy, después de cincuenta años de vida institucional, Galvis Ramírez reconoce y agradece ese esfuerzo colectivo: “al mirar hacia atrás, siento

» Galvis Ramírez afirma que en la Foscál no se entiende la sostenibilidad financiera como objetivo, sino como la consecuencia de “hacer bien las cosas”. «

ante todo una profunda gratitud, porque la Foscál nunca fue un sueño individual, y fue el resultado del trabajo, la confianza y la entrega de muchas personas que creyeron en este proyecto desde sus comienzos: compañeros, colaboradores, amigos, empresarios, docentes, profesionales de la salud y directivos que, con su conocimiento, compromiso y dedicación, ayudaron a convertir una idea en la institución referente para el país que hoy conocemos. A todos ellos les debo un profundo reconocimiento”.

Y exalta el cumplimiento de la misión: “lo que más orgullo me genera es saber que, durante estos años, en la Foscál hemos contribuido a mejorar la calidad de vida de miles de personas. Detrás de cada paciente atendido, de cada cirugía realizada, de cada niño que nació en nuestras instituciones, de cada diagnóstico oportuno, de cada tratado de cáncer, de cada persona que recuperó su salud, hay una historia, una familia y una nueva oportunidad de vida. Ese es, en esencia, el verdadero sentido de nuestro trabajo”.

Equilibrar sostenibilidad económica, calidad en atención y compromiso humano con pacientes

Galvis Ramírez afirma que en la Foscál no se entiende la sostenibilidad financiera como objetivo, sino como la consecuencia de “hacer bien las cosas”: “cuando una organización presta atención segura y pertinente genera un servicio confiable, forma y fortalece su talento humano, incorpora conocimiento, innova y pone al paciente en el centro de sus decisiones, crea valor ante la sociedad y fortalece las bases de su sostenibilidad. Las organizaciones de salud existen para



generar bienestar, no existen para producir utilidades, y su sostenibilidad no consiste en ahorrar recursos a costa de bajar calidad de la atención”.

Siguiendo esa línea, explica: “en salud, una administración responsable involucra tres elementos que no compiten entre sí, y que son interdependientes y complementarios: la sostenibilidad económica, la calidad de la atención y el compromiso humano con el paciente. En una institución de salud el desequilibrio de cualquiera de las tres puede resultar fatal. Ejemplo: si pierde su sostenibilidad económica, pone en riesgo su capacidad de seguir atendiendo pacientes y honrar sus compromisos. Si sacrifica la calidad para obtener resultados financieros, termina perdiendo su razón de ser.

Y si pierde el sentido humano, deja de cumplir la misión para la cual fue creada”.

Virgilio
Galvis Ramírez

Defender los principios para construir el futuro de la salud en Colombia

En perspectiva de futuro, el exministro de Salud sostiene que deben defenderse los principios: “si bien los sistemas de salud evolucionan y deben adaptarse a los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos, hay principios que no deberían modificarse nunca: la defensa de la vida, la formación permanente del talento humano, el acceso con equidad, la prevención, la investigación y el compromiso inquebrantable con la calidad y la seguridad del paciente. Es sobre esos pilares que debemos construir el futuro de la salud en Colombia”.

Y especifica: “es fundamental preservar los principios de acceso, equidad y oportunidad. Todos los ciudadanos debemos tener la posibilidad de recibir una atención segura y de calidad. Al mismo tiempo, debemos fortalecer una visión del sistema cada vez más orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; es necesario evolucionar hacia modelos que identifiquen oportunamente los riesgos, acompañen a las personas durante todo su ciclo de vida y promuevan hábitos saludables. Y otro aspecto absolutamente irrenunciable es la calidad. Colombia construyó un modelo de habilitación con estándares cada vez más exigentes y un sistema de acreditación que ha impulsado una verdadera cultura de mejoramiento continuo y seguridad del paciente”.

Balance social, personas en el centro y pensar a largo plazo: lecciones para líderes

A partir de su experiencia, Galvis Ramírez comparte tres convicciones que considera fundamentales para quienes hoy asumen la responsabilidad de dirigir hospitales y clínicas en Colombia: “la primera es que el balance social siempre debe estar por encima del balance económico. Los resultados financieros son indispensables para garantizar la sostenibilidad de una institución, pero nunca pueden convertirse en su fin último. El verdadero éxito de un hospital no se mide solamente en cifras, sino en el bienestar que genera, en las vidas que transforma, en la confianza que inspira y en el aporte que hace a la sociedad”.



La segunda es que las personas deben estar siempre en el centro: “los pacientes son la razón de ser de las instituciones de salud, pero también lo son nuestros colaboradores, quienes con su conocimiento, compromiso, sensibilidad y vocación hacen posible cumplir esa misión todos los días. Cuidar a las personas —a quienes reciben la atención y a quienes la hacen posible— es, al mismo tiempo, la mayor responsabilidad y la mejor inversión que puede hacer una organización”.

Y la tercera lección, es pensar siempre a largo plazo: “construir una institución sólida, perdurable y sobresaliente requiere visión, paciencia, disciplina y constancia. Las decisiones importantes no deben tomarse únicamente para resolver las dificultades del presente, sino también para dejar una organización más fuerte, más humana y mejor preparada para las próximas generaciones. Eso exige invertir permanentemente en calidad, investigación, innovación, formación del talento humano y desarrollo institucional. *Si algo me ha enseñado la historia*

de la Foscal es que el futuro no se espera: se construye. Las instituciones verdaderamente grandes no son solo las que más crecen; son aquellas que logran mantenerse fieles a sus principios a lo largo del tiempo, adaptarse a los cambios y seguir generando valor para la sociedad”.

Asimismo, el directivo menciona cinco cualidades indispensables de un líder en salud: “integridad, para hacer siempre lo correcto; visión, para anticiparse a los cambios; capacidad de construir equipos de trabajo; humildad, para escuchar y aprender, y la convicción permanente de que el paciente debe estar en el centro de todas las decisiones. Cuando esos principios se convierten en una cultura organizacional, las instituciones trascienden a las personas que las fundaron y quedan preparadas para servir a futuras generaciones. Muchos de quienes comenzaron con nosotros hoy son líderes de la institución y han formado nuevas generaciones de colaboradores. Ese, para mí, es el verdadero indicador de éxito de una organización”.



Cuidamos lo esencial en la salud hospitalaria.

En **Sicmafarma** trabajamos para fortalecer el sector hospitalario mediante soluciones farmacéuticas orientadas a la atención segura, confiable y oportuna de los pacientes, acompañando a hospitales y clínicas con un portafolio de medicamentos esenciales para el cuidado de la vida.

Nuestro compromiso se fortalece con el respaldo de **Laboratorio Biosano**, compañía referente en Latinoamérica por su experiencia y trayectoria en el desarrollo y producción de medicamentos para el segmento hospitalario, aportando calidad, continuidad y confianza a los sistemas de salud de la región.

La experiencia regional de **Laboratorio Biosano**, junto con la gestión comercial y estratégica de **Sicmafarma**, nos permite continuar construyendo relaciones sólidas con las instituciones de salud, entendiendo las necesidades del entorno hospitalario y contribuyendo al fortalecimiento de la atención médica.

Seguimos avanzando con una visión enfocada en el respaldo a las instituciones de salud, el abastecimiento responsable y el compromiso permanente con la salud hospitalaria.



Síguenos en nuestras redes sociales:

 @sicmafarma_sas

 SICMAFARMA S.A.S.

www.sicmafarma.com.co

ventas@sicmafarma.com

Nunca dejar de aprender, formar líderes y cumplir siempre la misión social

“Hay algo que siempre he procurado transmitir con el ejemplo: nunca dejar de aprender. Yo mismo he sido ejemplo de ello. Cuando muchas personas piensan en disminuir el ritmo de su vida profesional, tuve la oportunidad de cursar un doctorado después de los setenta años. No lo hice por un título más, sino porque sigo convencido de que el conocimiento es la mejor herramienta para servir mejor a los demás. Creo que un líder nunca puede dejar de aprender; si deja de hacerlo, también deja de evolucionar su organización”, puntualiza el doctor Galvis.

También destaca la formación de líderes y la construcción de cultura institucional para cumplir la misión social: “de igual manera, me da tranquilidad y esperanza ver que nuevas generaciones de líderes, acompañadas por un equipo directivo sólido y comprometido, continúan fortaleciendo este proyecto con la misma pasión, los mismos principios y una clara visión de futuro. Eso me permite confiar en que ellos harán perdurable la Foscal en servicio, en educación y en investigación. Pero quizás lo más valioso es comprobar que la Foscal ha logrado construir una verdadera cultura institucional. Una cultura en la que la calidad, el compromiso social, la ética, la innovación, la vocación de servicio y el respeto por las personas hacen parte de la manera de actuar y no dependen de una sola persona. Si algún legado quisiera dejar, sería precisamente ese: una institución sólida, con principios claros, con capacidad de seguir evolucionando y con un propósito superior que trascienda a quienes tuvimos el privilegio de participar en su construcción. Porque las instituciones que nacen y trabajan con propósito pueden seguir transformando vidas durante muchas generaciones”.

El futuro de los hospitales: resultados en salud, alianzas y formación del talento humano

Galvis Ramírez considera que el sistema avanzará hacia una medicina cada vez más basada en valor:

“las instituciones seremos evaluadas no solo por el volumen de procedimientos que realizamos, sino especialmente por los resultados que generamos en salud, la seguridad de la atención, la experiencia de nuestros pacientes y el valor que aportamos a la sociedad. Y la atención en salud se expandirá mucho más allá de la infraestructura hospitalaria tradicional; por ello, las instituciones hospitalarias del futuro tendrán que ser organizacionalmente más inteligentes, más preventivas, más flexibles y más integradas”.

Destaca que otro aspecto fundamental a futuro será la capacidad de construir alianzas: “ninguna institución, por grande o sólida que sea, podrá enfrentar sola los desafíos del futuro. La colaboración entre hospitales, universidades, centros de investigación, empresas de tecnología, aseguradores, entidades responsables del pago y el Estado será cada vez más importante para generar conocimiento, incorporar innovación y ofrecer mejores soluciones a los pacientes”.

Y advierte que ninguna de estas transformaciones será posible sin preparar desde ahora el talento humano: “las instituciones que somos hospitales universitarios, y en general aquellas que desarrollan convenios docencia-servicio, tenemos una enorme responsabilidad en la formación de los profesionales que liderarán el sistema de salud del futuro. Debemos despertar en las nuevas generaciones el interés por las profesiones de la salud y fortalecer en ellas la vocación de servicio. Necesitamos que más jóvenes quieran dedicar su vida al cuidado de los demás y que encuentren en la medicina, la enfermería y las demás áreas de la salud un proyecto de vida que les permita crecer personal y profesionalmente. Es una responsabilidad compartida entre universidades, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), el Estado y la sociedad en su conjunto. Si logramos inspirar y formar profesionales técnicamente competentes, éticamente sólidos y profundamente comprometidos con las personas, estaremos construyendo uno de los pilares más importantes del sistema de salud del futuro”. 



¡TU BIENESTAR ES NUESTRA PRIORIDAD!

Conoce los servicios que tenemos para ti:



Medicina
General



Ginecología y
Urología



Anticoncepción



Consulta en
Psicología



Vacunación



Entre otros...

¡Agenda tu cita!

Línea Nacional: **300 912 4560**

 Chat Emilia: **318 531 0121**

 **Profamilia.org.co**

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas: siete décadas de liderazgo, representación y compromiso con el sector salud colombiano



Primera Conferencia Regional de Hospitales
Bogotá, Colombia.-Noviembre 1.966

La conmemoración de los setenta años de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) no es solo un momento para recordar la historia de un gremio, sino también la evolución misma del sistema de salud colombiano. La Asociación ha participado de manera activa y propositiva durante las siete décadas de su existencia: ha hecho parte de las grandes reformas, ha aportado a la construcción de las principales políticas sectoriales y ha defendido de manera permanente a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del país.

La existencia de la ACHC comenzó a gestarse en el Primer Seminario Interamericano de Hospitales, realizado en julio de 1955, con el respaldo de la Asociación Norteamericana de Hospitales y el Gobierno de Estados Unidos. El evento, que reunió a directores de clínicas y hospitales de Colombia, Ecuador y Venezuela, llegó a una conclusión unánime: el país necesitaba una asociación que agrupara, promoviera una mejor organización

hospitalaria y representara los intereses de las instituciones ante el Gobierno nacional.

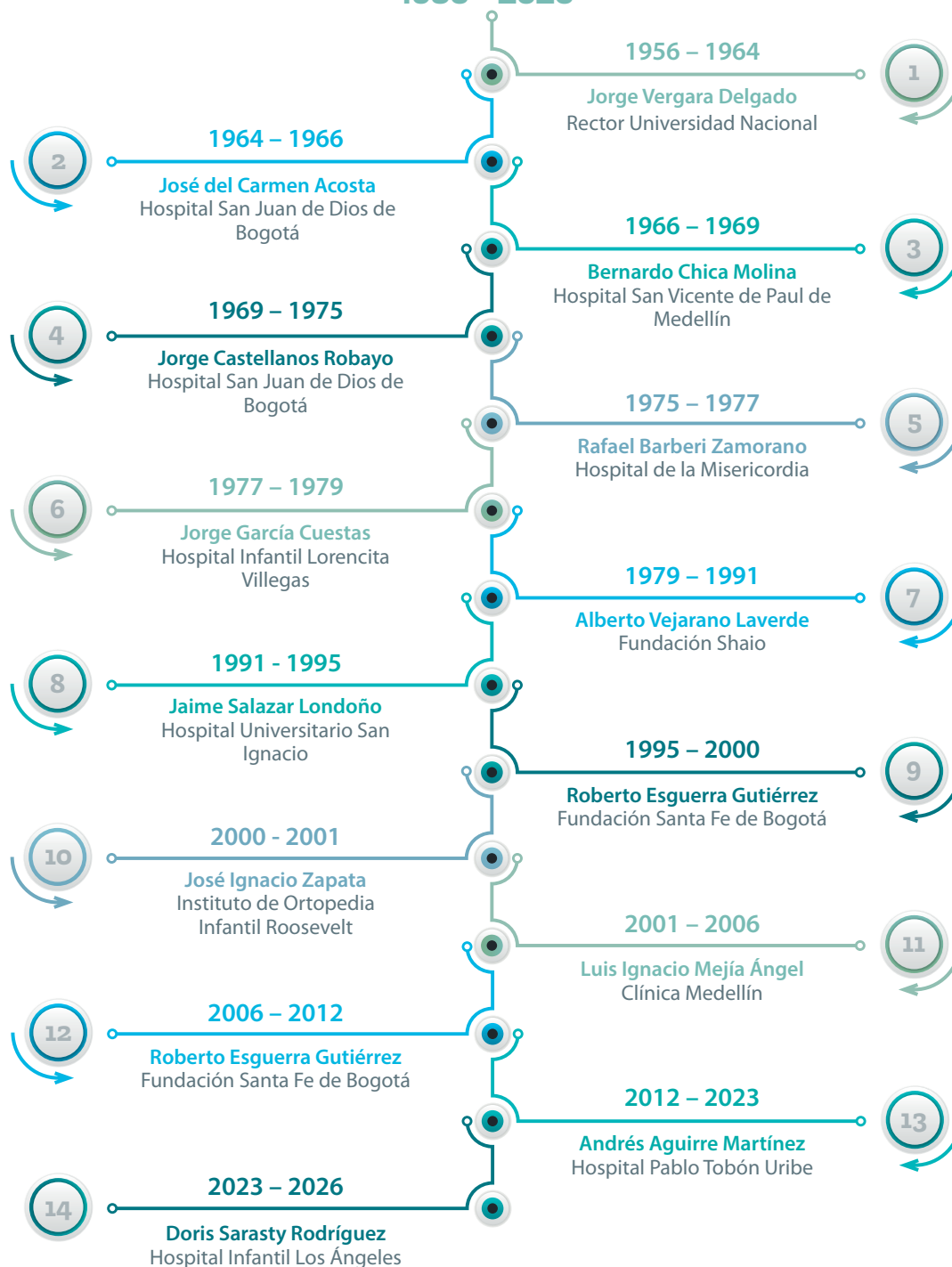
En un momento en el que el país apenas comenzaba a estructurar una red organizada de prestación de servicios de salud y cuando los hospitales enfrentaban enormes limitaciones técnicas, administrativas y financieras, en febrero de 1956 se reunieron los delegados de las instituciones que habían mostrado su interés por formar la Asociación y fue nombrada una junta directiva provisional para poder gestionar la personería jurídica que tres meses después, el 29 de mayo de 1956, les fue otorgada por el Ministerio de Justicia a través de la Resolución 1258, comenzando así la historia oficial del gremio con la unión de 87 instituciones hospitalarias de todo el país. Desde entonces, la historia de la ACHC se ha construido de manera paralela a la del sistema de salud colombiano.

Desde sus primeros años, cuando la presidía Jorge Vergara Delgado, rector de la Universidad Nacional de Colombia, la Asociación asumió

un papel activo en la construcción de propuestas para fortalecer la atención hospitalaria, promover la capacitación del talento humano y contribuir a la formulación de políticas públicas. Su aporte fue fundamental para la organización del servicio hospitalario

de Colombia, que en ese entonces tenía como prioridad entregar un plan unificado de atención asistencial en todo el territorio nacional, de acuerdo con los lineamientos que había emitido el Ministerio de Salud Pública.

Presidentes Juntas Directivas 1956 - 2026



El gremio participó en ese entonces en discusiones sobre infraestructura y planeación hospitalaria, modelos de atención, formación del personal, dotación tecnológica, integración de servicios, fortalecimiento de la gestión administrativa de los hospitales, regionalización de los servicios y financiación del sector.

Aquellos primeros trabajos permitieron que la Asociación adquiriera rápidamente un reconocimiento técnico que ha marcado toda su trayectoria. Durante las décadas siguientes, ese papel se consolidó gracias al liderazgo de hombres visionarios como Jorge Vergara Delgado, Laurentino Muñoz, Augusto Buendía Ferro, Napoleón Franco Pareja y otros dirigentes que entendieron que el fortalecimiento institucional de los hospitales era una condición indispensable para mejorar la salud de los colombianos.

La primera gran transformación gremial llegó en 1969, cuando una reforma estatutaria autorizó la creación de seccionales regionales.

En poco tiempo se constituyeron capítulos en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Caldas, y la Asociación llegó a tener once seccionales en todo el país. Con el aval de la Asamblea General de afiliados, se contrataron investigadores externos y se empezaron a producir estudios para el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS), el Ministerio de Salud Pública, el Fondo Nacional Hospitalario y la Secretaría de Salud de Bogotá.

Un gremio que ha evolucionado junto con el sistema de salud

La historia de la Asociación ha estado estrechamente ligada a las transformaciones del sistema de salud colombiano. Durante la década de 1980, cuando las instituciones hospitalarias enfrentaban dificultades financieras y operativas derivadas de los procesos de descentralización y reorganización del sector, la ACHC mantuvo una defensa permanente de los hospitales y clínicas del país. En ese periodo fortaleció sus servicios de asesoría, amplió su trabajo jurídico y promovió estudios que permitieron sustentar técnicamente las

necesidades de las instituciones prestadoras.

En 1990, a pesar de la participación activa de la Asociación en múltiples espacios del sector salud, internamente atravesaba grandes dificultades, al punto que en Asamblea Extraordinaria se propuso disolverla; pero conscientes de los beneficios que con grandes esfuerzos la ACHC le había dado a las instituciones hospitalarias del país durante 34 años de existencia, se decidió darle continuidad, buscar más afiliaciones y ajustar su trabajo a las necesidades que en ese momento tenían los hospitales, y que como era obvio habían cambiado desde 1975, cuando se había hecho la más reciente orientación estratégica de la Asociación.

En este gran impulso se definió un nuevo organigrama: Asamblea General, Junta Directiva, y se creó el cargo de dirección general, aboliendo el de secretario ejecutivo. Fue nombrado director ejecutivo Reinaldo Grueso Ortega y reelegido presidente de la Junta Directiva Alberto Vejarano Laverde.

