

Antioquia sigue mejorando en materia de salud



La Secretaria de Salud de Antioquia, doctora Marta Ramírez, detalló para el Colegio Médico Colombiano todos los programas que tiene el departamento para llevar la salud a los hogares de los antioqueños y mejorar el bienestar de la población. Entre sus logros está la reducción de la mortalidad infantil

por desnutrición superior al 90 % para 2025, con especial atención en regiones vulnerables. Para mejorar el acceso en zonas rurales, el departamento implementó el programa Contigo Antioquia, que acerca la telemedicina y tecnología médica a comunidades remotas, aumentando la resolutivez local y reduciendo desplazamientos y costos para los pacientes.

1. CMC: ¿Cuáles son las prioridades actuales de salud pública en Antioquia y cómo las está abordando su departamento?

Doctora Marta Ramírez: Las principales prioridades en salud pública están relacionadas con la salud materno-infantil. Desde 2024, comenzamos a

enfrentar la mortalidad infantil en menores de cinco años por desnutrición en todo el departamento, con especial énfasis en Urabá, Bajo Cauca, Nordeste y Magdalena Medio. Así, en 2025, elevamos la vigilancia de la mortalidad infantil por desnutrición a evento centinela, articulando de esta manera a todos los actores: IPS, EPS y secretarías de salud, e intensificando la vigilancia. Esto significa tiempos más cortos para las unidades de análisis, la recolección de bases de datos y el seguimiento constante de lo que ocurre con nuestros niños. Gracias a ello, logramos reducir la mortalidad infantil por desnutrición de manera significativa, con una disminución superior al 90 %, cerrando 2025 con el número de casos más bajo en los últimos 20 años. Esta iniciativa fue muy efectiva porque nos articulamos mucho mejor desde la Gobernación de Antioquia, con el apoyo, por ejemplo, de Arrullos, un programa bandera del Gobernador. El programa consiste en abordar integralmente la desnutrición, con seguridad alimentaria, educación, alimentación con amor, salud emocional, entre otros aspectos.

El Colegio Médico Colombiano recibe dos certificaciones de ICONTEC y se posiciona como gremio líder en el sector salud

En la primera semana del año 2026, el Colegio Médico Colombiano (CMC) obtuvo dos prestigiosas certificaciones de ICONTEC, lo que demuestra el compromiso del CMC con la excelencia en la realización de las funciones públicas otorgadas por el Gobierno Nacional, el desarrollo profesional de los médicos y la creación de entornos seguros para sus trabajadores.

El Colegio Médico Colombiano, bajo la presidencia del doctor Stevenson Marulanda Plata, y su director ejecutivo, el doctor Germán Augusto Guerrero, ha sido certificado oficialmente por ICONTEC, el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, por sus sistemas de gestión en dos normas internacionales trascendentales.

Estas certificaciones (ISO 45001:2018 e ISO 9001:2015) se recibieron luego de rigurosas auditorías y aprobaciones de los sistemas de gestión, lo que subraya la dedicación de este gremio médico por lograr la calidad, la seguridad y la mejora continua al servicio de los profesionales de la medicina en toda Colombia.

Estas certificaciones de ICONTEC validan los procesos de la organización relacionados con la emisión de tarjetas profesionales, la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), los permisos transitorios de los Profesionales médicos, así como el diseño y desarrollo de actividades gremiales y de educación continua orientadas a la dignificación del ejercicio profesional médico.

La certificación ISO 45001:2018 obtenida es una norma reconocida mundialmente para sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Se centra en minimizar los riesgos para los trabajadores y crear entornos de trabajo más seguros. Además de la certificación en seguridad y salud en el trabajo, el Colegio Médico Colombiano también ha recibido la certificación internacional de calidad ISO 9001:2015. Esta norma es reconocida internacionalmente por sus sistemas de gestión de calidad y prioriza la satisfacción del cliente, la optimización de procesos y la mejora continua.

Ayuda a organizaciones de todos los tamaños y sectores a mejorar su desempeño, a cumplir con las expectativas de los clientes y demostrar su compromiso con la calidad.

La certificación ISO 9001, demuestra que el CMC ha implantado procesos eficaces y ha capacitado a su personal para brindar servicios impecables. Por otro lado, refuerza el compromiso de la CMC con la mejora de la calidad de los servicios prestados a los médicos habilitados para ejercer en el país.

La importancia de estas certificaciones

Estas certificaciones destacan el trabajo integral del Colegio Médico Colombiano y el compromiso no solo con la excelencia operativa, sino también con

la seguridad y la dignidad de los profesionales de la salud.

La gestión del proceso de emisión de tarjetas profesionales y permisos especiales garantiza que los profesionales médicos cumplan con rigurosos estándares para ejercer la profesión en el territorio nacional. Esto contribuye a proteger la salud de la población y a mantener la confianza en los servicios médicos.

Por otra parte, las certificaciones incorporan los principios de la gestión de la calidad, incluyendo la orientación al cliente, el liderazgo, la participación de las personas y el enfoque basado en procesos.

Las auditorías de certificación de ICONTEC promueven la transparencia y el cumplimiento de las mejores prácticas. Para el Colegio Médico Colombiano esto significa perfeccionar continuamente los procesos relacionados con la inscripción en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social del talento humano en salud que cumpla con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007 y seguir cumpliendo con los programas de formación para servir mejor a sus afiliados, dado que las certificaciones están sujetas al mantenimiento constante y la verificación periódica por parte de ICONTEC para garantizar su cumplimiento continuo.

INDICE	Editorial	Pág. 2-3	Promoción y Prevención	Pág. 10-11	Discusión	Pág. 18-19
	Recomendaciones a los candidatos a la Presidencia y al Congreso de la República		Cuidar y ser cuidado también es un derecho: reflexiones médicas sobre la Ley 2297 de 2023 y la salud mental en Colombia		Nueva pirámide nutricional y enfermedades crónicas: el papel de la farmacología y nutrición clínica	
	Colombia, ante una crisis de conducción		Qué ese "único" cierre brechas: repensar el cáncer desde la desigualdad social		Más allá de la educación: ¿cómo los hospitales universitarios elevan los estándares de cuidado en salud?	
	Carta abierta a la comunidad: De la prudencia a la complicidad		Contraste	Pág. 14-15	Optica	Pág. 20-21
	Actualidad	Pág. 4-5	Todo lo que debe saber del derecho a la desconexión laboral		Situación actual del cáncer en Colombia, desde la perspectiva de impacto para el profesional de la salud	
	Análisis	Pág. 6-7	Ensayos clínicos: una oportunidad de equidad en la oncología colombiana		Avanzando en la dignificación del ejercicio y la formación médica: reconocimiento de pago a internos	
	Controversia	Pág. 8-9	Contexto	Pág. 16-17	Propuesta	Pág. 22
	La educación médica en un mundo que cambió: ciencia, juicio clínico y responsabilidad social en la era de la inteligencia artificial		Del Covid-19 al herpes zóster: ¿qué vacunas necesitan los adultos hoy?		Pasos para reformar la salud en 100 días	
	La vacunación es un acto ético y moralmente responsable		La era de los Centauros: Médicos y máquinas sin renunciar al pensamiento clínico			

Editorial



Recomendaciones a los candidatos a la Presidencia y al Congreso de la República

Por: **Stevenson Marulanda Plata**, [presidente del CMC](#)



El sistema de salud colombiano es un gigante que nació con los pies de barro. Desde hace más de dos décadas camina tambaleándose entre reformas, contrarreformas y debates ideológicos que no han logrado resolver sus fallas estructurales. Hoy, en medio de un clima preelectoral marcado por la polarización, el Colegio Médico Colombiano considera su deber señalar con serenidad y rigor técnico cuatro crisis profundas que amenazan la estabilidad del sistema y la salud de la Nación.