Además, se conformó un grupo técnico de apoyo integrado por funcionarios de la Clínica Shaio, la Fundación Santa Fe y los hospitales San Ignacio, San José y Lorencita Villegas de Santos, y un grupo de apoyo político a la dirección ejecutiva, integrado por Alberto Vejarano Laverde, Roberto Esguerra Gutiérrez y el padre Jaime Salazar Londoño,

Directores de la ACHC 1990 - 2026

Año		Director
1990	1991	Reinaldo Grueso Ortega
1991	1994	Fernando Cuellar Álvarez
1995	1997	María Helena Londoño
1997	1998	María Claudia García
1998	2001	Elsa Victoria Henao Londoño
2001	Act.	Juan Carlos Giraldo Valencia

De los datos clínicos a la eficiencia real: cómo la IA está transformando la gestión hospitalaria en Colombia

Avedian y Processum: construyendo el estándar de inteligencia
operacional en salud desde 2015.

Sobre la alianza

Desde 2015 trabajamos juntos para llevar la metodología GRD a los hospitales colombianos. **Processum** aporta el conocimiento profundo del sistema de salud local; **Avedian**, un **agrupador GRD propio** sobre el que opera una **capa de inteligencia artificial** —el verdadero diferencial frente a cualquier agrupador tradicional— que no se limita a clasificar episodios, sino que convierte datos administrativos fragmentados en información operativa accionable y **habilita la gestión de la operación en tiempo real**. A lo largo de estos 10 años hemos procesado más de 2 millones de hospitalizaciones del sistema de salud colombiano y participado activamente en la difusión de trabajos de investigación **hospitalarios de 17 IPS colombianas**.

Validación Global

Avedian forma parte del ecosistema de innovación de **una de las organizaciones de salud más reconocidas a nivel mundial**, tras haber sido seleccionada para sus programas de validación y aceleración tecnológica.

Hoy participa en **iniciativas de co-desarrollo sobre datos hospitalarios de Estados Unidos**, validando sus soluciones bajo estándares internacionales de calidad, seguridad y excelencia clínica.



Compass Decision Support

El **copiloto de inteligencia artificial** para la gestión hospitalaria. Compass integra los datos clínicos, administrativos y financieros que ya existen en el HIS y aplica modelos predictivos y de IA para anticipar la evolución de la operación: estancia esperada frente a observada por GRD, variabilidad y outliers, riesgo de complicaciones y patrones de readmisión a nivel de cohorte, y costo por episodio. En lugar de reportes retrospectivos, los equipos reciben señales tempranas para gestionar camas, flujo y recursos en tiempo real. **La IA es lo que distingue a Compass de cualquier agrupador GRD: no solo clasifica y describe, sino que anticipa**. Hoy opera en producción en 5 países y más de 70 hospitales, con más de 76.000 egresos analizados y más de 490 usuarios diarios.

Casos de éxito

Evidencia en:  4 hospitales  Latinoamérica  134–311 camas  2023 vs. 2024

En hospitales de tamaños y perfiles distintos, el uso de Compass se asoció con mejoras consistentes en estancia, variabilidad y costos —incluso con cohortes de mayor severidad.

hasta
22%
estancia media

9–65%
menos
variabilidad de
estancia
(significativo en los
3 sitios)

+14,7%
rotación de
camas, con
ocupación estable

–22,4%
costo
por episodio

–40%
costo
de medicación

Inteligencia operativa, lista para usar.

Compass se implementa en 4 a 8 semanas, sobre la infraestructura de datos que el hospital ya tiene. Detrás, una operación auditada y segura: Avedian está certificada bajo las normas ISO/IEC 9001 (calidad), 27001 (seguridad de la información) y 42001 (gestión de inteligencia artificial), con procesos alineados a los marcos HIPAA, SOC 2 y GDPR.

quienes participaron en discusiones de la Ley 10 de 1990 que reorganizó el Sistema Nacional de Salud y estableció la regionalización de los servicios de salud.

Ese impulso de renovación fue determinante para establecer las bases de la estructura actual y para enfrentar los desafíos de las reformas al sistema de salud que se avecinaban. Con el liderazgo del padre Jaime Salazar Londoño, quien asumió la presidencia en 1991, se vinculó a la Federación Internacional de Hospitales, a la Federación Latinoamericana y a la Asociación Iberoamericana de Prestadores Privados de Seguridad Social.

La reforma introducida por la Ley 100 de 1993 transformó por completo la organización del sector y obligó a los prestadores a adaptarse a nuevas dinámicas generadas por el modelo de aseguramiento; para hospitales y clínicas comenzó una realidad basada en la competencia, la contratación con aseguradores, la necesidad de fortalecer la gestión administrativa y la búsqueda permanente de sostenibilidad financiera. Consciente de los cambios que se avecinaban, la Asociación lideró procesos de capacitación para hospitales y clínicas, participó activamente en las discusiones de la reforma y promovió espacios de diálogo que permitieron a las instituciones comprender los alcances del nuevo modelo.

De igual forma, impulsó el desarrollo de estándares de calidad y acreditación hospitalaria, participó en la construcción de herramientas técnicas para la contratación de servicios y amplió su presencia en los escenarios donde se discutían las nuevas políticas públicas.

Fue también en esta etapa cuando la entidad adoptó el nombre de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, reflejando la creciente participación de instituciones privadas dentro del gremio y consolidando una representación más amplia del sector prestador.

En agosto de 1995 fue nombrado presidente de la Junta Directiva Roberto Esguerra Gutiérrez, quien siguiendo la petición de la Asamblea General de Afiliados

enfocó el trabajo gremial a mejorar la relación de las IPS con las empresas promotoras de salud (EPS), adelantando diversas gestiones en materia de tarifas y contratación.

En los últimos años de la década de los noventa, se impulsó el fortalecimiento de la relación de los hospitales y clínicas con las empresas proveedoras de salud, recibiendo un fuerte respaldo de Johnson & Johnson que, bajo el liderazgo de su representante en Colombia, Luis Enrique Pizarro, creó el grupo de patrocinadores de la ACHC, conformado actualmente por nueve reconocidas firmas proveedoras de insumos y equipos hospitalarios.

La generación de conocimiento para apoyar la toma de decisiones

Uno de los cambios más significativos en la evolución de la ACHC ocurrió en los últimos años de la década de los noventa y comienzos del siglo XXI cuando el gremio, para responder a los desafíos que impuso la operación del nuevo sistema de salud, fortaleció su capacidad técnica y amplió sus líneas de trabajo.



Reunión Junta Directiva de la ACHC con las autoridades de salud, ministro y superintendente de Salud en 2006

En el 2001 asumió la presidencia de la Junta Directiva Luis Ignacio Mejía Ángel, gerente de la Clínica Medellín, mientras que Juan Carlos Giraldo Valencia

fue designado director general de la Asociación. Bajo este liderazgo, la ACHC emprendió un proceso de transformación interna orientado a fortalecer su capacidad de representación, ampliar sus servicios a los afiliados y consolidar su reconocimiento como referente técnico y gremial del sector salud colombiano.

Bajo el lema de trabajo “Pensar global y actuar local”, la ACHC definió una estrategia orientada a ejercer liderazgo sectorial, fortalecer la conciencia gremial, producir conocimiento especializado y consolidar una voz técnica capaz de influir en la formulación y el desarrollo de las políticas públicas en salud. Esta visión se tradujo en una intensa actividad de representación ante el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Congreso de la República, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Corte Constitucional y otros espacios de decisión donde se definían aspectos fundamentales para la sostenibilidad de hospitales y clínicas.

Con una estrategia orientada a producir información confiable, sustentada en la evidencia para la toma de decisiones, la ACHC consolidó programas de investigación y análisis que hoy son referentes nacionales. Estudios sobre cartera hospitalaria, glosas, salarios, eficiencia hospitalaria, comportamiento financiero de las instituciones, percepción de las IPS sobre las EPS y múltiples indicadores sectoriales se convirtieron en herramientas que el gremio ha entregado al sector para comprender la realidad del sistema de salud colombiano.

La información técnica desarrollada por la ACHC ha permitido documentar con evidencia los problemas estructurales del sistema y formular propuestas orientadas a mejorar el flujo de recursos, fortalecer la sostenibilidad financiera de las instituciones y garantizar mejores condiciones para la prestación de los servicios de salud.

Además, gracias a este trabajo, la Asociación se ha consolidado como una de las principales fuentes de

» **Con una estrategia orientada a producir información confiable, sustentada en la evidencia para la toma de decisiones, la ACHC consolidó programas de investigación y análisis.** «

información especializada para autoridades, académicos, medios de comunicación, agentes del sector y opinión pública en general.

Impulso a la transformación estructural del sistema

Durante la segunda década del siglo XXI, la ACHC consolidó su papel como uno de los principales referentes técnicos en la discusión sobre el futuro del sistema de salud colombiano. Este periodo estuvo orientado por el liderazgo de los doctores Roberto Esguerra Gutiérrez, director de la Fundación Santa Fe de Bogotá, y Andrés Aguirre Martínez, director del Hospital Pablo Tobón Uribe, quienes desde la presidencia de la Junta Directiva promovieron una visión estratégica orientada a la sostenibilidad financiera del sector prestador, la calidad de la atención y la innovación.



La ACHC produjo entre 2013 y 2016 cuatro ediciones del Perfil Hospitalario de instituciones afiliadas

Investigaciones y estudios sectoriales más relevantes realizados por la ACHC 1963 - 2026

⊙ Plan Hospitalario Nacional (elaborado junto con Ascofame, Federación Médica Colombiana, Ministerio de Salud y Universidad Nacional). Posteriormente sirvió de base para la Ley 39 de **1969**.

⊙ Estudio Médico-Arquitectónico de los Hospitales de Bogotá - **1969**

⊙ Diagnóstico de la Clínica San Pedro Claver y dependencias del ICSS Seccional Cundinamarca - **1970**

⊙ Elementos de Consumo en Hospitales Colombianos. Estudio entregado a CORPAL con una propuesta de 408 artículos para racionalizar las compras hospitalarias - **1971**

⊙ Organización y método para funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas - **1972**

⊙ Costos y organización del Subprograma 2 del Programa de Desarrollo Integrado de la Zona Oriental de Bogotá - **1973**

⊙ Proyecto de procesamiento y esterilización de materiales de hospitales y centros de salud del sector oriental de Bogotá - **1975**

⊙ Proyecto de dotación para la Clínica Materno Infantil, Clínica Monserrat y Clínica Norte - **1975**

⊙ Estudio de costos hospitalarios comparado con las rentas del sector salud, elaborado por la Fundación SER por encargo de la ACH - **1980**

⊙ Estudio de costos hospitalarios para el Instituto de Seguros Sociales (ISS), utilizado para la actualización del manual tarifario - **1989**

⊙ Estudio de salarios por cargos en nueve hospitales de Bogotá - **1989**

⊙ Manual de Garantía, Calidad y Acreditación, elaborado con liderazgo de la ACHC y apoyo de OPS, considerado referente para varios países latinoamericanos - **1995**

⊙ Estudio sobre metodología para establecer un sistema unificado de costos y bases para un modelo de contratación, desarrollado con el ISS y el Ministerio de Salud. **1993-1995**

⊙ Estudio de Seguimiento de Cartera Hospitalaria - **1998** - actualmente (55 ediciones)

⊙ Encuesta de Percepción de IPS sobre EPS del Régimen Contributivo - **2001 a 2013** (13 ediciones)

⊙ Informe de glosas **2002 a 2007** (4 ediciones)

⊙ Encuesta de percepción de IPS sobre EPS del régimen subsidiado - **2005 a 2011** (3 ediciones)

⊙ Estudio descriptivo de salarios de cargos administrativos y asistenciales - **2006** - actualmente (20 ediciones)

⊙ Análisis comparativo sobre el volumen de consultas atendidas y egresos generados en los servicios de urgencias durante el período 2008-2010 en instituciones afiliadas a la ACHC - **2010**

⊙ Caracterización de la oferta y utilización de los servicios de pediatría en Colombia y en el distrito capital - **2012**

⊙ Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud en el Mundo - **2013, 2017, 2022 y 2026**

⊙ Perfil hospitalario de instituciones afiliadas a la ACHC - **2013 a 2016** (4 ediciones)

⊙ Análisis de los estudios de suficiencia del régimen contributivo - **2017**

⊙ Fuentes de financiación y usos de los recursos del sistema general de seguridad social en salud, SGSSS - **2017**

⊙ Información financiera de hospitales y clínicas en Colombia - **2017**

⊙ Encuesta sobre telemedicina en las clínicas y hospitales afiliados a la ACHC - **2018**

⊙ Estudio de suficiencia de la unidad de pago por capitación -UPC- como instrumento de sostenibilidad del sistema de salud en Colombia (una visión desde el análisis de la perspectiva económica y financiera 2015-2020) - **2021**

⊙ Encuesta de Principales Preocupaciones Directivas en Hospitales de Colombia **2025**

⊙ Sistematización de mejores prácticas y herramientas de transferencia- Informe final del laboratorio piloto de gestión del conocimiento. **2025**

⊙ Escasez y Rotación de Personal Sanitario en Colombia: Un Análisis Institucional. **2024**

⊙ Sostenibilidad en Hospitales. Experiencias Exitosas a Nivel Mundial y Estrategias Aplicables para Instituciones Colombianas. **2025**

⊙ Análisis de resistencia y adopción de salud digital e IA en instituciones de salud. **2025**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Conoce nuestras **especializaciones y maestrías**,
con opciones de internacionalización en cada área:

Posgrados en Administración de Salud

SNIES: 107886, 51799, 1007, 53795, 105377

Posgrados en Administración

SNIES: 8573, 107981, 8124, 118152, 107710, 101893, 108829, 109197, 110953

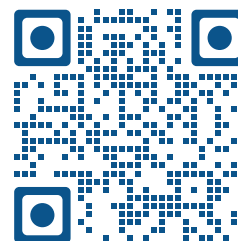
Posgrados en Ciencias Contables

SNIES: 17772, 17770, 17771, 10940

Posgrados en Economía

SNIES: 115976, 1027

Formamos a los mejores
para el mundo.



Infórmate aquí

| VIGILADA MINEDUCACIÓN |



» **Más que acompañar el debate sobre la salud en Colombia, la Asociación contribuyó a orientarlo mediante propuestas fundamentadas en evidencia, reafirmando su compromiso con la construcción de un sistema más eficiente, equitativo y sostenible.** «

Sobre la base de estudios y propuestas desarrollados en años anteriores, la ACHC impulsó iniciativas como Llamado a la Acción y documentos de propuestas de ajuste al sistema de salud: *Revolución del Sistema de Salud, Gobernanza aumentada e Insight*, en los que planteó una transformación estructural del modelo de salud sustentada en la atención primaria, las redes integradas de servicios, la administración regulada y un fondo único para el manejo de los recursos. Paralelamente, promovió la creación de la Coalición Salud, participó activamente en los debates de la Ley Estatutaria de Salud y otras reformas del sector, y mantuvo un diálogo permanente con el Gobierno nacional para proponer soluciones frente a la crisis financiera, el flujo de recursos y la sostenibilidad de hospitales y clínicas.

Documentos de propuestas sectoriales 2002 - 2026

Visión crítica del sistema desde el sector prestador	2002
Agendas para el futuro	2006
Ajustando mecanismos, una perspectiva gremial	2008
Alternativas y equilibrios	2010
Llamado a la acción por un nuevo sistema de salud	2012
Hospital 360°	2015
Insight	2016
Gobernanza aumentada	2018
Revolución del sistema de salud, propuesta ACHC	2018
Ruta lógica hacia una salud progresiva: Propuesta frente al Sistema de Salud Colombiano	2022
Del espacio en blanco a un campo de atención	2023
Abrir el rumbo: una propuesta para avanzar	2024
Power Up	2026

Posteriormente, promovió la propuesta *Ruta lógica hacia una salud progresiva* y más recientemente presentó *Abrir el rumbo: una propuesta para avanzar*, documento que invita a reorientar la discusión hacia los verdaderos determinantes de los resultados en salud, la agregación de valor para los pacientes y la sostenibilidad del sistema.

En esta etapa la ACHC amplió su producción técnica con herramientas como el *Perfil Hospitalario*, el *Banco de Experiencias Exitosas de Innovación en Salud* y el estudio *Rasgos Distintivos de los Sistemas de Salud*, consolidándose como una de las principales fuentes de análisis especializado del país. Más que acompañar el debate sobre la salud en Colombia, la Asociación contribuyó a orientarlo mediante propuestas fundamentadas en evidencia, reafirmando su compromiso con la construcción de un sistema más eficiente, equitativo y sostenible.

Liderazgo en tiempos de crisis

Si algo ha caracterizado al gremio durante estos setenta años es su capacidad para actuar en momentos críticos. La Asociación ha acompañado al sector hospitalario en algunas de las coyunturas más complejas de la historia reciente de la salud colombiana: la implementación de la Ley 100, las sucesivas reformas al sistema, las crisis de liquidez derivadas del crecimiento de la cartera, las

liquidaciones de entidades aseguradoras, la Emergencia Social del 2009 y, más recientemente, la pandemia por la COVID-19.

La pandemia puso de manifiesto la importancia del trabajo gremial. Las instituciones hospitalarias enfrentaron uno de los mayores desafíos de su historia reciente y la Asociación desempeñó un papel importante en la articulación con el Gobierno nacional, la generación de información para la toma de decisiones y el acompañamiento a las instituciones afiliadas durante la emergencia sanitaria.

La ACHC participó activamente en las mesas convocadas por la Presidencia de la República para enfrentar la emergencia sanitaria, promovió estrategias para ampliar la capacidad hospitalaria, proteger al talento humano y garantizar la sostenibilidad financiera de las instituciones. Uno de los logros más relevantes fue la implementación del reconocimiento económico por disponibilidad de camas en la unidad de cuidados intensivos (UCI), mecanismo que permitió sostener la capacidad instalada mientras hospitales y clínicas enfrentaban el mayor reto asistencial de su historia.

En diciembre del 2021, como reconocimiento a la labor del sector y del gremio, la ACHC recibió la Cruz Cívica del Mérito Asistencial y Sanitario Jorge Bejarano, categoría oro, una de las más altas



Reunión Asamblea General de Afiliados de la ACHC en 2025

distinciones otorgadas por el Gobierno nacional.

En la etapa pospandemia, los retos del sector se han enfocado en la recuperación financiera de las instituciones, el debate sobre una nueva reforma al sistema de salud y la necesidad de responder a las transformaciones demográficas, tecnológicas y epidemiológicas del país. En este contexto, la ACHC continuó ejerciendo un liderazgo técnico y gremial bajo la orientación de la doctora Doris Sarasty Rodríguez, gerente del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto, quien en el 2023 se convirtió en la primera mujer en presidir la Junta Directiva de la Asociación en sus siete décadas de historia.

La Asociación participó además activamente en las mesas técnicas de la Corte Constitucional para revisar la metodología de cálculo de la UPC, y ha mantenido

una vigilancia permanente sobre las EPS intervenidas, alertando al Gobierno nacional y a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los riesgos para la continuidad de los servicios en distintas regiones.

Por otro lado, la elección del doctor Henry Mauricio Gallardo, vicepresidente de la Junta Directiva de la Asociación y director general de la Fundación Santa Fe de Bogotá, como presidente del Consejo de Gobierno de la Federación Internacional de Hospitales para el periodo 2025-2027, en representación de la ACHC, constituye otro hito que refleja el reconocimiento internacional alcanzado por el liderazgo hospitalario colombiano y por la gestión gremial de la ACHC.

Escenarios para el fortalecimiento del sector

La historia reciente de la ACHC también está marcada por la



En 2010, en el marco del noveno Congreso de la ACHC, se entregó el Primer Galardón Nacional Hospital Seguro

consolidación de espacios de intercambio académico y gremial que hoy son referentes en Colombia y América Latina.

El *Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas* se ha convertido en uno de los encuentros más importantes para los líderes del sector salud, reuniendo a directivos, expertos, autoridades, académicos y representantes de la industria para analizar tendencias globales y debatir soluciones a los principales desafíos de la gestión hospitalaria.

De igual forma, la *Feria Internacional de la Salud Meditech*, organizada en alianza con Corferias, se ha consolidado como una plataforma de innovación, tecnología y relacionamiento empresarial que fortalece la modernización del sector.

Uno de los aportes más significativos de la ACHC al fortalecimiento del sector hospitalario es la

consolidación del *Foro de Soluciones Exitosas e Innovación en Salud*, creado en el 2010 como un escenario para promover la generosidad del conocimiento entre hospitales y clínicas. A través de este espacio, las instituciones comparten voluntariamente las experiencias y modelos de gestión que han demostrado resultados exitosos, permitiendo que otras organizaciones los conozcan, adapten y repliquen en beneficio de sus pacientes. Con el paso de los años, el Foro se ha convertido en el principal escenario nacional de referenciación de buenas prácticas e innovación en salud, fortaleciendo la colaboración entre instituciones, impulsando el aprendizaje colectivo y consolidando una comunidad comprometida con la mejora continua, la calidad y la excelencia en la atención.

A lo largo de estas siete décadas, la ACHC también ha impulsado iniciativas orientadas a promover

la calidad y la excelencia en la atención. En este contexto surgió el Galardón Nacional Hospital Seguro ACHC, creado en el 2010 para reconocer experiencias exitosas en calidad y seguridad del paciente, y los sistemas de referenciación comparativa, que han permitido a hospitales y clínicas evaluar su desempeño frente a estándares nacionales e internacionales.

Como parte de su compromiso con la transformación de los modelos de atención, la ACHC fortaleció la formación de sus afiliados mediante dos iniciativas complementarias. Por una parte, consolidó, junto con Johnson & Johnson MedTech, el programa *Agregación de Valor en la Atención al Paciente*, orientado a fortalecer las capacidades de hospitales y clínicas en aspectos como la humanización de los servicios, la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la mejora de la experiencia de usuarios y familias, a través de procesos

de formación, intercambio de experiencias y encuentros nacionales. Paralelamente, a inicios del 2026, suscribió una alianza con ICHOM Education, organización líder mundial en Atención Basada en Valor, para impulsar en Colombia la adopción de estándares internacionales de medición de resultados centrados en el paciente y preparar a los líderes y equipos asistenciales en la implementación de modelos de Value-Based Health Care (VBHC). Ambas iniciativas reflejan el compromiso de la ACHC con la innovación, la excelencia y la construcción de un sistema de salud orientado a generar mayor valor para los pacientes y la sociedad.

Asimismo, la Asociación ha liderado procesos de actualización permanente en temas como transformación digital, innovación, sostenibilidad, liderazgo, talento humano y modelos de atención, entre otros, contribuyendo en la preparación de las instituciones para enfrentar los desafíos de una atención cada vez más compleja y exigente.

Setenta años construyendo futuro

Setenta años después de su creación, la Asociación continúa demostrando que la verdadera fortaleza de un gremio no reside únicamente en la representación de sus afiliados, sino en su capacidad para generar conocimiento, construir consensos, anticipar los desafíos del sector y proponer soluciones que benefician a toda

la sociedad. A lo largo de estas siete décadas, la ACHC ha acompañado la evolución del sistema de salud colombiano con una visión técnica, independiente y propositiva, defendiendo la sostenibilidad de hospitales y clínicas, promoviendo la excelencia en la gestión, impulsando la innovación y la calidad de la atención.

La historia de la ACHC es, en buena medida, la historia del desarrollo hospitalario colombiano. En cada reforma, en cada crisis y en cada etapa de transformación del sistema ha estado presente el trabajo constante del gremio, aportando evidencia para la toma de decisiones, promoviendo espacios de diálogo, construyendo propuestas y acompañando a las instituciones en su permanente proceso de fortalecimiento. Gracias a ese compromiso, la Asociación se ha

consolidado como una de las organizaciones más sólidas e influyentes del sector salud.

Celebrar estos setenta años no es solamente hacer un reconocimiento al camino recorrido y a quienes, desde la presidencia de la Junta Directiva, la Dirección General, los órganos de gobierno, las instituciones afiliadas y sus equipos de trabajo, han construido este legado. Es, sobre todo, renovar el compromiso con los hospitales y clínicas de Colombia, con los pacientes y con el país. Porque mientras existan desafíos para la salud, la ACHC seguirá trabajando para fortalecer a las instituciones prestadoras, promover un sistema cada vez más equitativo, sostenible e innovador y contribuyendo, desde el conocimiento, al liderazgo gremial y a la construcción colectiva del bienestar de todos los colombianos. 



Doris Sarasty Rodríguez, gerente del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto, en 2023 se convirtió en la primera mujer en presidir la Junta Directiva de la Asociación

TECNOLOGIA PARA LOGISTICA INTRAHOSPITALARIA

- Sistema automatizado para transporte y entrega hospitalaria por rieles.
- Equipos automatizados para:
 - Almacenamiento y dispensación de medicamentos de control especial y alto costo.
 - Dispensación y alistamiento de medicamentos en dosis unitaria.
 - Reempaque y reenvase de medicamentos en dosis unitaria.
- Equipos para adecuación de medicamentos inyectables, estériles, peligrosos y no peligrosos (CFL Y CSB).
- Diseño, construcción, dotación y certificación de centrales de mezclas.
- Diseño y adecuación de áreas hospitalarias con sistemas de panel sándwich.
- Productos para limpieza y desinfección para áreas farmacéuticas.



Innova Pharma

Simplificamos la tecnología,
potenciamos la seguridad





Texwipe®
An ITW Company

YATAI

telelift
SIMPLIFYING INTRALOGISTICS

RICIO

Contáctanos:

- ✉ tecnologiafarma@innova.farm
- ✉ contacto@innova.farm
- ☎ + 57 310 673 93 06
- ☎ + 57 310 331 02 24
- 📍 Mall Meridiano Novaterra, Mosquera, Cundinamarca, Oficina 426.



Escanea el código QR para comunicarte con nuestros asesores

Clínica Cardio VID cumple sesenta años de cuidar la vida desde el corazón



La Clínica Cardio VID es pionera del trasplante de pulmón en Colombia

El 1.º de diciembre de 1985, mientras Colombia intentaba recuperarse de la toma del Palacio de Justicia y la tragedia de Armero, una noticia le devolvió la esperanza: en Medellín se realizó el primer trasplante de corazón del país. Detrás de ese hito estaba la Clínica Cardio VID, una institución que comenzaba a escribir las páginas más importantes de la historia de la medicina en el país.

Ese logro no fue producto del azar. Fue el resultado de una visión que había comenzado décadas atrás. En 1948 la Congregación Mariana de Medellín adquirió un terreno en la Comuna 7, Robledo, para construir el Edificio para El Pobre: una obra social destinada a atender a las comunidades más necesitadas de la ciudad. Lo que nació como un espacio de atención médica y servicio comunitario evolucionó hasta convertirse, en 1966, en una clínica especializada en el cuidado del corazón. Había 45 camas.

La Clínica se ha caracterizado por abrir caminos. En 1997 realizó el primer trasplante de pulmón del país y, dos años más tarde, el primer trasplante

bilateral de pulmón. En el 2006 llevó a cabo el trasplante de corazón al paciente más joven de Colombia, un bebé de apenas dos meses y medio de edad.

“Estos sesenta años representan miles de historias de vida transformadas. Cada trasplante, cada avance tecnológico y cada programa especializado reflejan nuestro compromiso de ofrecer una atención humana, de alta complejidad y orientada a los mejores resultados para los pacientes y sus familias”, destacó el doctor Carlos Lozano, director de la clínica.

En la última década, la clínica ha liderando avances que amplían las posibilidades de tratamiento para pacientes con enfermedades complejas. Entre ellos se destacan la implementación de la terapia ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea), el primer implante de válvula mitral sin cirugía realizado en Medellín, el primer procedimiento cardíaco fetal con técnica EXIT registrado en América Latina y el implante de asistencias ventriculares, también conocidos como “corazones artificiales”.



“Me gusta decir que lo que llevo, más que un corazón artificial, es un corazón de mucha fe y mucho amor que me implantaron en la Clínica Cardio VID”, dice César Cuesta, paciente de 49 años, oriundo del departamento del Chocó y beneficiado de asistencia ventricular.

La innovación también se refleja en programas únicos en la región, como el Programa de Ventrículo Único, considerado hoy un referente en Suramérica para el manejo de cardiopatías congénitas complejas. Durante más de diez años ha brindado soporte a más de 250 familias mediante un modelo integral de atención que articula especialistas de múltiples disciplinas y acompaña a los pacientes a lo largo de todas las etapas de su vida. Su impacto ha trascendido fronteras, convirtiéndose en un modelo de referencia para sistemas de salud de ciudades como Barcelona, en España, y Buenos Aires, en Argentina.

En más de treinta años ha formado a más de treinta cardiólogos pediatras que hoy ejercen en distintas regiones del país y en el exterior, por lo que la Clínica Cardio VID es un referente en la formación de cardiología pediátrica en Colombia.

“Somos centro de referencia en formación, con un posgrado en convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana, que nos permite formar especialistas con una visión integral y altamente especializada”, explica la doctora Margarita Zapata, coordinadora del posgrado.

A estos desarrollos se suman programas innovadores como el monitoreo remoto de pacientes con dispositivos cardíacos implantables y la expansión de sus servicios con la apertura de la sede Ciudad del Río en el 2025.

Cientos de pacientes han recibido el acompañamiento por parte de la Clínica Cardio VID en este camino.



La Clínica Cardio VID logró consolidar un modelo de atención de referencia internacional

A la fecha, ha realizado 695 trasplantes de corazón y 193 trasplantes de pulmón. Durante el 2025 realizó 720 cirugías cardiovasculares en adultos y 165 de estos procedimientos en niños. Esto representa nuevas oportunidades para personas que enfrentan enfermedades complejas.

La historia de la Clínica Cardio VID se construye gracias a las personas. Durante seis décadas médicos, enfermeras, auxiliares, investigadores, personal administrativo y colaboradores de distintas áreas han aportado su conocimiento, compromiso y vocación de servicio para transformar la vida de miles de pacientes y sus familias. A ellos se suma el apoyo de benefactores que, desde los orígenes de esta obra social, han creído en un propósito que sigue vigente: poner la salud y el bienestar de las personas en el centro de cada decisión.

Al celebrar sus sesenta años, la Clínica Cardio VID mira al futuro con gratitud por el camino recorrido y con el compromiso de seguir llegando a más personas con una atención especializada, humana e integral. Porque más allá de los procedimientos y las cifras, su mayor legado ha sido acompañar vidas, generar esperanza y construir oportunidades de bienestar para las generaciones presentes y futuras. 🏥

Clínica San Rafael incorpora el primer Philips Azurion 7 R3 Monoplano Premium de Bogotá



Con el Azurion 7 Monoplano Premium el Hospital fortalecerá la atención en áreas como hemodinamia y cardiología intervencionista

El Hospital Universitario Clínica San Rafael anunció la puesta en marcha de una nueva sala de intervencionismo equipada con el sistema Philips Azurion 7 R3 Monoplano Premium, convirtiéndose en la primera institución de Bogotá en incorporar esta tecnología.

A medida que crece la demanda de procedimientos guiados por imagen, los hospitales buscan incorporar soluciones que les permitan ampliar su capacidad de atención y responder a casos cada vez más complejos. En este contexto, la nueva sala apoyará a los especialistas durante procedimientos intervencionistas mediante imágenes de alta calidad, herramientas avanzadas de navegación y aplicaciones diseñadas para facilitar el trabajo clínico.

“En Philips creemos que la innovación debe ayudar a los profesionales de la salud a dedicar más tiempo

al cuidado de sus pacientes. Al trabajar junto a instituciones como la Clínica San Rafael, buscamos impulsar tecnologías que apoyen la toma de decisiones clínicas y contribuyan a ampliar el acceso a procedimientos avanzados para más personas”, afirmó Kari-me Amaya, Country Leader de Philips en Colombia.

La incorporación de esta tecnología fortalece las capacidades de la Clínica San Rafael en diferentes especialidades médicas y reafirma su compromiso con la adopción de innovación para responder a las necesidades cambiantes de los pacientes y de los profesionales de la salud. Entre los principales beneficios de esta tecnología se destacan:

- *Flujos de trabajo diseñados para apoyar a los equipos clínicos:* El sistema integra aplicaciones que facilitan la coordinación entre los diferentes miembros del equipo médico y contribuyen a una gestión más ágil de los procedimientos dentro de la sala de intervencionismo. Al disponer de información relevante en tiempo real y de herramientas integradas en una única plataforma, los especialistas pueden concentrarse en la atención del paciente y en las decisiones clínicas que cada procedimiento requiere.
- *Imágenes de alta calidad para apoyar la toma de decisiones:* Durante los procedimientos guiados por imagen, contar con información clara y confiable es fundamental. El sistema proporciona imágenes de alta resolución que permiten visualizar información anatómica crítica en tiempo real, apoyando la toma de decisiones durante procedimientos complejos.



La inauguración oficial del Angiógrafo se realizó el pasado 10 de junio, con la asistencia de las Directivas de Phillips en Colombia

Además, incorpora tecnologías que contribuyen a reducir significativamente la exposición a radiación para pacientes y profesionales de la salud.

- *Una plataforma preparada para múltiples especialidades:* Gracias a su versatilidad clínica, la nueva sala podrá apoyar una amplia variedad de procedimientos intervencionistas en áreas como cardiología, radiología y cirugía mínimamente invasiva, permitiendo a la institución ampliar sus capacidades y responder a las necesidades de una población cada vez más diversa.

Más capacidades para responder a las necesidades de salud de Bogotá

La incorporación del Philips Azurion 7 R3 Monoplane Premium forma parte de la estrategia de la Clínica San Rafael para continuar fortaleciendo sus servicios especializados y seguir incorporando herramientas que apoyen la atención de pacientes que requieren procedimientos intervencionistas de alta complejidad.

Con esta nueva sala, la Clínica San Rafael amplía su capacidad para ofrecer procedimientos mínimamente invasivos apoyados por tecnología de última generación, acercando a los pacientes de Bogotá nuevas opciones diagnósticas y terapéuticas. La iniciativa refleja el compromiso de la institución con una atención cada vez más especializada, segura y centrada en las necesidades de las personas. 🏥

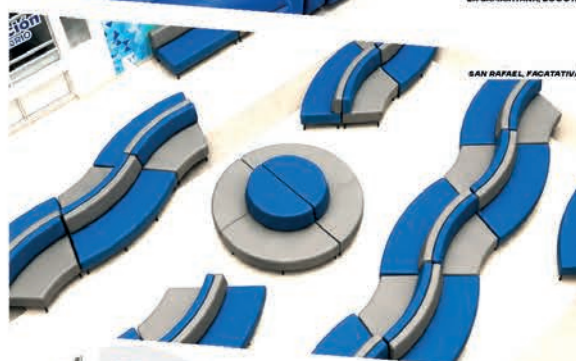
EBENEZER®

MOBILIARIO
HOSPITALARIO
CONTEMPORÁNEO

311-2519581
@SOFASEBENEZER



LA SAMARITANA, BOGOTÁ



SAN RAFAEL, FACATATIVÁ



SOFA

SILLAS RECLINABLES / SALAS DE ESPERA

SOFAS / SOFÁ-CAMAS / OFICINAS

MOBILIARIO PERSONALIZABLE

SOFÁ-CAMA
BRAZO EXTENDIBLE CON
COMPARTIMENTO

PROYECTOS ENTREGADOS EN LOS
PRINCIPALES HOSPITALES Y CLINICAS DE:

- BOGOTÁ
- ZIPACQUIRÁ
- GIRARDOT
- NILO
- FACATATIVÁ
- PACHO
- SUBACHOQUE
- ENTRE OTROS...

Creamos soluciones de mobiliario para hospitales y clínicas, integrando diseño, calidad y eficiencia. Fabricación a la medida, materiales certificados.

MÁS DE 31 AÑOS EN EL MERCADO COLOMBIANO,
SON NUESTRO MEJOR SELLO DE GARANTÍA

Propuestas del nuevo Gobierno para el sector salud

A partir del diagnóstico de que Colombia vive una crisis humanitaria en salud, las propuestas conocidas hasta el momento del nuevo Gobierno, en cabeza del presidente electo Aberlardo de la Espriella,

se concentran en adelantar un plan de choque en los primeros noventa días para estabilizar las finanzas del sistema de salud y restablecer el flujo de recursos; hacer un aumento real de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) acorde con los costos y vigilar su ejecución; aumentar la vigilancia y el control administrativo a las entidades promotoras de salud (EPS); fortalecer la red hospitalaria, y recuperar el acceso oportuno a la atención y a los medicamentos.

El documento “Primeras 13 propuestas para reconstruir la Patria Milagro”, junto con las intervenciones públicas de Iván Sánchez, coordinador de la Comisión de Empalme en Salud, constituyen hoy las principales referencias sobre la estrategia que se plantea para enfrentar la coyuntura del sistema. A ello se suma el reciente diálogo sostenido con la Academia Nacional de Medicina, escenario en el que fueron presentados

algunos de los lineamientos que orientarían las primeras decisiones del nuevo Gobierno.

Entre las cifras que presenta el documento para sustentar este diagnóstico se indica que la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) registró 1.039.606 reclamos en salud en el primer semestre del 2025; más de 312.000 tutelas en el 2025; cartera hospitalaria de \$24 billones (ACHC); UPC 2025 con aumento de solo el 5,36 %. Por su parte, la Defensoría del Pueblo reportó que, en una encuesta a 3449 personas, el 90 % no recibió o recibe parcialmente y con demoras sus medicamentos; 584 medicamentos no entregados; el 61 % de los pacientes tuvo que comprarlos de su bolsillo; cerca de 25 millones de colombianos, es decir 6 de cada 10, están en EPS intervenidas. Estos indicadores son presentados como evidencia de la necesidad de adoptar medidas inmediatas antes de emprender transformaciones estructurales del sistema.

Un plan de choque para recuperar la estabilidad: La principal apuesta del nuevo Gobierno consiste en implementar durante los primeros

90 días un plan extraordinario para recuperar la estabilidad financiera del sistema. La propuesta contempla la inyección de \$10 billones con el propósito de normalizar en 90 días el flujo de pagos hacia hospitales, clínicas, proveedores de medicamentos y demás actores que participan en la atención de los pacientes.

De acuerdo con las explicaciones ofrecidas por Iván Sánchez, la prioridad sería que estos recursos lleguen directamente a quienes prestan los servicios y suministran los medicamentos, evitando nuevos retrasos en la cadena de pagos. Esta estrategia busca aliviar la presión financiera sobre las instituciones prestadoras y garantizar la continuidad de la atención mientras se adoptan soluciones de mayor alcance.

Control de la UPC: Se revisarán los ajustes aplicados en su cálculo, uso y ejecución, porque se plantea que dichos ajustes habrían permitido desviar recursos de esta asignación hacia otros propósitos; en esta línea se propone una revisión trimestral a la ejecución de la UPC por parte de las EPS y seguimiento para fortalecer



la trazabilidad del gasto, identificar desviaciones y mejorar correspondencia entre recursos reconocidos y servicios efectivamente prestados. Iván Sánchez afirmó que se calculará y ajustará la UPC bajo criterios claros, para que sea una UPC diferenciada considerando los cambios en la transición demográfica por envejecimiento de la población y el cambio en las patologías; además, para que les permita a las EPS hacer las reservas técnicas respectivas.

Restablecer flujo de recursos y hacer control anticorrupción: Se propone hacer arbitraje de recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para evitar el mal manejo del dinero público, modernizar su gestión con inteligencia artificial y hacer articulación reforzada con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) para cruces de información. Además, dispone revisar contratos asignados o no ejecutados en infraestructura de salud en los lugares donde hay riesgo de corrupción o ineficiencia en la inversión pública.

Poner al paciente en el centro: Se plantea recuperar el acceso oportuno a medicamentos y tratamientos; proteger pacientes crónicos y poblaciones vulnerables, y fortalecer la medicina en atención primaria, promoción y prevención. Se contempla la implementación de la salud a domicilio como modalidad

» Se plantea recuperar el acceso oportuno a medicamentos y tratamientos; proteger pacientes crónicos y poblaciones vulnerables, y fortalecer la medicina en atención primaria, promoción y prevención. «

de acceso complementaria y la telemedicina para ampliar la atención en regiones apartadas; priorizar la entrega de medicamentos para enfermedades de baja prevalencia, huérfanas y de alto costo; así como reorientar el sistema hacia intervenciones tempranas, mayor capacidad resolutive en el primer nivel de atención y mejorar la gestión del riesgo en salud.

Red hospitalaria, talento humano y continuidad institucional: Los planteamientos conocidos hasta ahora no contemplan desmontar el esquema de aseguramiento vigente. Por el contrario, Iván Sánchez ha señalado que uno de los propósitos es preservar los avances alcanzados en cobertura, introducir los ajustes que permitan corregir las fallas evidenciadas durante los últimos años y fortalecer los mecanismos de supervisión y control.

En este contexto, la propuesta busca fortalecer la red hospitalaria mediante inversiones orientadas a mejorar su capacidad tecnológica, avanzar en procesos de transformación digital e integrar de manera más eficiente los servicios según las necesidades de cada territorio.