No se trata de un pronunciamiento ideológico ni partidista. Es una invitación a reconocer la magnitud del problema y a asumir compromisos responsables. La reforma es urgente, pero debe construirse con fundamento ético, evidencia técnica y sentido de Estado.

I. Crisis ideológica

Colombia vive una tensión persistente entre dos visiones sobre el papel del Estado y del mercado en la organización del sistema de salud. Mientras una corriente sostiene que los recursos son insuficientes y que el sistema promete más de lo que puede pagar, la otra afirma que los recursos existen, pero se diluyen por ineficiencia y corrupción. Ambas posiciones capturan fragmentos de la realidad.

El debate se agudiza cuando se confrontan modelos: aseguramiento estatal colectivo versus aseguramiento individual administrado por entidades privadas; administración territorial versus gestión por EPS. Mientras tanto, la deuda con prestadores y trabajadores crece, los servicios se cierran, las urgencias colapsan, las tutelas se multiplican y el sufrimiento social se profundiza.

II. Crisis moral y política: paradojas paralizantes

La crisis ideológica ha derivado en un laberinto moral lleno de paradojas. Quienes defienden lo público acusan al lucro privado de ser la causa de los males; quienes defienden la iniciativa privada sostienen que la eficiencia y la innovación son imposibles sin incentivos. Ambos extremos tienen algo de razón, pero ninguno posee la verdad completa.

Más legislación no ha significado más justicia.

La precariedad laboral del talento humano en salud es reconocida por todos. Sin embargo, pese a un amplio cuerpo normativo que promete dignidad y estabilidad —**leyes muertas**— no se cumplen. Se proponen nuevas normas mientras las existentes yacen inertes.

Entre tanto, la desconfianza mutua alimenta la parálisis. El Estado y el mercado se tratan como enemigos irreconciliables, cuando en realidad el sistema necesita complementariedad estratégica. El antagonismo ideológico ha dejado el campo libre a la emperadora de todos los males: la corrupción.

III. Crisis laboral: la dignidad pendiente

La situación del talento humano en salud es una herida abierta. Contratos precarios, pagos tardíos, sobrecarga laboral y condiciones que comprometen la seguridad del paciente persisten pese a múltiples pronunciamientos judiciales y normativos.

La dignidad profesional no puede depender de discursos. Un sistema que precariza a quienes lo sostienen

erosiona su propia base ética y científica. No habrá reforma sostenible si no se garantiza estabilidad, remuneración justa y condiciones adecuadas para médicos y demás profesionales de la salud.

IV. Crisis informática: la ceguera estructural

El sistema también padece ceguera informática. Cerca del 8 % del PIB circula anualmente en un entramado de facturas, cuentas y registros clínicos dispersos en bases de datos inconexas. La información no fluye en tiempo real ni es plenamente interoperable.

Sin rieles digitales, el ferrocarril del sistema avanza a tientas. En esta oscuridad es casi imposible establecer con precisión el costo real de la operación, validar la transparencia de los pagos o rastrear desvíos. Los hallazgos fiscales y disciplinarios de magnitud billonaria evidencian un entorno donde investigar y sancionar resulta extremadamente complejo.

La ausencia de interoperabilidad facilita la opacidad y, con ella, la impunidad. Sin datos confiables y trazables, cualquier reforma será otro fracaso

Cuatro recomendaciones para curar cuatro enfermedades

Frente a este diagnóstico, el Colegio Médico Colombiano propone cuatro líneas de acción dirigidas a quienes aspiran a gobernar el país.

1. Superar la polarización ideológica

El sistema requiere un equilibrio virtuoso entre lo público y lo privado. Estado y mercado no son enemigos irreconciliables; deben complementarse estratégicamente bajo reglas claras, transparencia y control efectivo. El debate no puede

reducirse a dogmas. Se necesita pragmatismo, evidencia y responsabilidad.