De igual manera, se propone dignificar las condiciones laborales del talento humano mediante la construcción de un estatuto laboral específico para el sector salud, con el fin de que tenga un régimen técnico, evitar la burocratización en la red pública y avanzar en la reducción de la precarización laboral del personal de la salud. También se reactivará la política de presupuestos máximos como herramienta de control de precios en tecnologías de alto costo, medicamentos y dispositivos médicos.

Hacer más eficientes a las EPS: El plan es conservar las EPS, pero hacerlas más eficientes desde lo administrativo, con mayor control financiero. Aquellas que cumplan con los indicadores de servicio y sostenibilidad continuarán en el sistema, mientras que las que no den resultados financieros serán liquidadas.



Mensajes de confianza del nuevo Gobierno para el sector salud

Durante la presentación y entrega del “Documento de Prospectiva”, propuesta preparada por la Academia Nacional de Medicina para el Gobierno electo, llevada a cabo el pasado 2 de julio en la Academia, el coordinador de la Comisión de Empalme en Salud del nuevo Gobierno, Iván Sánchez, presentó cuatro mensajes de confianza del presidente electo para el sector salud.

El primero consiste en atender de manera inmediata la crisis humanitaria mediante un plan de choque financiero que permita garantizar tratamientos, medicamentos y el pago de obligaciones con hospitales, clínicas, profesionales de la salud y proveedores. Los recursos se van a inyectar haciendo redistribuciones del Presupuesto General de la Nación y se buscará que no pasen por las EPS; para ello se proyecta la expedición de un acto administrativo que está adelantando el equipo transversal del empalme en salud, a través del cual el derecho de postulación lo va a hacer directamente el Ministerio de

Salud y Protección Social, para que el dinero llegue directamente a donde se necesita.

El segundo busca asegurar el flujo corriente de recursos para evitar nuevos atrasos en los pagos. Como tercer mensaje, anunció la instalación de mesas de concertación entre Gobierno, EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) para establecer el monto real de las deudas acumuladas y definir mecanismos financieros que permitan su saneamiento.

En cuarto lugar, señaló que uno de los compromisos será convocar desde el 7 de agosto a la Comisión Técnica para revisar la UPC, ajustándola a las nuevas condiciones demográficas, epidemiológicas y a las decisiones de la Corte Constitucional. Además, dio un mensaje adicional de urgencia para que esa Comisión Técnica haga una valoración de la UPC para finales del 2026 y si hay recursos adicionales en el Ministerio de Hacienda poder hacer un ajuste, aunque sea pequeño, en lo que resta del año.

Finalmente, Sánchez invitó a la participación de todos los actores en un Pacto por la Salud para la búsqueda de salidas a la crisis del sistema de salud: “Ahora necesitamos del concurso de todos, primero, para salir de la crisis humanitaria y segundo, para estabilizar el sistema... Creo que llegamos al propósito esencial de esta conversación y es que todos tenemos que poner para que esto funcione. Nos tenemos que sentar todos y hacer un Pacto por la Salud y saber hasta dónde queremos llegar y cómo vamos a llegar. Porque nuestro sistema con recursos finitos y con necesidades infinitas nunca será sostenible, pero tenemos que hacerlo. Y tenemos que aprovechar esta oportunidad histórica para poderlo hacer”.

Referencias

- Defensores de la Patria. (2026). *Primeras 13 propuestas para reconstruir la Patria Milagro*. <https://defensoresdelapatria.com/wp-content/uploads/2026/04/PROPUESTAS-DEL-TIGRE.pdf>
- Sánchez, I. (2026, 21 de mayo). *Intervención en el Foro “Propuestas para superar la crisis del sistema de salud”* [Ponencia]. Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.
- Sánchez, I. (2026, 2 de julio). *Presentación Documento de Prospectiva* [Ponencia]. Academia Nacional de Medicina, Bogotá, Colombia.



Pruebas especializadas

- Diagnóstico de muerte cerebral
- Estenosis intracraneal
- Malformación arteriovenosa



Sonda robótica

- Monitorización rápida y automática del flujo sanguíneo

Aplicaciones clínicas

Cuidado intensivo
Neurología
Medicina Interna
Pediatria
Emergenciología
Anestesiología
Cardiología

Instrumentación
Soluciones que mejoran la vida



Monitorización cerebral

- Detección de ACV, vasoespasmos y cambio del flujo sanguíneo



Conoce más sobre Dolphin

Comportamiento de los sistema de salud y atención hospitalaria en la Amazonía



En un análisis comparativo de la distribución y la utilización de los servicios hospitalarios y la infraestructura de salud en áreas urbanas y no urbanas en seis países de la Amazonía se evidenció que, si bien el número de establecimientos de salud es ligeramente menor en esa región, las tasas de hospitalización son más altas que los promedios nacionales de dichos países.

Los sistemas de salud en la Amazonía enfrentan profundos desafíos estructurales que limitan el acceso a una atención oportuna y de calidad. A pesar del crecimiento en áreas urbanas, esta región caracterizada por grandes distancias y una conectividad basada principalmente en el transporte fluvial, continúa enfrentando dificultades en la disponibilidad y la continuidad de la atención. Se estima que, actualmente, más de 40 millones de personas viven en casi 900 asentamientos urbanos en la Amazonía.

El estudio “Análisis transnacional de los sistemas de salud y la utilización de los hospitales en la Amazonía” (Castro Vargas et al., 2026), que compara la infraestructura de salud y la utilización de los hospitales en la región, especialmente en los asentamientos urbanos, busca identificar oportunidades para fortalecer las redes de servicios y adaptar mejor los sistemas de salud a sus realidades.

Mediante un análisis descriptivo de las zonas geográficas y los datos públicos disponibles de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana y Perú correspondientes al periodo 2021-2022, se analizan las disparidades en la disponibilidad de establecimientos y la utilización de servicios hospitalarios en cuatro niveles geográficos: en el ámbito nacional, en la Amazonía y fuera de ella, y dentro de la Amazonía, desglosando los datos en zonas urbanas y no urbanas para identificar brechas en el acceso y oportunidades de mejora.

El análisis se enfocó en las diferencias de disponibilidad de establecimientos entre proveedores



públicos y privados, los patrones de egresos hospitalarios en hospitales públicos y los tipos de condiciones por las que las personas son hospitalizadas. Estos indicadores ayudan a entender cómo se utiliza la capacidad hospitalaria y dónde existen brechas para responder a las necesidades de salud de la población.

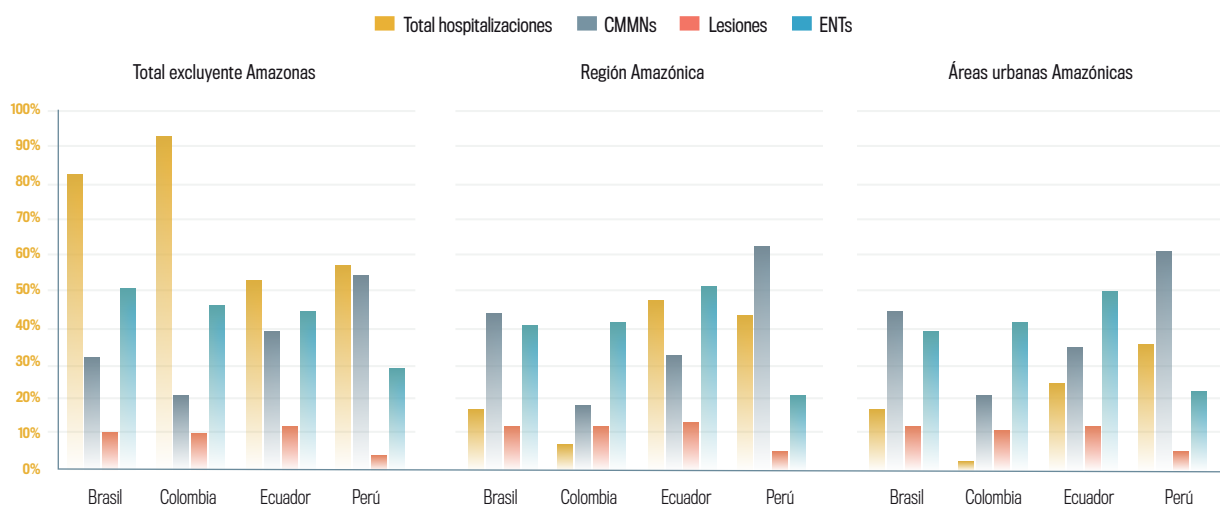
En la investigación se encontró que la densidad de establecimientos de salud en la Amazonía es ligeramente inferior a las

medias nacionales y que las zonas urbanas cuentan con la mayor concentración de infraestructura de salud y servicios especializados, mientras que las zonas no urbanas dependen principalmente de establecimientos básicos o de atención primaria. Sin embargo, a pesar de esta concentración, las tasas de hospitalización son sistemáticamente más altas en la Amazonía que en el ámbito nacional en los países analizados (figura 1).

Esta distribución refleja desigualdades estructurales persistentes y sugiere que el problema no es solo la cantidad de establecimientos, sino la limitada disponibilidad de servicios de mayor complejidad, capacidad de derivación y preparación operativa en áreas remotas. De ahí que expandir servicios de mayor nivel en zonas desatendidas y fortalecer las redes de derivación y atención primaria, puede ser tan importante como construir nueva infraestructura.

Figura 1.

Proporción de hospitalizaciones en el sector público



Fuente: Elaboración propia del autor a partir de datos hospitalarios.

Nota: ENTs: enfermedades no transmisibles; CMMNs: enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. El análisis hospitalario se realiza únicamente para Brasil, Colombia, Ecuador y Perú, debido a la disponibilidad de datos.

Fuente: Castro Vargas *et al.* (2026).

También se encontró que las condiciones maternas y neonatales, junto con enfermedades crónicas, representan una gran proporción de las hospitalizaciones. Esto podría reflejar diferencias en cómo y cuándo las personas buscan atención o en

su capacidad de acceder a ella. Estos hallazgos destacan la necesidad de comprender mejor la manera en que la urbanización, la geografía y la organización de los servicios interactúan para determinar el uso de los sistemas de salud en la región.

Otro resultado mostró que la mortalidad materna y neonatal registra una mortalidad intrahospitalaria relativamente más elevada en los territorios amazónicos, lo que indica posibles retrasos en la atención. Al parecer, esto sugiere que

la proximidad a los servicios de salud no garantiza una atención oportuna ni efectiva. Asimismo, factores como barreras geográficas, demoras en la búsqueda de atención, fallas en los sistemas de referencia, debilidades en la calidad de la atención y falta de servicios culturalmente pertinentes pueden influir en estos resultados.

La investigación también señala que las hospitalizaciones evitables son más frecuentes en la Amazonía. Las hospitalizaciones por afecciones que podrían tratarse en la atención ambulatoria representan una proporción similar en el contexto amazónico y en el contexto nacional, pero sus tasas per cápita son más altas en la Amazonía, incluidos los asentamientos urbanos.

Lo anterior quiere decir que las hospitalizaciones por condiciones que podrían resolverse con atención primaria oportuna y efectiva (por condiciones sensibles a la atención ambulatoria [ACSC, por sus siglas en inglés], como complicaciones de diabetes o hipertensión, infecciones urinarias o gastroenteritis), representan una proporción similar de los ingresos hospitalarios en los ámbitos regional y nacional. Sin embargo, al ajustar por población, la tasa es mayor en la Amazonía, incluso en áreas urbanas. Este patrón puede representar desafíos en la atención primaria, demoras en la atención, falta de continuidad o barreras para el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

Estos resultados ponen de relieve que la ubicación urbana mitiga las barreras estructurales para acceder a una atención de salud eficaz en la Amazonía, aunque no las elimina. Asimismo, que el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria y de derivación, así como la prestación de servicios

adaptados culturalmente son esenciales para mejorar los sistemas de salud y los resultados en materia de salud en esta zona diversa y vulnerable.

En conclusión, los hallazgos del estudio destacan la importancia de enfocarse en cómo se utilizan los servicios y quiénes los solicitan. Por tanto, mejorar los sistemas de salud en la región requerirá adaptar los modelos de atención a las realidades locales, fortaleciendo la atención primaria, los sistemas de referencia, la vinculación comunitaria y las estrategias culturalmente pertinentes.

La estrategia puede incluir la expansión de experiencias exitosas en la región, como modelos de atención materna que incorporan prácticas tradicionales o sistemas de transporte adaptados al acceso fluvial. Debe considerarse que algunas de las estrategias más prometedoras combinan atención comunitaria, servicios adaptados culturalmente y una mejor articulación entre la atención primaria y los hospitales, en lugar de depender únicamente de los hospitales. De esta forma, el fortalecimiento de la atención primaria, los sistemas de derivación y los modelos de atención culturalmente pertinentes contribuirá al mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud en la región.

Otra conclusión indica que se necesita más evidencia sobre las poblaciones y los sistemas de salud en la región de la Amazonía. A medida que las ciudades amazónicas continúan creciendo, es esencial comprender cómo las personas navegan en búsqueda de los servicios de salud desde el primer contacto hasta la atención hospitalaria, porque esto es clave para diseñar sistemas de atención más efectivos y adaptados.

Referencia

Castro Vargas, S., Goyeneche, L. y Bauhoff, S. (2026). Análisis transnacional de los sistemas de salud y la utilización hospitalaria en la Amazonía. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 50(9).
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2026.9>

The background of the entire image is a warm, orange-toned bokeh effect, resembling out-of-focus city lights or fire. In the center, a large hand is shown holding a smaller child's hand. The large hand is wearing a brown, textured knit sleeve. The child's hand is wearing a light blue sleeve. The overall mood is supportive and caring.

minerva
medical

**"Construimos el
futuro de la salud,
contigo en el centro"**

www.minervamedical.com.co



El rol de los gremios en Colombia

Por

Fabiola Alba Muñoz

Jefe jurídica ACHC

En esta edición especial de *Hospitalaria* vale la pena recordar dónde surgen los gremios en Colombia, qué son y qué limitaciones o alcances tienen según nuestro ordenamiento jurídico.

El origen de los gremios en Colombia se remonta a finales del siglo XVIII, con las denominadas “sociedades de amigos” que se organizaban para promover actividades como la agricultura. En el libro *Economía y poder* (1985) Jesús Antonio Bejarano refiere que las primeras agremiaciones del país fueron las denominadas Sociedades Económicas de Amigos del País y las Juntas Patrióticas, creadas en 1781 para fomentar la agricultura (Junguito, 2019).

En 1784, en Monpox, se creó la Sociedad Económica de Amigos del País para fomentar el cultivo de algodón; el interés se propagó porque, a través de estas sociedades, se difundían conocimientos sobre los cultivos y las maneras de promoverlos, así como de intercambio de semillas. Como antecedente importante está el Consulado de Cartagena o gremio (*Guild*), creado por la Corona de España a petición de los comerciantes de Cartagena, mediante el cual se concedía una especie de monopolio para comerciar con el reino y así hacer contención al contrabando proveniente de otras regiones de la Península.

Del siglo XIX se destaca la creación de la Sociedad de Artesanos en 1847 que, según referencia Agustín Rodríguez (1849), surgió como reacción en contra de las disposiciones del Gobierno —entre otras— de rebajar los derechos de importación, lo cual se consideraba una usurpación violenta de los derechos de los artesanos, en detrimento de sus familias. Esto generó que en 1851 se establecieran nuevas tarifas

de aduana para las importaciones, condición que tan solo duró unos años pues en 1854 se suprimieron los derechos sobre los artículos que se habían querido proteger (Junguito, 2019).

Posteriormente se creó la Sociedad de Agricultores de Colombia (1906), con el propósito de discutir asuntos relacionados con el cultivo y la exportación de café y buscar beneficios para la industria; la personería jurídica la obtuvieron en 1914 y este sigue siendo el gremio que representa a la agricultura colombiana.

En la recopilación que hace Junguito (2019) se puede establecer que, aunque en sus inicios los gremios no lograron el impacto que pretendían, fue importante el espíritu colectivo y de defensa que le imprimieron a esta figura. Con el paso de los años, obtuvieron mayor injerencia en la política económica del país y su labor se resalta como una manera legítima, transparente y colectiva de congregarse en favor de una industria o actividad particular.

Ya en los albores de nuestra Constitución Política de 1991, se dispuso en el artículo 38 la garantía al “derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad”.

Este derecho constitucional valida la facultad que tienen las personas naturales y jurídicas de unirse y formar grupos, sociedades civiles o comerciales, asociaciones u organizaciones, con objetivos lícitos,



encaminadas a la consecución de fines comunes y, en general, a velar por los intereses de los asociados.

También es preciso recordar que nuestro ordenamiento jurídico contempla desde 1887, en la Ley 57 (Código Civil), la forma de organización de las entidades de orden fundacional o sin ánimo de lucro. Las organizaciones gremiales se originan en las disposiciones del artículo 633 y siguientes del Código Civil, que establece que se “llama persona jurídica, una persona ficticia, capaz de ejercer derechos y contraer obligaciones civiles, y de ser representada judicial y extrajudicialmente. Las personas jurídicas son de dos especies: corporaciones y fundaciones de beneficencia pública. Hay personas que participan de uno y otro carácter”.

Por otra parte, según el Código del Comercio, “si la empresa social comprende actos mercantiles y actos que no tengan esta calidad, la sociedad será comercial. Las sociedades que no contemplen en su objeto social actos mercantiles, serán civiles. Sin embargo, cualquiera sea su objeto, las sociedades comerciales y civiles estarán sujetas, para todos los efectos, a la legislación mercantil” (Ley 222 de 1995, art. 100).

Lo anterior precisa que, según nuestro ordenamiento jurídico, existen personas jurídicas que se constituyen por la voluntad de asociación de una o más personas (naturales

o jurídicas) para realizar actividades en beneficio de asociados, terceras personas o de la comunidad en general, y no persiguen el reparto de utilidades entre sus miembros. Tienen la capacidad jurídica de ejercer derechos y contraer obligaciones y de ser representadas judicial y extrajudicialmente.

Para la Superintendencia de Industria y Comercio, la principal función de las asociaciones de empresas o gremios y las asociaciones de profesionales es beneficiar a sus “miembros —especialmente a los más pequeños— y también favorecer la eficiencia general de un mercado” (Superintendencia de Industria y Comercio [SIC], s. f.).

Las limitaciones de los gremios en Colombia

La participación de los empresarios colombianos, por medio de los gremios, se presenta especialmente mediante la llamada “concertación”, mecanismo que reconoce que la intervención del Estado tiene sus límites y estas mediaciones facilitan la regulación de las relaciones entre el Estado y la empresa privada. La concertación tiene varias formas

de presentarse: ya sea mediante la participación de algunos gremios y sindicatos en las juntas directivas de los institutos descentralizados, o por medio de los acuerdos directos que se realizan entre el Gobierno y determinados sectores empresariales o gremios, para definir la orientación de las políticas sectoriales (Palomar Aviles, 1986).

Actualmente las asociaciones de empresas o gremios son reconocidas por el papel que desempeñan y la influencia que ejercen frente a las autoridades estatales. Sus actividades benefician a los miembros —especialmente a los más pequeños— y también pueden favorecer la eficiencia general de una actividad o un mercado.

Según la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) (s. f.), “aunque su principal función es prestar servicios a sus miembros, las asociaciones de empresas o gremios y las asociaciones de profesionales *cumplen importantes roles en cuanto al diseño de la política industrial y la representación política de sus miembros frente al Gobierno y la sociedad. La mayoría de las asociaciones juegan un papel crucial*

» Actualmente las asociaciones de empresas o gremios son reconocidas por el papel que desempeñan y la influencia que ejercen frente a las autoridades estatales. «

» Se trata de un equilibrio de derechos y principios entre la libertad de asociación y de razonabilidad y proporcionalidad de derechos. «

en la determinación de la forma en que se mueve su industria, y promueven estándares de productos y buenas prácticas empresariales, entre las que se encuentran el respeto por las normas de libre competencia. También publican códigos de ética y, en algunos casos, formulan y ejecutan autorregulaciones en el mercado. Las asociaciones de empresas o gremios y las asociaciones de profesionales también promueven, representan y protegen los intereses de los miembros en relación a leyes, regulaciones, imposiciones tributarias y temas actos de política pública que los pueda afectar”.

En general, las funciones de las asociaciones se pueden dividir en tres: (1) realizar actividades para los miembros; (2) desarrollar funciones regulatorias y económicas, y (3) realizar funciones políticas. El reconocimiento, las competencias y la influencia que se atribuyen a los gremios ha hecho que también se deban fijar límites a sus actuaciones, con el fin de evitar conductas que lesionen a quienes no hacen parte de dichos conglomerados. Se trata de un equilibrio de derechos y principios entre la libertad de asociación y de razonabilidad y proporcionalidad de derechos de rango constitucional.

Esas conductas que pueden atentar contra derechos legítimamente reconocidos y contra el correcto funcionamiento de los mercados han sido reguladas y controladas. Una vez integrada una asociación por un número plural de sujetos, esta adquiere los mismos deberes que cualquier otro particular en relación con el régimen legal de protección de la competencia.

La SIC es la autoridad única en materia de protección de la competencia (Ley 1340 del 2009): conoce en forma privativa las investigaciones administrativas, impone las multas y adopta las demás decisiones administrativas por infracción a las disposiciones sobre protección de la competencia, así como en relación con la vigilancia administrativa del cumplimiento de las disposiciones sobre competencia desleal.

Lo anterior implica que a las asociaciones de empresas o gremios y a las asociaciones de profesionales les está prohibido promover o ejecutar directamente acuerdos contrarios a la libre competencia, o servir de plataforma para que estos se pacten o ejecuten. Asimismo, les está

prohibido influenciar a sus empresas afiliadas para que pacten o ejecuten dichos acuerdos, todo de conformidad con lo señalado en el numeral 2 del artículo 48 del Decreto 2153 de 1992 (SIC, s. f.).

Una de las tareas más importantes de las *asociaciones* tiene que ver con la recopilación de información para efectuar estudios, informes o labores similares referidas al desarrollo de la industria específica, o estadísticas sobre aspectos de ese ramo de los negocios, que generalmente circulan entre los miembros. Esta labor, en principio, es benéfica para el mercado, dado que la información intercambiada permite corregir asimetrías para poder competir más eficientemente. En este sentido, el intercambio de información que no facilita ni promueve la realización de conductas anticompetitivas es legal y permitido por el régimen jurídico colombiano. Esa información disponible en el mercado también puede beneficiar a los potenciales competidores porque les ayuda a proyectar su entrada, así como a los consumidores, en la medida en que les permite contar con mayores insumos para la toma de decisiones.

De ahí que no se considera contraria a la libre competencia la información que cumple con las siguientes características:

1. “Las que tengan por objeto la cooperación en investigación y desarrollo de nueva tecnología.



2. Los acuerdos sobre cumplimiento de normas, estándares y medidas no adoptadas como obligatorias por el organismo competente cuando no limiten la entrada de competidores al mercado.
3. Los que se refieran a procedimientos, métodos, sistemas y formas de utilización de facilidades comunes” (Decreto 2153 de 1992, art. 49).

Los principales acuerdos de colaboración válidos que se dan entre competidores

Al hablar de acuerdos de colaboración entre competidores, se hace referencia a aquellos realizados por agentes que se encuentran en el mismo eslabón de la cadena productiva y que efectivamente están compitiendo dentro del mismo mercado, con incentivos para competir entre sí y lograr la maximización de sus intereses con lo que, según la teoría económica, generarían los beneficios que conlleva la competencia para el mercado —a excepción de las sociedades que sean catalogadas como subordinadas o filiales, y en todo caso, en situaciones de grupo empresarial, no se entiendan como competidoras de las matrices o controlantes para efectos del análisis de efectiva competencia en el mercado—.

- » *Acuerdos de colaboración para producción:* Se pactan para producir conjuntamente un

producto vendido a terceros o usado por los participantes como insumo.

- » *Acuerdos de colaboración para mercadeo:* Consisten en acuerdos para la venta, distribución o promoción.
- » *Acuerdos de colaboración para compras:* Son acuerdos para comprar conjuntamente insumos necesarios para los participantes; estos permiten centralizar las órdenes de compra, compartir sitios de almacenamiento o combinar funciones de distribución de una manera más eficiente de bienes o servicios.
- » *Acuerdos de investigación y desarrollo:* Se encuentran excluidos específicamente por el numeral 1 del artículo 49 del Decreto 2153 de 1992.

La mayoría de estos acuerdos son procompetitivos, pues permiten a los participantes combinar bienes complementarios, tecnología o *know-how* con el fin de desarrollar de manera más rápida y eficiente nuevos o mejores bienes, servicios o procesos de producción. Sin embargo, pueden crear o incrementar poder de mercado al limitar la capacidad decisoria independientemente o al controlar los esfuerzos individuales en investigación y desarrollo de uno de los participantes.

- » *Acuerdos de intercambio de información:* Si bien la mayor parte de los acuerdos de colaboración entre competidores

requiere de cierto tipo de intercambios de información, existe otro tipo de acuerdos específicos de colaboración que versan específicamente sobre este tema particular; es decir que el núcleo esencial de la colaboración que se va a prestar entre las partes recae sobre los intercambios de información y que aquello no es simplemente parte de un acuerdo con objeto principal diferente. En uno u otro caso, los criterios que a continuación se señalan deben ser tenidos en cuenta para determinar la amenaza o el daño que para la libre competencia pueden ocasionar estos.

Si la información se puede catalogar como verdaderamente pública, esa labor en principio será benéfica para el mercado en cuanto “después de todo, el modelo ideal de competencia perfecta tiene como premisa la información perfecta del mercado desde el lado de la demanda y de la oferta” (Decreto 2153 de 1992, art. 49).

Supuesto para evaluar el impacto de competitividad

La SIC recomienda que, para adelantar cualquier figura de colaboración entre competidores, se formule y responda —entre otros—, el siguiente interrogante: *¿el acuerdo va a generar o requerir intercambios de información entre competidores referida a precios, estructura de costos, cantidades, estrategias*

o políticas comerciales futuras, listados de clientes, entre otros que se puedan catalogar como “sensibles” para su empresa? Se considera como información sensible entre competidores la siguiente:

- » La que verse sobre precios, cantidades, calidades del bien producido, o estrategias de negocios futuras u otras variables competitivas. Lo anterior no implica que puedan generarse efectos procompetitivos, aumentos de eficiencia o reducción de costos, que no necesariamente representarían infracciones al régimen de libre y leal competencia. De igual manera, la información intercambiada serviría para comparar las prácticas de una empresa frente a las “buenas prácticas” comerciales de los competidores.
- » Asimismo, si la información intercambiada en virtud del acuerdo es dada a conocer a los consumidores, se podrían generar eficiencias desde el punto de vista de los costos de transacción de la demanda, que ayudarían a mejorar la capacidad de escogencia de estos en el mercado.
- » Además de transparencia en el mercado, el intercambio de información sensible les puede permitir a los participantes de un cártel monitorear si sus pares están cumpliendo con las restricciones acordadas.

¿Qué tipos de intercambio de información podrían tener efectos negativos para la libre y leal competencia?

- » Información sobre las políticas comerciales para su determinación de precios, listas de precios actuales o futuros, participaciones de mercado, estructura de costos, niveles de producción, políticas de descuentos, clientes, estrategias de mercadeo, entre otros, ponen en peligro la libre competencia en el mercado, pues tales intercambios tienden a limitar la libre competencia.
- » Este tipo de información es considerada comercialmente sensible, por cuanto el conocimiento de esta por parte de los participantes de un

mercado podría facilitar la posible realización de acuerdos de precios o conductas conscientemente paralelas entre competidores, así como incurrir en cualquier otra consagrada en la ley y que irían en detrimento de la competencia y, en consecuencia, en perjuicio de los consumidores.

- » Cuando se intercambie este tipo de información sensible, se debe prestar especial atención a sus características, puesto que no habrá objeción al intercambio de información que sea: (1) histórica, es decir que no pueda influir en las estrategias comerciales de los participantes; (2) anónima y agregada, es decir que no permita a quien la recibe identificar de quién proviene la información, y (3) pública, es decir, que los datos estén disponibles para miembros que no hayan participado en el intercambio, para personas que no sean miembros y para consumidores.
- » Por último, si la información intercambiada es verdaderamente pública, es poco probable que genere infracciones al régimen de protección de la competencia. La información que puede ser catalogada como verdaderamente pública es “aquella a la que por lo general todos los competidores y clientes tienen acceso fácilmente (en términos de costes de acceso)”.

¿Qué debe tener en cuenta una agremiación para no cometer prácticas anticompetitivas?

Según la SIC:

1. “No emitir recomendaciones en materia de precios, condiciones comerciales, calidades, cantidades comercializadas o mercados atendidos, ni inducir acuerdos entre miembros en estas materias.
2. No intercambiar listas de precios o información sobre las transacciones de los asociados o competidores no asociados.
3. No hablar sobre incrementos o reducciones en precios, ni de estabilizar, uniformar u ordenar precios, ni sobre márgenes de utilidades o pérdidas, ni remuneraciones ‘mínimas’.



4. No emitir recomendaciones en materia de cantidades producidas o comercializadas; ni intercambiar información sobre esta materia en términos desagregados.
5. No acordar ni hablar de áreas, clientes, zonas, regiones exclusivas o protegidas o términos similares.
6. No discutir ni propiciar discusiones sobre licitaciones públicas en las que puedan participar los agremiados, en los eventos en que estas discusiones faciliten la disminución de la competencia entre los agremiados, y no tengan por objeto el mejoramiento técnico del proceso de contratación pública.
7. No acordar posturas de los agremiados en licitaciones públicas ni privadas.
8. No acordar actos coordinados de obstrucción a determinado oferente de productos o servicios por cuestiones de precios, comisiones, tarifas o condiciones relacionadas.
9. No utilizar requisitos de asociación o membresía con el fin de excluir o discriminar a competidores.
10. No prohibirles a los agremiados tener trato con competidores no agremiados".

Bajo las anteriores premisas y restricciones, la SIC ha impuesto sanciones a algunas entidades gremiales y asociaciones, entre otras situaciones, por conductas que consideró prácticas comerciales restrictivas, prácticas anticompetitivas acordando precios bajo la modalidad de práctica conscientemente paralela, por realizar acuerdos para impedir u obstruir el ingreso de terceros a un determinado mercado (obstrucción de importaciones), por cartelización en la fijación de los precios de un producto, entre otras.

Uno de los aspectos que ha generado mayor controversia en las investigaciones por prácticas o conductas restrictivas del mercado es el relacionado con las multas, cuyos topes fueron fijados mediante la Ley 1340 del 2009, que dicta normas en materia de protección de la competencia y que se han considerado excesivas.¹

Esta somera mención de los antecedentes y el origen de los gremios en nuestro país, así como los propósitos que han inspirado su creación a lo largo de la historia, ponen de presente la importancia del trabajo colectivo y gremial, y la injerencia que puede tener su trabajo representativo de los intereses de sus asociados en la formulación de políticas públicas. El factor complejo sin duda está dado por la *competencia*, ya que al final se trata de un grupo de competidores y en ello la concertación y los consensos que se logran resultan mecanismos no solo legítimos, sino eficientes para proteger y defender intereses de una mayoría.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) obtuvo su personería jurídica en 1956: son setenta años velando y defendiendo los intereses de las instituciones de salud públicas, privadas, mixtas y domiciliarias, y de entidades de la industria que aportan y agregan valor al sector salud colombiano.

¹ La SIC, además de adoptar medidas para que cesen las conductas anticompetitivas, puede imponer multas a quienes infrinjan las disposiciones de prácticas restrictivas de la competencia, hasta por cien mil salarios mínimos legales mensuales (100.000 SMLMV) por cada infracción, y a las personas naturales que participan o facilitan la infracción de esas disposiciones, hasta dos mil salarios mínimos legales mensuales (2000 SMLMV).

Referencias

- Congreso de la República. (1995, 20 de diciembre). *Ley 222 de 1995. Por la cual se modifica el Libro II del Código de Comercio, se expide un nuevo régimen de procesos concursales y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 42.156.
- Congreso de la República. (2009, 24 de julio). *Ley 1340 de 2009. Por medio de la cual se dictan normas en materia de protección de la competencia*. Diario Oficial 47.420.
- Junguito, R. (2019). El papel de los gremios en la economía colombiana. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 1(82), 103-131.
- Palomar Aviles, R. (1986). Gremios y participación empresarial. *Revista EAN*, 1(1), 37-40. <https://journal.universidadean.edu.co/index.php/Revista/article/view/918>
- Presidencia de la República. (1992, 30 de diciembre). *Decreto 2153 de 1992. Por el cual se reestructura la Superintendencia de Industria y Comercio y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 40.704.
- Superintendencia de Industria y Comercio. (s. f.). *Cartilla sobre la aplicación de las normas de competencia frente a las asociaciones de empresas y asociaciones o colegios de profesionales*. SIC. https://centrocedec.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/06/cartilla_sobre_asociaciones_de_empresas_y_asociaciones_de_profesionales-2.pdf



Hacer más con menos: el imperativo que definirá a los líderes de la salud en Colombia



Por
Francisco Vélez

**Director general de
Siemens Healthineers para
Colombia, Ecuador y Perú**

Hay una conversación que se repite en las juntas directivas de los hospitales y clínicas del país, aunque cambie de forma: la demanda de servicios crece, los recursos no lo hacen al mismo ritmo, y la exigencia clínica —de pacientes, aseguradores y reguladores— es cada vez mayor. Es una paradoja estructural, no una crisis pasajera. Y quienes dirigen instituciones de salud lo saben mejor que nadie: ya no se trata de esperar más presupuesto, sino de extraer más valor de cada recurso disponible.

Las cifras globales confirman lo que la región vive a diario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta un déficit alrededor del mundo de 10 millones de trabajadores de la salud para el 2030 (WHO, 2022), con América Latina entre las regiones más presionadas. Cerca del 70 % de las decisiones clínicas depende de un resultado de laboratorio (Forsman, 1996) y, sin embargo, los tiempos de respuesta siguen siendo uno de los principales cuellos de botella asistenciales. Y hay costos que ni siquiera

aparecen en la conversación: solo la radiología puede representar el 7,5 % de la factura energética de un hospital (Heye *et al.*, 2020).

Frente a este panorama, la pregunta estratégica ya no es “si transformar la operación”, sino “dónde empezar”. Nuestra perspectiva, después de acompañar a instituciones de salud en más de 180 países, es que la respuesta está en tres frentes.

El primer frente es la productividad de los activos existentes. Durante décadas, crecer significó comprar: más equipos, más salas, más metros cuadrados. Hoy, la inteligencia artificial (IA) está reescribiendo esa ecuación. Un resonador magnético con reconstrucción de imagen por IA puede reducir los tiempos



de escaneo hasta en un 50 % (Siemens Healthineers, s. f.), lo que en la práctica equivale a duplicar la capacidad de atención con la misma infraestructura y el mismo equipo humano. Este principio también aplica al laboratorio, a la tomografía y a la radioterapia, donde la automatización de tareas que antes tomaban horas —como el contorno de órganos— ahora libera al talento especializado para lo que ninguna máquina puede hacer. La ventaja competitiva de la próxima década no estará en quién tiene más equipos, sino en quién les extrae más valor.

El segundo es el dato como activo estratégico. Las instituciones de salud generan volúmenes extraordinarios de información —imágenes, resultados, historias clínicas, indicadores operativos— que en su mayoría permanece fragmentada en sistemas que no se comunican entre sí. El costo de esa desconexión es doble: clínico, porque cada dato aislado es una decisión tomada con información incompleta; y financiero, porque la ineficiencia operativa se paga todos los días en el estado de resultados. Las instituciones que están integrando su información

en plataformas abiertas ya toman decisiones en tiempo real sobre productividad, dosis y utilización de equipos. Las demás se siguen decidiendo con el retrovisor.

El tercero es la sostenibilidad entendida como rentabilidad. Por años, lo ambiental se gestionó como un asunto de reputación. Esa época terminó. Tecnologías como la resonancia magnética sin helio eliminan simultáneamente una vulnerabilidad operativa, un costo recurrente y una huella ambiental. En este sentido, los laboratorios que reducen desperdicio, reducen gasto. En salud, la decisión verde y la decisión financiera están dejando de ser decisiones distintas.

Nada de esto es una visión de futuro. Son transformaciones que ya están ocurriendo en hospitales, clínicas y laboratorios de Colombia y de toda América Latina.

» La transformación no espera.
Y quienes la lideren no serán los que más inviertan, sino los que mejor conviertan cada recurso en salud. **«**

Y ese es, quizás, el mensaje más importante para quienes lideran el sector: *la brecha que se está abriendo no es entre quienes tienen acceso a la tecnología y quienes no, sino entre quienes ya la están convirtiendo en capacidad, eficiencia y mejores desenlaces clínicos y quienes todavía la evalúan.*

La salud tiene que hacer más con menos. La buena noticia es que ya sabemos cómo. En Siemens Healthineers lo vemos todos los días junto a los líderes que están reinventando la atención en salud en Colombia y en el mundo: instituciones que decidieron dejar de administrar la escasez para empezar a multiplicar sus recursos —especialidad por especialidad, decisión por decisión—. La transformación no espera. Y quienes la lideren no serán los que más inviertan, sino los que mejor conviertan cada recurso en salud.

Referencias

- Forsman, R. W. (1996). Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? *Clinical Chemistry*, 42(5), 813-816. <https://doi.org/10.1093/clinchem/42.5.813>
- Heye, T., Knoerl, R., Wehrle, T., Mangold, D., Cerminara, A., Loser, M., Plumeyer, M., Degen, M., Lüthy, R., Brodbeck, D. y Merkle, E. M. (2020). The energy consumption of radiology: Energy- and cost-saving opportunities for CT and MRI operation. *Radiology*, 295(3), 593-605. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020192084>
- Siemens Healthineers. (s. f.). *Deep Resolve: Deep learning image reconstruction*. <https://www.siemens-healthineers.com/magnetic-resonance-imaging/technologies-and-innovations/deep-resolve>
- World Health Organization. (2022, 2 de junio). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030—Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly*. WHO. <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health--workforce-2030>



Del dato a la decisión: cómo los hospitales inteligentes están redefiniendo la gestión en América Latina



Por
Andre Santana
**Vicepresidente de
Marketing and Growth
de Bionexo Tasy**

La transformación digital en salud ha entrado en una nueva etapa. Ya no se trata únicamente de digitalizar procesos o incorporar nuevas tecnologías, sino de construir ecosistemas capaces de convertir la información en decisiones más rápidas, precisas y estratégicas.

En este contexto, *Bionexo se transforma en Bionexo Tasy*, una nueva etapa que integra la experiencia de dos referentes del sector salud en América Latina: la solidez de Tasy como plataforma de gestión hospitalaria y el liderazgo de Bionexo en soluciones

digitales para la eficiencia de la cadena de suministro y la gestión en salud. Más que un cambio de marca, esta integración representa una visión compartida sobre el futuro de los hospitales: organizaciones más conectadas, inteligentes y orientadas a resultados.

Hoy los desafíos que enfrentan las instituciones de salud son cada vez más complejos. La presión por optimizar costos, mejorar la experiencia del paciente, garantizar la sostenibilidad financiera y responder a nuevas exigencias regulatorias obliga a los hospitales a tomar decisiones basadas en información confiable y disponible en tiempo real.

Sin embargo, muchas organizaciones todavía operan con datos fragmentados entre diferentes sistemas y áreas. Información clínica, financiera, logística y administrativa permanece aislada, dificultando una visión integral de la operación y limitando la capacidad de respuesta de los equipos de gestión.



La verdadera evolución comienza cuando estos datos dejan de existir de forma independiente y pasan a formar parte de un ecosistema integrado. En este escenario, un ERP hospitalario como Tasy deja de ser únicamente una herramienta transaccional para convertirse en el núcleo de una plataforma inteligente. Al integrar los procesos asistenciales, administrativos y financieros con soluciones especializadas para abastecimiento, gestión de proveedores, automatización y análisis de datos, el hospital obtiene una visión unificada de toda su operación.

Esta integración permite que la información fluya entre las distintas áreas de la organización, generando indicadores en tiempo real que respaldan decisiones más ágiles y mejor fundamentadas. Desde la gestión de camas y la programación quirúrgica hasta el abastecimiento de insumos, el control financiero y la planificación estratégica, cada decisión puede sustentarse en datos consistentes y actualizados.

Este cambio de paradigma también redefine el papel de la tecnología. Durante muchos años, la innovación se midió por la cantidad de funcionalidades incorporadas a un sistema. En la actualidad, el verdadero diferencial está en la capacidad de conectar procesos, eliminar silos de información y generar inteligencia para toda la organización.

» En este escenario, un ERP hospitalario como Tasy deja de ser únicamente una herramienta transaccional para convertirse en el núcleo de una plataforma inteligente. «

Los hospitales más avanzados de la región comparten características comunes: cuentan con procesos integrados, automatizan tareas de bajo valor agregado, utilizan indicadores para anticipar riesgos y fomentan una cultura de gestión basada en evidencia. En este modelo la tecnología deja de ser un soporte operativo para convertirse en un habilitador estratégico del negocio.

La inteligencia artificial acelera aún más esta evolución. Aplicada sobre una base sólida de datos integrados, permite identificar patrones, anticipar demandas, optimizar recursos y ofrecer recomendaciones que apoyan la toma de decisiones clínicas y administrativas. Su valor no reside en reemplazar a las personas, sino en potenciar la capacidad de los equipos para actuar con mayor rapidez y precisión.

En América Latina este cambio representa una oportunidad especialmente relevante. La región enfrenta el desafío de ampliar el

acceso a la atención, mejorar la eficiencia de los recursos disponibles y fortalecer la sostenibilidad de los sistemas de salud. Para lograrlo, la digitalización ya no es suficiente: es necesario evolucionar hacia modelos de gestión inteligentes, conectados y orientados por datos.

La integración entre Bionexo y Tasy refleja precisamente esta visión. Más que ofrecer soluciones independientes, el objetivo es construir un ecosistema tecnológico capaz de acompañar a las instituciones de salud en todas las dimensiones de su operación, conectando personas, procesos e información para transformar datos en mejores decisiones.

Porque el hospital inteligente no es aquel que simplemente incorpora más tecnología, sino aquel que logra convertir la información en conocimiento, el conocimiento en acción y la acción en mejores resultados para pacientes, profesionales y gestores. 



Reforma al sistema de trasplantes que busca aumentar donantes de órganos asignó mayores responsabilidades a las IPS

El proyecto de ley que establece una reforma integral al sistema nacional de donación y trasplante de órganos en Colombia con el objetivo de aumentar el número de donantes de órganos para salvar más vidas, aumentó las responsabilidades y exigencias que deberán cumplir las instituciones hospitalarias que participan en procesos de trasplantes.

El Congreso de la República aprobó en junio pasado en último debate el Proyecto de Ley 428 del 2025 Cámara-155 del 2024 Senado, el cual busca modernizar la estructura nacional de donación y trasplante de órganos, tejidos y células mediante la actualización de la normativa vigente, ampliar los criterios para identificar donantes y crear herramientas para aumentar las oportunidades de trasplante. Al cierre de esta edición solo estaba pendiente de sanción presidencial para ser ley.

Según los impulsores del proyecto, aumentar la disponibilidad de órganos es una prioridad sanitaria, especialmente si se considera que un solo donante puede beneficiar hasta 55 personas mediante la donación de órganos, tejidos y otros componentes biológicos.

Los puntos clave de la reforma a la donación y trasplante de órganos son:

- » *Donación por parada cardiaca:* Se autoriza la extracción de órganos tras la muerte por parada circulatoria irreversible como nuevo criterio válido para la donación, ampliando el criterio más allá de la muerte cerebral. Este ajuste acerca la norma colombiana a estándares internacionales y amplía significativamente el universo de posibles donantes.
- » *Registro en la cédula:* Se establecen mecanismos para registrar la voluntad de ser donante directamente en la cédula de ciudadanía.
- » *Nuevos pacientes:* Se crea el Registro Nacional de Donantes Incompatibles y Pacientes Altamente Sensibilizados para facilitar trasplantes complejos. La herramienta busca ampliar las posibilidades de trasplante para personas con condiciones inmunológicas complejas o para quienes resulta especialmente difícil encontrar compatibilidad con un donante. El registro será administrado por el Instituto Nacional de Salud (INS) y permitirá desarrollar mecanismos como los intercambios pareados y los trasplantes dominó para aumentar las probabilidades de éxito.

Aumento de las exigencias hospitalarias para trasplantes

En la nueva norma, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) deberán asumir mayores



responsabilidades y estándares tecnológicos para la detección y la preservación de órganos y para la realización del trasplante mismo.

Las IPS deberán contar con los recursos humanos, tecnológicos, formativos, éticos y técnicos idóneos para detectar en tiempo real y oportunamente a los posibles donantes de acuerdo con los criterios y competencias que establezca el INS, y para garantizar el adecuado mantenimiento de los órganos hasta su rescate. Las IPS de mediana y alta complejidad deberán disponer de personal especializado, incluyendo coordinadores operativos, así como de capacidades para diagnosticar la muerte y preservar al donante.

En cuanto a las IPS de baja complejidad de Nivel II con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y las IPS de mediana y alta complejidad, estas deberán contar con los recursos humanos, en especial médicos coordinadores operativos para el caso de órganos, profesionales en salud mental que expliquen el estado irreversible de salud y los beneficios de la donación, y para los donantes de tejidos en protocolo de parada cardíaca se permitirá conformar equipos de gestión operativa de la donación integrados por profesionales de la IPS o por profesionales de los bancos de tejidos.



Estos recursos serán un requisito de habilitación.

Se establecerá el modelo de gestión operativa de donación intrahospitalaria mediante unidades de gestión operativa de la donación para IPS de mediana y alta complejidad, y extrahospitalario para las de baja complejidad, IPS o bancos de tejidos que lo requieran. Cada unidad de gestión operativa intrahospitalaria atenderá de forma presencial e ininterrumpida todos los procesos de donación de su institución para muerte encefálica y para parada cardiorrespiratoria. La unidad estará conformada por un médico coordinador de donación y trasplantes certificado por el INS, y otros profesionales del área de salud con certificado de formación en gestión de la donación.

» *Perfusión dinámica de órganos, tejidos y células:* Las IPS que realizan trasplantes podrán adquirir y utilizar máquinas de

perfusión dinámica *in situ* y *ex situ* para donantes y para órganos. Se podrán implementar Centros de Perfusión Dinámica de iniciativa privada o pública, y podrán crearse en hospitales trasplantadores. Estos centros y los criterios de asignación y distribución de los órganos allí perfundidos serán reglamentados por el INS.

Los cargos presupuestales asociados a la perfusión, la logística y el transporte de dichos órganos serán asumidos por el sistema de salud con cargo a la UPC. Los procedimientos específicos serán determinados por la Dirección de Beneficios Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social.

» *Implementación de unidades de cuidados intensivos orientadas a la donación (CIOD):* Las IPS de nivel III y IV de complejidad que tengan UCI



» **Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos** si existe consentimiento informado de sus representantes legales tras el fallecimiento. Y se mantiene el principio de acto libre y voluntario «

y autorización para actividades de donación y trasplante, deben incorporar progresivamente unidades CIOD como parte del modelo asistencial. Estas buscan garantizar un proceso digno, ético y adecuado de acompañamiento al final de la vida a pacientes con daño neurológico catastrófico, enfermedades crónicas avanzadas o condiciones clínicas con indicación de limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico (LTSV/ATSC), en quienes exista posibilidad de donación de órganos o tejidos.

» *Tecnologías para procesos de preservación, evaluación, modificación y reparación de órganos, tejidos y células para trasplante:* Para mejorar los resultados clínicos, aumentar la disponibilidad de órganos, tejidos y células aptos para trasplante y promover el acceso equitativo de los pacientes, las IPS podrán implementar procesos tecnológicos orientados a la preservación, el transporte, la evaluación,

el tratamiento, la reparación, el reacondicionamiento o la modificación de órganos, tejidos y células para trasplante. Pueden considerarse tecnologías como la perfusión ex vivo, terapias celulares, biomateriales e ingeniería tisular. Las IPS deberán tener equipos tecnológicos como el perfusor dinámico (conserva y evalúa órganos en traslados) y el ECMO (oxigenación extracorpórea), para conservar, oxigenar y evaluar órganos y mantener su viabilidad en el traslado y el trasplante.

Otras disposiciones

El Ministerio de Salud y Protección Social y el INS tendrán un papel central en la coordinación del sistema, y se integrará la plataforma de datos de Sispro para facilitar la identificación de compatibilidades.

Se explorará el uso de inteligencia artificial para facilitar el intercambio de información entre instituciones, por ejemplo, entre hospitales y entidades promotoras de

salud (EPS). Podrá utilizarse para interoperabilidad, trazabilidad y análisis de datos, pero no podrá intervenir en identificación de donantes, asignación de órganos, administración de listas de espera ni determinación de la muerte.

Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos si existe consentimiento informado de sus representantes legales tras el fallecimiento. Y se mantiene el principio de acto libre y voluntario como eje del sistema, garantizando que la donación no sea obligatoria.

Esta reforma al sistema de trasplantes busca responder al desafío de aumentar sustancialmente la tasa de donación de órganos en Colombia, que oscila entre 6,4 y 7,4 donantes por millón de habitantes, inferior a la de varios países latinoamericanos: Uruguay registra 22,86 donantes por millón de habitantes, Argentina 19,6, Brasil 18 y Chile 10,4.

Según el INS, en enero del 2026 Colombia tenía una lista de espera de 4143 pacientes para trasplante, de los cuales 3842 esperan un riñón, representando un 92,7 % del total de los pacientes. En hígado hay 170 personas en espera, en pulmones 46, en corazón 31 y 33 personas esperan trasplante combinado de riñón-páncreas. ■



AGRADECE EL APOYO DE SUS MIEMBROS PATROCINADORES:

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

BIOART
TECNOLOGÍA PARA LA VIDA

bionexo


EXPERTOS
SEGURIDAD

Johnson & Johnson
MedTech


OSIGU

PHILIPS

SIEMENS
Healthineers

stryker



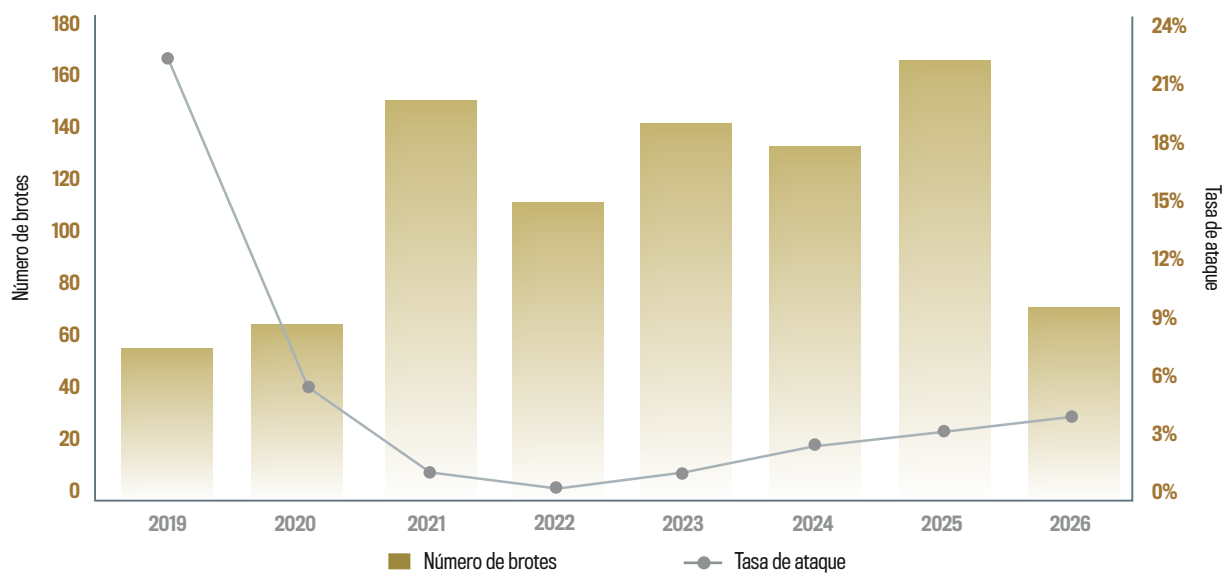
Tendencia en notificación de brotes de infecciones asociadas a atención en salud en el periodo 2019-2026

De acuerdo con un estudio del Instituto Nacional de Salud (INS) (Peña Fontalvo, 2026), en Colombia entre el 2019 y mayo del 2026 se notificaron 940 brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Durante el 2025 se reportaron 172 brotes y en el 2026,

con corte a mayo, se han registrado 76 brotes. Al comparar esta cifra con la línea histórica nacional de los últimos cuatro años, se observa una variación porcentual del 92,0 %, lo cual indica una tendencia ascendente en la notificación de brotes (figura 1).

Figura 1.

Notificación de brotes de IAAS por año y tasa de ataque, Colombia, 2019-mayo del 2026p



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Infectados	14	384	885	424	558	614	666	223
Expuestos	59	9.512	97.946	132.191	53.103	25.528	22.061	5.985
Tasa de ataque (%)	23.73%	4.04%	0.9%	0.32%	1.05%	2.41%	3.02%	3.73

Nota: p: datos preliminares; IAAS: infecciones asociadas a la atención en salud.

Fuente: base de datos brotes de IAAS, INS, Colombia, 2019-2026 preliminar.



Las IAAS constituyen uno de los eventos adversos más frecuentes y prevenibles en el ámbito hospitalario. En el mundo, la vigilancia epidemiológica evidencia una alta carga de IAAS relacionadas con el uso de dispositivos médicos invasivos (Murray *et al.*, 2022). Entre los brotes intrahospitalarios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Murray *et al.* destacan el papel predominante del grupo de patógenos ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter* spp.), y la diseminación emergente de cepas multirresistentes de hongos, particularmente *Candida auris* (Murray *et al.*, 2022).

El Consorcio Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales (INICC) confirma que las unidades de cuidados intensivos (UCI) de América Latina constituyen el principal epicentro de estos eventos. En la región, los brotes epidemiológicos recientes están marcados por la circulación endémica de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC). Se destacan brotes de difícil contención causados por *Klebsiella pneumoniae*, productora de KPC y NDM, y por *Acinetobacter baumannii* con perfil de resistencia extrema (XDR), microorganismos que se propagan aprovechando las fallas en la higiene de manos y en el manejo de superficies inanimadas (OPS, 2022).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que, a pesar del fortalecimiento progresivo de los programas de prevención y control de infecciones (PCI), la incidencia de IAAS en América Latina supera significativamente la reportada en países de ingresos altos. Esta brecha obedece a vulnerabilidades estructurales en la infraestructura hospitalaria, déficit de personal de enfermería especializado, acceso limitado a tecnologías de biología molecular para el diagnóstico y debilidades en los procesos de esterilización y desinfección (Rosenthal *et al.*, 2021).

De acuerdo con el protocolo nacional del evento, un brote de IAAS se define cuando se presenta un

» En la distribución por ente territorial se observó un incremento sostenido en el reporte de brotes, especialmente en la pospandemia, atribuible a mejoras en capacidad de detección y notificación del evento. «

aumento inusual de infecciones sobre lo esperado, verificado mediante las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona; la aparición de un microorganismo no identificado previamente en la institución, o cambios en el perfil de resistencia antimicrobiana de agentes ya circulantes (INS, 2024).

Mayor concentración de brotes de IAAS en Antioquia, Bogotá y Cali

En la distribución por ente territorial se observó un incremento sostenido en el reporte de brotes, especialmente en la pospandemia, atribuible a mejoras en capacidad de detección y notificación del evento. Persisten entidades territoriales con silencio epidemiológico histórico: Amazonas, Guaviare, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Vichada.

Con corte a mayo del 2026, se notificaron brotes de IAAS en 22 entidades territoriales. La mayor concentración de eventos se registró en Antioquia, con el 21,1 % (16/76) de los brotes, seguida de Bogotá y Cali, cada una con el 10,5 % (8/76), y Cartagena de Indias y Norte de Santander, con el 5,3 % (4/76), respectivamente.

Las bacteriemias continúan siendo el tipo de infección más frecuente en los casos asociados a brotes de IAAS, con el 38,3 % (85/222) del total de casos notificados en el ámbito nacional; le siguen las infecciones gastrointestinales con el 25,7 % (57/222), y las infecciones de piel y tejidos blandos con el 11,3 % (25/222).



Los casos asociados a brotes de IAAS se concentran principalmente en los servicios de hospitalización general, con el 27,4 % (60/219); unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos con el 19,2 % (42/219) y cirugía con

el 12,8 % (28/219), lo cual confirma que los entornos de atención hospitalaria y cuidado crítico continúan siendo los escenarios de mayor exposición y prioridad para las acciones de vigilancia, prevención y control (tabla 1).

Tabla 1.

Distribución por servicio afectado de los casos asociados a brotes de IAAS, Colombia, 2022-mayo del 2026p

Tipo de servicio	2022		2023		2024		2025		2026	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Hospitalización	114	24,2	179	32,1	174	28,2	134	20,4	60	27,4
UCI adultos	128	27,2	166	29,7	118	19,1	146	22,2	42	19,2
Cirugía	26	5,5	39	7,0	43	7,0	89	13,5	28	12,8
Urgencias	14	3,0	53	9,5	12	1,9	19	2,9	15	6,8
UCI neonatal	105	22,3	53	9,5	117	18,9	129	19,6	15	6,8
Salud mental	0	0,0	4	0,7	38	6,1	38	5,8	14	6,4
UCI intermedia	36	7,6	10	1,8	7	1,1	10	1,5	13	5,9
UCI pediátrica	15	3,2	23	4,1	29	4,7	29	4,4		4,1
Consulta externa	3	0,6		0,5	7	1,1	3	0,5	7	3,2
Hematología		0,0		0,5	20	3,2	15	2,3		2,7
Unidad de recién nacidos	0	0,0		0,0	35	5,7	20	3,0	5	2,3
Trasplantes	7	1,5		1,4	8	1,3	1	0,2	4	1,8
Oncología	5	1,1		1,4	5	0,8		0,0	1	0,5
UCI COVID	8	1,7		0,0	0	0,0	0	0,0		0,0
UCI quemados	0	0,0	7	1,3	0	0,0		0,2		0,0
Unidad renal	6	1,3	2	0,4	5	0,8		0,0		0,0
Neurociencias	4	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0,0
Administrativo-talento humano	0	0,0		0,0		0,0	24	3,6		0,0
Total	471	100	558	100	618	100	658	100	219	100

Nota: p: datos preliminares; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2022- 2026 preliminar.

Por curso de vida, los casos se concentraron en la población adulta mayor: las personas de 60 años o más representaron el 34,6 % (71 casos), seguidas por el grupo de 29 a 59 años con el 30,7 % (63 casos). Los menores de un año aportaron el 17,1 % (35 casos) del total, lo que evidencia una mayor vulnerabilidad en los extremos de la vida. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias del programa de control de infecciones en la atención de pacientes geriátricos y neonatales, grupos con mayor riesgo de complicaciones y eventos adversos.

Brotes de IAAS por microorganismos según criterio de primera vez

Entre los brotes notificados por primera vez en el 2026, con corte a mayo, se identificaron 24 brotes asociados a 13 microorganismos diferentes. *Candida auris* emergió como el principal agente, con 10 brotes (41,7 %),

constituyéndose en la cepa fúngica emergente de mayor relevancia en el periodo. Los demás microorganismos presentaron frecuencia individual del 4,2 %, lo cual refleja amplia diversidad etiológica. Los reportes abarcaron Bogotá, Antioquia, Boyacá, Huila, Cali, Cartagena, Cundinamarca y Norte de Santander, entre otras zonas, evidencia de la circulación de agentes emergentes en varias regiones del país.

Brotes de IAAS por microorganismos según criterio de aumento inusual

En el 2026, con corte a mayo, se identificaron 35 brotes asociados a 15 microorganismos, evidenciando una amplia diversidad etiológica. *Candida auris* fue el principal agente causal con 8 brotes (22,9 %), consolidándose como la cepa fúngica emergente de mayor relevancia epidemiológica. Le siguió herpes zóster con 6 brotes (17,1 %), hallazgo que destaca la importancia



de la vigilancia de agentes virales en entornos hospitalarios, y *Clostridioides difficile*, *Klebsiella pneumoniae* y *Serratia marcescens* aportaron tres brotes cada uno (8,6 %), mientras que los ocho microorganismos restantes presentaron frecuencias individuales (2,9 %).

Brotes de IAAS por microorganismos según criterio de cambio de perfil de resistencia

Por cambio en el perfil de resistencia antimicrobiana se notificaron 16 brotes, con predominio de *Klebsiella pneumoniae* productora de KPC (43,8 %; 7 brotes). Se identificaron mecanismos de resistencia de alta relevancia epidemiológica: KPC-NDM, OXA-48, resistencia a vancomicina en *Enterococcus faecium*, resistencia a carbapenémicos en

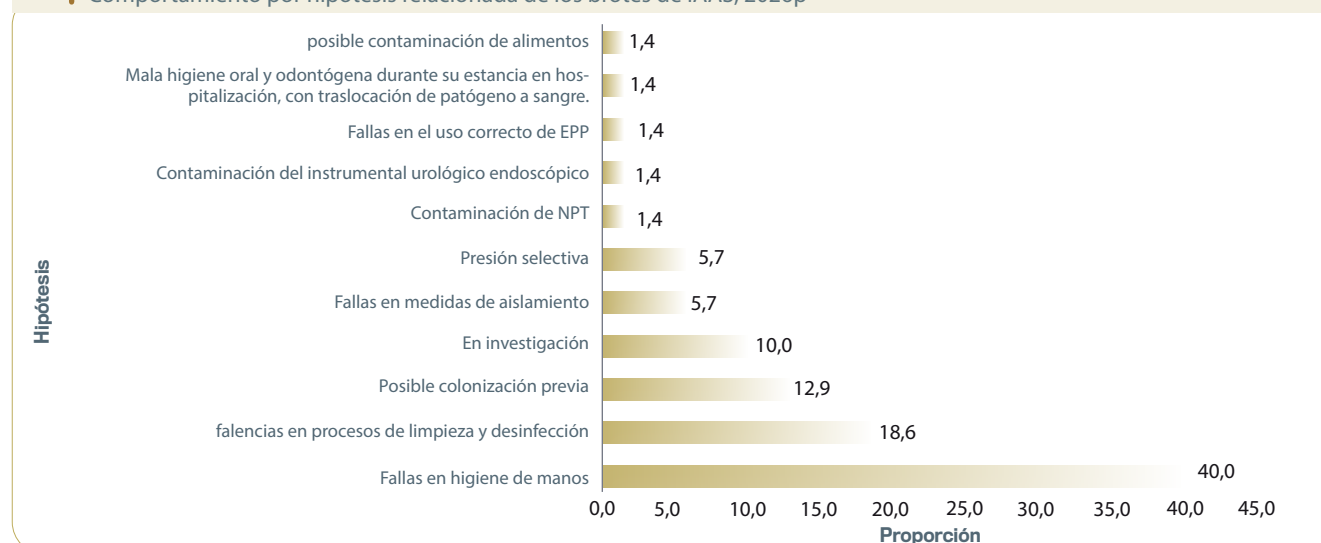
Acinetobacter baumannii y MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina). Estos hallazgos reflejan la persistencia y la diseminación activa de microorganismos multirresistentes en las instituciones de salud, y refuerzan la urgencia de fortalecer la vigilancia microbiológica y programas de optimización del uso de antimicrobianos.

Hipótesis relacionadas con brotes de IAAS

Las fallas en la higiene de manos constituyeron la principal hipótesis asociada a la ocurrencia de brotes, con el 40,0 % (28/76) de la notificación, seguidas por las fallencias en los procesos de limpieza con el 18,6 % (13/76) y la posible colonización previa de pacientes con el 12,9 % (9/76) (figura 2).

Figura 2.

Comportamiento por hipótesis relacionada de los brotes de IAAS, 2026p



Nota: EPP: elementos de protección personal; NPT: nutrición parenteral; p: datos preliminares. **Fuente:** base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2026 preliminar.

Estos hallazgos reafirman que las principales hipótesis asociadas a los brotes de IAAS corresponden a factores potencialmente prevenibles, siendo la adherencia

a la higiene de manos y la correcta desinfección de superficies y equipos las intervenciones de mayor impacto para reducir su ocurrencia.

Referencias

- Instituto Nacional de Salud (2024). *Fichas y protocolos*. INS. https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_IAAS%202024.pdf 2024.pdf
- International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2013-2018, adult and pediatric units, device-associated module. *American Journal of Infection Control*, 49(10), 1267-1274. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.04.077>
- Murray, C., Ikuta, K., Sharara, F. et al. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*, 399(10325), 629-655. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)
- Rosenthal, V. D., Duszynska, W., Ider, B.-E., Gurskis, V., Al-Ruzzieh, M. A., Myatra, S. N., Gupta, D., et al. (2021).
- Peña Fontalvo, H. de C. (2026). Comportamiento epidemiológico de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, 2019 a mayo de 2026. *Boletín Epidemiológico Semanal (BES)* (Semana Epidemiológica 23, 07 al 13 de junio de 2026). Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/2026-boletin-epidemiologico-semana-23.pdf>

Aumento de la participación de la población con discapacidad en el mercado laboral entre febrero y abril del 2026

Durante el trimestre móvil febrero-abril 2026, la tasa global de participación (TGP) de la población con discapacidad fue del 22,5 %; en comparación con la TGP de la población sin discapacidad del 67,2 %, significa una diferencia negativa de 44,7 puntos porcentuales (p.p.) entre ambas poblaciones.

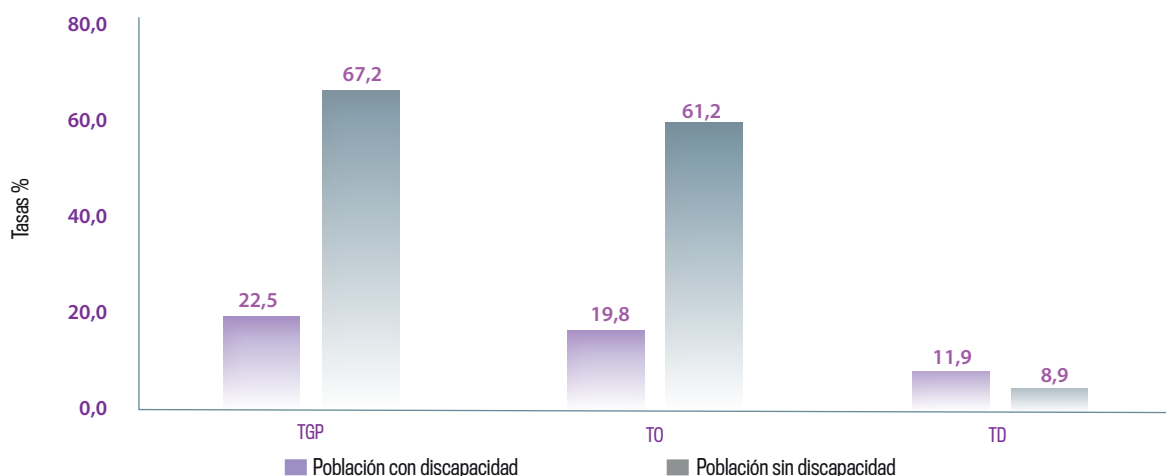
Estas cifras representan un leve aumento anual del 1,7 % frente al trimestre móvil febrero-abril 2025, cuando la TGP de la población con discapacidad fue del 20,8 %, en comparación con la TGP de la población

sin discapacidad del 66,8 %, con una diferencia negativa de 46,0 p.p.

En cuanto a la tasa de ocupación (TO), se evidencia una diferencia negativa de 41,4 p.p. entre la población con discapacidad y sin discapacidad en el 2026: para la primera, esta tasa fue del 19,8 % y para la segunda del 61,2 %. Entre febrero y abril del 2025, la TO mostró una diferencia negativa de 41,7 p.p. entre ambas poblaciones: para la población con discapacidad esta tasa fue del 18,7 % y para la población sin discapacidad del 60,4 % (figura 1).

Figura 1.

Tasa global de participación (TGP), tasa de ocupación (TO) y tasa de desocupación (TD) de la población con discapacidad y sin discapacidad Total nacional trimestre móvil febrero-abril 2026



Nota: datos expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018. Cifras aproximadas a un decimal.

Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).



Además, al observar la tasa de desocupación (TD) se evidencia que existe una diferencia de 3,0 p.p. dada por una tasa del 11,9 % para la población con discapacidad y del 8,9 % para las personas sin discapacidad.

Por su parte, entre febrero y abril del 2025 la TD mostraba una diferencia de 0,5 p.p. ocasionada por una tasa del 10,1 % para la población con discapacidad y del 9,6 % para la población sin discapacidad (tabla 1).

Tabla 1.

Tasa global de participación (TGP), tasa de ocupación (TO) y tasa de desocupación (TD) de la población con discapacidad y sin discapacidad Total nacional trimestre móvil febrero-abril 2026

Tasas	Total nacional		
	Población con discapacidad	Población sin discapacidad	Diferencia p.p.
TGP	22,5	67,2	-44,7
TO	19,8	61,2	-41,4
TD	11,9	8,9	3,0

Nota: p.p.: puntos porcentuales. Datos expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018. Por aproximación de decimales las diferencias pueden diferir ligeramente.

Fuente: DANE, GEIH.

De acuerdo con el boletín técnico del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), para el trimestre móvil febrero-abril 2026 las ramas de actividad

donde más se concentró la población ocupada con discapacidad fueron comercio y reparación de vehículos (22,7 %), seguida de agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (17,4 %) (tabla 2).

Tabla 2.

Participación de la población ocupada con y sin discapacidad según ramas de actividad Total nacional trimestre móvil febrero-abril 2026

Ramas de actividad	Población con discapacidad		Población sin discapacidad	
	Total	Distribución (%)	Total	Distribución (%)
Población ocupada	429	100	23.812	100
Comercio y reparación de vehículos	97	22,7	4.044	17,0
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	75	17,4	3.141	13,2
Actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios	42	9,7	2.007	8,4
Industria Manufacturera	41	9,6	2.542	10,7
Alojamiento y servicios de comida	39	9,1	1.763	7,4
Construcción	30	7,1	1.670	7,0
Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana	28	6,6	3.119	13,1
Otras ramas^	26	6,1	1.860	7,8
Actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos	26	6,0	1.889	7,9
Transporte y almacenamiento	25	5,8	1.779	7,5

Nota: datos expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018. "Otras ramas^" está conformada por Suministro de electricidad, gas, agua y gestión de desechos; Explotación de minas y canteras; Información y comunicaciones; Actividades financieras y de seguros, y Actividades inmobiliarias. Por aproximación de decimales y la no inclusión de la categoría "No informa", la suma de las poblaciones y distribuciones puede diferir del total.

Fuente: DANE, GEIH.



“Trabajador por cuenta propia” y “Obrero, empleado particular” fueron las posiciones ocupacionales que presentaron mayor participación de la población

ocupada con discapacidad en el trimestre móvil febrero-abril 2026, con el 58,8 % y el 26,3 %, respectivamente.

Tabla 3.

Participación de la población ocupada con y sin discapacidad según posición ocupacional
Total nacional trimestre móvil febrero-abril 2026

Posición ocupacional	Población con discapacidad		Población sin discapacidad	
	Total	Distribución (%)	Total	Distribución (%)
Población ocupada	429	100	23.812	100
Trabajador por cuenta propia	252	58,8	9.816	41,2
Obrero, empleado particular	113	26,3	10.543	44,3
Trabajador familiar sin remuneración	17	4,1	428	1,8
Empleado doméstico	15	3,5	729	3,1
Jornalero o peón	14	3,2	750	3,1
Patrón o empleador	11	2,6	651	2,7
Obrero, empleado del gobierno	7	1,6	887	3,7

Nota: datos expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018. Por aproximación de decimales y la no inclusión de la categoría “Otro”, la suma de las poblaciones y las distribuciones pueden diferir del total. Datos ordenados de mayor a menor según la distribución porcentual de la población con discapacidad. Las posiciones ocupacionales se definen a partir de la Clasificación Internacional de la Situación en el Empleo CISE-93.

Fuente: DANE, GEIH.

Desde el 26 de junio del 2026, las empresas con hasta 500 trabajadores deben contratar dos personas con discapacidad por cada 100 empleados permanentes; en organizaciones con más de 500 empleados, se suma un trabajador adicional por cada nuevo grupo de 100 trabajadores. Esta medida de la Ley 2466 del 2025 (Reforma Laboral) convierte la inclusión en un tema regulatorio y operativo, y no solo como una iniciativa de responsabilidad social.

El objetivo es ampliar las oportunidades laborales para esta población que históricamente ha enfrentado dificultades de acceso al empleo formal. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2025 del DANE, la diferencia entre la TO de las personas con

discapacidad y la del resto de la población fluctúa por encima de los 40 p.p. Y según las cifras de febrero-abril del 2026, apenas el 19,8 % de las personas con discapacidad tienen empleo en Colombia frente al 61,2 % de la población sin discapacidad. Asimismo, más de la mitad de las personas con discapacidad que participan en el mercado laboral trabajan por cuenta propia (58,8 %), el 26,3 % se desempeña como empleado particular y apenas el 1,6 % trabaja como empleado del Gobierno.

El Consejo Colombiano de Seguridad (CCS) considera que la nueva obligación puede convertirse en una oportunidad para avanzar en materia de inclusión y formalización laboral de esta población.

Referencia

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s. f.). *Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) – Históricas*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos>

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

** Importante

* Informativa



1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

*** Resolución 1109 (11 de junio)

Modelo de atención en salud para la población a cargo del INPEC.

La presente resolución tiene por objeto adoptar el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), así como para los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, conforme al documento técnico, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

El modelo está conformado por los siguientes componentes: (1) Prestación de servicios de salud, (2) Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad (RIIPPL), (3) Condiciones de calidad, (4) Sistema de referencia y contrarreferencia, (5) Salud pública y (6) Seguimiento y evaluación del modelo de atención en salud. Así, la RIIPPL constituye el conjunto articulado y coordinado de las Unidades de Atención Primaria en Salud (UAP) y de los prestadores de servicios de salud, que operan conforme a las disposiciones legales vigentes, organizada para garantizar el acceso efectivo de la población privada de la libertad y de los menores de edad que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, a los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de manera continua e integral, en condiciones de calidad.

*** Resolución 1075 (5 de junio)

Inscripción especial y habilitación de los servicios de salud del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

Con esta resolución se establece el procedimiento de inscripción especial del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil para la habilitación de servicios de salud del grupo de consulta externa y del grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja y mediana complejidad, así como servicios sin complejidad, y definir las condiciones, requisitos y trámites necesarios para su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 3.4 del artículo 3 de la presente resolución y en atención a su naturaleza jurídica especial, el Hospital Universitario San Juan de Dios y el Materno Infantil no estarán sujetos a visita



de verificación previa para efectos de su inscripción y habilitación en el REPS.

****Resolución 1058 (5 de junio)**

Política Nacional de Calidad en Salud 2026-2035 "Calidad en salud, cuidado integral para una vida saludable".

La resolución adopta e implementa la Política Nacional de Calidad en Salud 2026-2035 "Calidad en salud, cuidado integral para una vida saludable", estableciendo el marco nacional para el fortalecimiento de la calidad de la atención en salud durante los próximos diez años, la cual se desarrolla en el Anexo Técnico que hace parte integral del presente acto administrativo, y que será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) tiene como propósito mejorar la calidad de la atención y del cuidado integral de las personas, familias y comunidades, garantizando una atención segura, efectiva, oportuna, continua, humanizada y centrada en las necesidades de la población. La PNCS se articulará con el Sistema Nacional de Calidad del país, representado por el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología, acorde con el CONPES 3446 del 2006 o el que lo adicione, modifique o sustituya, con el fin de desarrollar las estrategias contempladas en este documento para crear ventajas significativas que redunden en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y la protección de la vida de los usuarios.

****Resolución 1020 (29 de mayo)**

Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel territorial para la vigencia 2026.

Con la presente resolución se realiza la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel territorial para la vigencia 2026, una vez aplicada la metodología prevista en la Resolución

2509 del 2012, modificada por la Resolución 2249 del 2018, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

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

*****Circular 19 (29 de mayo)**

Medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a través del resumen digital de atención.

Mediante la presente circular se imparten instrucciones frente al registro interoperable de la prescripción, el direccionamiento, la dispensación y el suministro de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a través del resumen digital de atención (RDA).

De esta manera, el registro interoperable de la prescripción de medicamentos financiados con recursos de la UPC se realizará mediante los RDA, como instrumento de la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE), de conformidad con lo dispuesto en las resoluciones 866 del 2021 y 1888 del 2025. Así, queda sin efecto lo dispuesto en la Circular 44 del 2025, mediante la cual se impartieron instrucciones para el reporte a través de MIPRES de los medicamentos financiados con recursos de la UPC prescritos en el ámbito ambulatorio, cuya implementación obligatoria se encontraba prevista para el 1.º de junio del 2026.

****Resolución 995 (25 de mayo)**

Implementa el Programa Nacional de Equipos Médicos de Emergencia EME o EMT.

A través la presente resolución se establecen los elementos base para "la implementación del Programa

Nacional de Equipos Médicos de Emergencia", desarrollados en el documento técnico que será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para fortalecer la respuesta en salud ante crisis, emergencias y desastres. El Ministerio de Salud y Protección Social será responsable del procedimiento administrativo de verificación para el registro y la clasificación de los Equipos Médicos de Emergencia. Una vez cumplidos los requisitos, el ministerio expedirá el respectivo certificado.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que cuenten con Equipos Médicos de Emergencia certificados, deberán realizar la autoevaluación y el registro de novedades de conformidad con lo establecido en los artículos 5 y 12 de la Resolución 3100 del 2019, modificada por las resoluciones 544 del 2023 y 465 del 2025, referente a los servicios de salud ofertados de acuerdo con el tipo de Equipos Médicos de Emergencia. En caso de que surjan nuevos estándares o condiciones para la adecuación y actualización de los Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT) o se quiera modificar la tipología del equipo certificado, estos deberán ser previamente adoptados por el interesado, y su verificación se realizará dentro de los seis meses siguientes a la actualización, previa solicitud formal al Ministerio de Salud y Protección Social.

***Resolución 948 (14 de mayo)

Reglamentar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV).

La presente resolución reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud y adopta los documentos técnicos que se relacionan a continuación, los cuales serán publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: (1) Documento técnico 1: *Especificaciones técnicas de los campos de datos y las reglas de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud,*

y (2) documento técnico 2: Campos de datos del sector salud adicionales a la generación de la FEV.

El Ministerio de Salud y Protección Social, por medio del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), permitirá el registro o la actualización de datos de los facturadores electrónicos del sector salud (IPS) y de las entidades obligadas a reportar el RIPS sin factura, como prerrequisito para el uso del mecanismo único de validación del RIPS. Estas entidades deberán realizar la inscripción o la actualización, obteniendo su usuario y contraseña. Estos datos permitirán la autenticación al sistema de información de validación del RIPS.

La aplicación de la presente resolución se realizará de manera gradual, de tal forma que a partir del 1.º de junio del 2026 entrarán en vigor las reglas de validación que se pasan de notificación a rechazo y a partir del 1.º de julio del 2026 serán exigibles los ajustes de versión de software de carácter estructural. Así mismo, deroga las resoluciones 2275 del 2023, 558 y 1884 del 2024.

**Circular 17 (11 de mayo)

Suministro de medicamentos en el aseguramiento para la protección del derecho a la salud.

Con esta circular se establecen directrices relacionadas con el cumplimiento de las normas que informan el suministro de medicamentos en el sistema de aseguramiento, en el que participan las entidades promotoras de salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado, sin intervención o con medidas de intervención forzosa administrativa para administrar de la Superintendencia Nacional de Salud, los prestadores de servicios de salud públicos y privados y proveedores de tecnologías en salud, la ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud para la debida atención en salud de las personas afiliadas y el cabal respeto de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida.



****Circular 15 (30 de abril)**

Información de acciones de tutela para la protección del derecho fundamental a la salud.

Mediante la presente circular el Ministerio de Salud y Protección Social actualiza y fortalece el instrumento de recolección de información sobre acciones de tutela en salud, incorporando variables que permitan mejorar el análisis integral de los casos reportados, incluyendo su trazabilidad, la caracterización de los usuarios, la identificación del problema jurídico, las

causas asociadas, las pretensiones y los resultados judiciales, en cumplimiento de la orden trigésima de la Sentencia T-760 del 2008.

Por lo anterior, las IPS deberán reportar al ministerio la información relacionada con las acciones de tutela interpuestas en su contra para la protección del derecho a la salud, en el anexo técnico que hace parte integral de esta circular a través de PISIS del SISPRO en las fechas y plazos consignados en la tabla 1.

Tabla 1.

Cronograma manejo acciones de tutela

Fecha de corte de la información para reportar	Plazo para enviar el recibo plano	
Fecha de corte	Desde	Hasta
Primer semestre, comprendido entre 1.º de enero y el 30 de junio de cada vigencia	1.º de julio de cada vigencia	31 de julio de cada vigencia
Segundo semestre, comprendido entre 1.º de julio y el 31 de diciembre de cada vigencia	1.º de enero de la siguiente vigencia	31 de enero de la siguiente vigencia

****Circular 19 (5 de mayo)**

Ampliación del plazo para la actualización del lineamiento para los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) (PTRRMR).

Con la presente circular se amplía el plazo establecido en la Circular Externa 041 del 2025, hasta el 30 de mayo del presente año. Durante este periodo se deberán ajustar los instrumentos técnicos conforme a los lineamientos vigentes, definir los mecanismos de coordinación, seguimiento y monitoreo, y remitir al Ministerio de Salud y Protección Social el documento actualizado para su evaluación y viabilización, según lo dispuesto por la Circular Externa 041 del 2025 y el señalado lineamiento para la formulación, la actualización y la ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado.

Lo anterior, teniendo en cuenta que dicha Circular Externa dispuso un plazo máximo de tres meses para que las entidades territoriales, departamentales y distritales, adelantaran la formulación o actualización del PTRRMR y definieran los mecanismos de coordinación, seguimiento y reporte de avances, debiendo realizar su remisión al Ministerio de Salud y Protección Social para su correspondiente evaluación y aprobación, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1450 del 2011.

****Circular 014 (28 de abril)**

Aclaraciones sobre el alcance y el uso de la clasificación única de ocupaciones en el sector salud.

Teniendo en cuenta que en la Política Pública del Talento Humano en Salud adoptada mediante la Resolución 1444 del 2025, en el numeral 4.2.6 correspondiente a la línea estratégica 6, se estableció en la sublínea "organización del trabajo del talento



humano en salud” la realización de mesas técnicas para revisar, estandarizar y armonizar la Clasificación Única de Ocupaciones (CUOC) en el sector salud, considerando los distintos niveles de formación y las necesidades de los servicios de salud, es preciso señalar que en dichas mesas desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con actores estratégicos como empleadores, academia, agremiaciones y sociedades científicas, se ha evidenciado la necesidad de clasificar que la CUOC debe entenderse como un referente técnico en construcción y mejora continua, y no como un instrumento definitivo o restrictivo para la definición de perfiles, funciones u organización del trabajo.

Por lo anterior, y para prevenir interpretaciones indebidas de la CUOC como instrumento habilitante o regulador del ejercicio de las profesiones y ocupaciones, y garantizar que la planeación, la contratación y la gestión del talento humano en salud se realicen conforme a la normatividad legal vigente, mediante la presente circular se establecen algunas aclaraciones.

***Resolución 813 (28 de abril)

Derecho a morir dignamente (Eutanasia-Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos).

Con la presente resolución el Ministerio de Salud y Protección Social da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional con respecto al derecho a morir con dignidad en sus dimensiones Eutanasia y Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos, unificando y actualizando las regulaciones pertinentes, contenidas en las resoluciones 825 del 2018 y 971 del 2021, referentes a la recepción, el trámite y el reporte de las solicitudes de eutanasia, las directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Interdisciplinarios de Eutanasia, el procedimiento en los eventos de indicación o solicitud de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, así como el proceso a seguir

por los Comités de Ética Hospitalaria, de requerirse su participación frente a casos de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos.

Asimismo, emite las instrucciones específicas para los diferentes tipos de comités cuando se trate de una solicitud de eutanasia en la cual se pide usar como mecanismo de expresión de dicha solicitud el uso de apoyos interpretativos de la voluntad. Para lo anterior se adoptan los siguientes anexos: Anexo Técnico 1: “Especificaciones de los datos a reportar sobre el trámite de la solicitud del paciente en el sistema de reporte de solicitudes de eutanasia”; Anexo Técnico 2: “Especificaciones de los datos a reportar sobre los casos de eutanasia según lo regulado por el artículo 54 de este acto administrativo”.

**Resolución 812 (28 de abril)

Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana.

El objeto de esta resolución es reglamentar el artículo 10 de la Ley 2361 del 2024, en lo relativo a la conformación y el funcionamiento del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, del Comité de Bancos de Leche Humana y de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, así como definir las funciones y competencias de cada uno de los actores que hacen parte de estos. En dicho marco, le corresponde a las IPS: identificar los incidentes y eventos adversos en los procesos de donación, extracción, transporte, almacenamiento, procesamiento, conservación, distribución, suministro y uso de leche humana y notificar al Sistema Nacional de Biovigilancia; garantizar el cumplimiento de las políticas públicas y lineamientos para la promoción de la donación de leche humana; dar cumplimiento a la normatividad vigente que defina las buenas prácticas para los Bancos de Leche Humana y de habilitación de los servicios de salud; promover, proteger y apoyar la lactancia materna dentro de sus instituciones; asegurar el correcto funcionamiento de los Bancos de Leche Humana que hagan parte de sus



servicios, garantizando la seguridad y la calidad de la leche, así como la promoción de la lactancia materna; gestionar la disposición de los Bancos de Leche Humana que hagan parte de sus servicios para recolectar, almacenar, procesar, conservar, controlar la calidad y distribuir leche materna donada a recién nacidos hospitalizados que la necesiten; establecer protocolos claros para la recolección de leche materna de donantes voluntarias, asegurando la trazabilidad y la calidad de la leche en los Bancos de Leche Humana que hagan parte de sus servicios, entre otras acciones.

****Resolución 820 (28 de abril)**

Apertura o traslado de los establecimientos farmacéuticos minoristas.

Establece que todo establecimiento farmacéutico minorista en el territorio nacional, para poder realizar su actividad, debe solicitar a las Entidades Departamentales o Distritales o quien haga sus veces, autorización para su apertura o traslado, las cuales le permitirán operar como servicio farmacéutico independiente o como gestor farmacéutico en las actividades, procesos y en las condiciones establecidas en la reglamentación del Servicio farmacéutico. Por el incumplimiento de los requisitos de que trata el presente acto, los funcionarios de las Entidades Departamentales o Distritales o las entidades que hagan sus veces, deberán imponer medidas y sanciones correspondientes en cada caso, las cuales serán consideradas de conformidad con lo establecido en la Ley 9 de 1979, en la Ley 1801 del 2016 y demás normas concordantes y pertinentes.

****Resolución 820 (28 de abril)**

Prohibición de experimentación, importación, exportación, fabricación y comercialización de productos cosméticos que sean objeto de pruebas con animales.

La presente resolución reglamenta la prohibición de la experimentación, la importación, la exportación,

la fabricación y la comercialización de productos cosméticos cuyos ingredientes o combinaciones de ellos, sean objeto de prueba en animales.

Para la fabricación, la importación, la exportación y la comercialización de los productos de que trata el presente acto administrativo, deberá allegarse ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), junto con los demás requisitos previstos en la Decisión 833 del 2018, una declaración de conformidad de primera parte suscrita por el representante legal o apoderado del titular de la Notificación Sanitaria Obligatoria o del importador, según corresponda, mediante la cual se certifique que los productos cosméticos, sus ingredientes y combinaciones no han sido objeto de pruebas en animales. La ausencia de la declaración dará lugar al requerimiento para completar la información o al rechazo del trámite, según la normativa vigente.

*****Resolución 717 (21 de abril)**

Manejo y gestión integral en materia sanitaria y epidemiológica del cadáver humano en los ámbitos hospitalario, extrahospitalario y funerario.

La presente resolución reglamenta los procedimientos para el manejo, la preservación, el traslado, la inhumación, la cremación y el destino final en el marco de la gestión integral de los cadáveres humanos en el territorio nacional, en los ámbitos hospitalario, extrahospitalario y funerario, en lo que se refiere a los aspectos sanitarios y de salud pública.

En dicho contexto, las IPS son responsables de la prestación de servicios en la primera fase de atención post mortem de las personas fallecidas que pertenecen a la población afiliada, sea por asignación con quienes ha contratado la prestación de sus servicios o por asignación de cobertura en la jurisdicción donde se ubica, o por atención obligatoria

de las urgencias, hospitalización o cirugías. Deberán informar de manera oportuna a las empresas de servicios funerarios sobre los riesgos biológicos conocidos o razonablemente presumidos en el cadáver en concordancia con lo establecido en el Anexo Técnico 1 de la presente resolución.

En las IPS, la atención post mortem empieza inmediatamente fallece el paciente. Para ello se deberá tener en cuenta la temporalidad de las acciones a realizar así: comprobar y declarar la muerte; conservar en el cadáver la manilla o el mecanismo de identificación utilizado desde el ingreso del paciente a las instalaciones; realizar consulta al registro nacional de donantes, como derecho establecido en la Ley 1805 del 2016, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el coordinador nacional de la Red de Donación y Trasplantes; informar a los familiares sobre el fallecimiento del paciente y el procedimiento de amortajamiento, y permitir el acompañamiento de quien la familia decida.

En caso de enfermedad contagiosa del paciente se procede a un amortajamiento especial; en caso de extracción de órganos o tejidos, la institución encargada del proceso garantizará el restablecimiento estructural y la conservación estética del cadáver, para lo que se contará con el acta de entrega del cadáver sometido a extracción de órganos y tejidos con fines de trasplante, que se encuentra en el Anexo Técnico 9 de la presente resolución, con el fin de informar sobre el procedimiento realizado a la IPS y a los servicios funerarios; diligenciar el certificado de defunción en caso de muerte natural; preservar la intimidad de la persona fallecida; retirar los catéter y drenajes al fallecido, salvo en caso de necropsia; realizar higiene completa a la persona fallecida; taponar las salidas de sangre y secreciones colocando el apósito perianal tras un taponamiento rectal y vaginal si precisa, excepto en caso de muerte no natural con sospecha de violencia sexual, entre otras acciones.

*****Resolución 695 (16 de abril)**

Servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos de la salud.

El objeto de la presente resolución es actualizar los servicios y tecnologías explícitamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud previo agotamiento del procedimiento técnico científico y participativo de exclusiones contenidos en el anexo técnico: “Listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud”, que hace parte integral del presente acto administrativo. Esta resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 641 del 2024.

****Circular 012 (14 de abril)**

Reporte de prescripción y monitoreo de medicamentos adquiridos por compra centralizada para la hepatitis C.

Con el fin de monitorear y evaluar el acceso efectivo a los medicamentos antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis C crónica, con la presente circular se imparten instrucciones para realizar la prescripción, el suministro, el reporte del suministro y la facturación a través de la herramienta tecnológica MIPRES para el medicamento en combinación a dosis fija: Sofosbuvir 400mg/1U + Velpatasvir 100 mg/1U, tabletas de liberación no modificada adquirido actualmente mediante compra centralizada.

Lo anterior comprende tanto el ciclo completo de prescripción, direccionamiento, suministro, reporte de suministro y facturación en MIPRES, así como el registro y el control de inventarios en el aplicativo ACMED, y rige a partir del momento en que las entidades hayan recibido el medicamento identificado con el número de lote 10008521, así como para los lotes que se adquieran y sean entregados posteriormente a las EPS o a la entidad que haga sus veces, y a las Entidades Adaptadas, a través del mecanismo de compra centralizada, con el fin de



garantizar la trazabilidad, la disponibilidad y el uso adecuado del medicamento.

***Resolución 611 (13 de abril)

Condiciones de permanencia en el régimen subsidiado de las personas vinculadas laboralmente, en pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerabilidad.

La presente resolución tiene por objeto definir las condiciones de permanencia en el régimen subsidiado, hasta por el término de seis meses, contados de manera continua o discontinua, de las personas que se vinculen laboralmente y que, conforme a la focalización que establezca el Gobierno nacional, pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad, así como lo referente al recaudo de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el reconocimiento y el pago de prestaciones económicas de estas personas, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

En el caso en que las personas que pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad inicien una relación laboral y no expresen por cualquier medio su voluntad de permanecer en el régimen subsidiado, deberá darse aplicación a lo dispuesto en el artículo 2.1.6.2 y siguientes del Decreto 780 del 2016.

Los trabajadores de tiempo parcial, esto es, que laboren por periodos inferiores a un mes y que, por tanto, su remuneración mensual sea inferior a un salario mínimo legal mensual vigente (1 SMLMV), así como los trabajadores rurales del sector agropecuario a que se refiere el parágrafo 1 del artículo 65 de la Ley 2466 del 2025, que sean formalizados mediante el contrato especial agropecuario, mantendrán su afiliación al régimen subsidiado de salud como mecanismo de protección social para la superación de la pobreza. En estos casos, los empleadores deberán realizar las cotizaciones al Sistema General de Pensiones y al Sistema

de Subsidio Familiar por semanas, y al Sistema General de Riesgos Laborales por el periodo mensual, conforme a la normatividad vigente que regula la materia. En consecuencia, las disposiciones previstas en la presente resolución no les son aplicables.

**Resolución 610 (13 de abril)

Parámetros técnicos para la operación de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.

Establece los parámetros técnicos para la operación de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, así como las especificaciones técnicas mínimas en materia de higiene, salubridad y dotación, los cuales servirán como criterios de referencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de las autoridades competentes, y adoptar el anexo técnico que hace parte integral de este acto administrativo. Las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado, y las empresas privadas obligadas a implementar las salas, que compartan un espacio físico o que sus empleadas ejercen sus funciones en entidades o empresas distintas a la que pertenecen, podrán implementar la estrategia de Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral de manera conjunta, siempre que garanticen los requisitos y especificaciones técnicas señaladas en esta Resolución.

2. ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)

***Resolución 107427 (28 de mayo)

Lineamientos generales del proceso administrativo de Giro Directo de Presupuestos Máximos.

Esta resolución de la ADRES establece los lineamientos generales para el desarrollo del proceso administrativo de giro directo de los recursos de



presupuestos máximos, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 82395 del 2024. Esta normativa desarrolla las facultades otorgadas a la ADRES para realizar directamente el giro de recursos destinados a financiar servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, fortaleciendo los mecanismos de administración, control y seguimiento de estos recursos.

De esta manera y con el fin de garantizar una mayor transparencia, oportunidad y trazabilidad en el flujo de recursos hacia las IPS y proveedores de tecnologías en salud, se establecen condiciones para la identificación de beneficiarios, validación de información y ejecución de las transferencias. De igual manera, desarrolla las disposiciones previstas en la Ley 2294 del 2023 y el Decreto 489 del 2024 relacionadas con la implementación del giro directo de presupuestos máximos.

Por tanto, es necesario fortalecer los procesos de conciliación de cartera, validación de cuentas, seguimiento a pagos y control financiero de los recursos recibidos por este concepto, con el fin de optimizar la gestión institucional y garantizar una adecuada trazabilidad de los recursos transferidos por la ADRES.

3. MINISTERIO DEL TRABAJO

***Decreto 581 (5 de junio)

Medidas para tercerización e intermediación laboral ilegal.

El Ministerio del Trabajo, con el presente decreto, adiciona medidas para la inspección laboral, la prevención, la corrección y la formalización en materia de tercerización e intermediación laboral ilegal, con el fin de garantizar el cumplimiento de la normatividad laboral vigente y prevenir riesgos legales, administrativos y sancionatorios. En dicho marco, establece criterios para determinar cuándo esta práctica se desarrolla de manera legal y cuándo puede constituir

tercerización laboral ilegal. Para ello, el contratista deberá contar con organización propia; estructura productiva especializada; autonomía técnica, administrativa, financiera y directiva, y personal bajo su propia subordinación y dirección.

Se establece que la contratación de terceros para ejecutar actividades permanentes o misionales de la organización genera una presunción de existencia de relación laboral directa con la empresa beneficiaria de los servicios. Dicha presunción podrá desvirtuarse únicamente cuando se demuestre que el contratista actúa con plena autonomía y que no existe subordinación de los trabajadores frente a la empresa contratante. No se podrá acudir al servicio temporal que prestan las empresas de servicios temporales para la atención de necesidades permanentes de las empresas usuarias. En consecuencia, estas empresas solo están autorizadas para cubrir las necesidades temporales y excepcionales previstas en los artículos.

4. COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

***Circular 22 (19 de junio)

Incorpora, modifica y se actualiza el precio máximo de venta de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios.

Mediante esta circular, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) incorpora, modifica y actualiza los precios máximos de venta (PMV) de medicamentos sometidos al régimen de control directo de precios, en aplicación de la metodología establecida en la Circular 18 del 2024, con el propósito de fortalecer la regulación de precios de medicamentos, promover la eficiencia en el gasto del SGSSS y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, con especial énfasis en medicamentos de alto costo, enfermedades huérfanas, VIH y medicamentos vitales no disponibles.



En dicho contexto, fueron incorporados 33 mercados relevantes y 4 submercados, listados en el artículo 1, al régimen de control directo de precios por primera vez; 22 mercados relevantes y 10 submercados, listados en el artículo 2, fueron modificados en su PMV, toda vez que se encontraron potenciales eficiencias en el gasto público en las diferentes transacciones comerciales, o su referenciación internacional de precios se realizó aproximadamente hace 5 o más años, y 8 mercados relevantes fueron modificados en atención a solicitudes recibidas por la Secretaría Técnica de la Comisión.

Si el actor que realiza la transacción final institucional es una IPS, puede adicionar, al PMV, el margen del que trata el artículo 11

de la Circular 18 del 2024 siempre y cuando la adquisición y la dispensación del medicamento se realice en el marco de la prestación efectiva de un servicio de salud al paciente, incorporando actividades asistenciales, operativas o logísticas asociadas a dicha atención.

***Circular 21 (9 de junio)

Anexos técnicos para el reporte de información al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED).

Con la presente circular se actualizan los anexos técnicos para el reporte de información al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), derogando las circulares 6 del 2018 y 17 del 2023. Esta actualización

responde a la necesidad de fortalecer la calidad, la confiabilidad y la trazabilidad de la información reportada por los diferentes actores de la cadena de suministro de medicamentos.

Así mismo, incorpora ajustes orientados a mejorar los mecanismos de seguimiento del mercado farmacéutico, incluyendo la integración de información asociada a la factura electrónica de venta, con el propósito de validar la información autorreportada y reducir inconsistencias en los registros. También establece que los reportes deberán efectuarse utilizando la unidad mínima de dispensación, buscando uniformidad y precisión en la información relacionada con precios, ventas, compras, unidades comercializadas y recobros de medicamentos. 



HOSPITALARIA

WWW.REVISTAHOSPITALARIA.ORG



¡Paute con nosotros!

Información:

comunicaciones@achc.org.co - publicidadhospitalaria@achc.org.co

Celular:

310 2616106 - 315 2031887



Centro Policlínico del Olaya
Todo por la Salud y la Vida

20 AÑOS ACREDITADOS

Una cultura que transforma vidas

Durante 20 años hemos trabajado con pasión y compromiso para brindar una atención de excelencia, centrada en las personas. **La acreditación es más que un reconocimiento: es nuestra forma de cuidar vidas todos los días.**



EFFECTIVOS

Procesos basados en evidencia y mejora continua con resultados y mejores experiencias para nuestros pacientes.



HUMANIZADOS

Personas que escuchan, acompañan y tratan con respeto y calidez en cada momento de la atención.



SEGUROS

Trabajamos para prevenir riesgos y garantizar entornos confiables que protegen la vida y la tranquilidad de todos.

NUESTRA HISTORIA, NUESTRO ORGULLO.



2006

Primer logro de Acreditación en Salud.



2010

Consolidación de la cultura de calidad.



2015

Fortalecimiento seguridad del paciente y la humanización.



2020

Innovación, transformación digital y nuevos servicios.



2026

20 años construyendo excelencia.

Cada logro es de todos.

Sigamos construyendo el futuro.

@Centropoliclinicodelolaya
f i t y t



Más de 1.500 policliudadanos comprometidos



Presencia en varias ciudades del país



Miles de pacientes atendidos



Mejoramiento continuo en todo lo que hacemos

Clínica Reina Sofía

by Keralty

ALGUNAS DE NUESTRAS ESPECIALIDADES

- ✓ Pediatría y subespecialidades pediátricas.
- ✓ Gastroenterología.
- ✓ Ortopedia.
- ✓ Cirugía plástica y reconstructiva.
- ✓ Cirugía bariátrica.
- ✓ Urología.
- ✓ Oncología.
- ✓ Otorrinolaringología.



Nuestro complejo clínico cuenta con 3 torres:

• Clínica Reina Sofía
Cra 21 # 127- 03

• Clínica Reina Sofía
Pediátrica y Mujer
Av. Calle 127 #20-56

• Clínica Reina Sofía
Medicina Avanzada 125
Cra. 20 #124-64

Teléfono: (601) 3902030