2. Inyección de oxígeno financiero

Los “pies de barro” —las deudas acumuladas con prestadores, proveedores y trabajadores— exigen una solución inmediata. Sin saneamiento financiero, la red hospitalaria seguirá deteriorándose y la atención a la población continuará afectándose. La estabilidad del sistema pasa por reconocer y abordar esta deuda estructural.

3. Cumplir la ley antes de crear nuevas

Para dignificar al talento humano no se requieren más normas, sino voluntad para hacer cumplir las existentes. Revisar, armonizar y aplicar el marco jurídico vigente es una condición indispensable para restaurar la confianza y la justicia laboral.

4. Atacar la corrupción con interoperabilidad e inteligencia artificial

La reforma estructural debe priorizar la transparencia. La interoperabilidad informática —el flujo de datos en tiempo real entre todos los actores— es la base de un sistema moderno y seguro. Permite validar que lo facturado corresponda a lo efectivamente prestado y elimina feudos informativos.

Aliada con la inteligencia artificial, la interoperabilidad puede convertirse en el mayor instrumento de auditoría permanente: identifica patrones anómalos, detecta sobrecostos, activa alertas tempranas y fortalece la rendición de cuentas.

Para garantizar la legitimidad de este proceso, proponemos la creación de una Alianza Nacional de Datos Éticos en Salud, que articule ministerios, academia, organismos de control, instituciones prestadoras y una gobernanza clínica integrada por organizaciones de profesionales de la salud y los colegios con funciones públicas delegadas.

Gobernanza clínica: autoridad ética y científica

La gobernanza clínica es el ámbito donde los profesionales ejercen autoridad ética y científica sobre los procesos asistenciales, orientando decisiones conforme a la evidencia, la lex artis y los principios bioéticos.

Implica autonomía y autorregulación responsables, participación en la gestión institucional y capacidad de incidir en políticas públicas.

Sin gobernanza clínica no habrá calidad ni sostenibilidad. La autonomía y la autorregulación responsables son garantía para la sociedad.

El Colegio Médico Colombiano reafirma su compromiso de acompañar este proceso con independencia, rigor y neutralidad ideológica. Estamos dispuestos a trabajar con quienes

resulten elegidos para construir un sistema moderno, transparente y sostenible, que honre la dignidad del talento humano y garantice el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos.



Colombia, ante una crisis de conducción

Por: Paola A. Kafury G, médica y cirujana univalle
Cirujana plástica Univalle-Cirujana plástica Clínica imbanaco Quironsalud
Después del discurso de reapertura del San Juan de Dios Bogotá.



La reapertura del Hospital San Juan de Dios no era un acto cualquiera. Era —o debía ser— un momento de sobriedad, foco técnico y respeto por un país con el sistema de salud reventado. Hospitales quebrados, servicios cerrados, médicos y enfermeras exhaustos, pacientes haciendo fila mientras se deterioran o mueren. Eso era lo que estaba en juego.

Pero lo que vimos fue otra cosa.

El presidente Gustavo Petro convirtió un acto protocolario en un monólogo errático, autorreferencial y peligrosamente desordenado. No habló como jefe de Estado enfrentando una crisis sanitaria, sino como alguien incapaz de sostener una línea de pensamiento coherente frente a la realidad inmediata que tenía enfrente.

En un mismo discurso —sin pausa, sin jerarquía y sin autocontrol— pasó de la Ley 100 al Imperio romano; del hospital público a la intimidad, la “cama”, el “amor”, el “macho alfa”; del sufrimiento del personal de salud a Donald Trump, Nicolás Maduro y la geopolítica mundial. Todo revuelto. Todo fuera de lugar.

Esto no es profundidad intelectual. Esto es dispersión.

Y la dispersión, en clínica, no es un adorno: es una señal de alarma funcional cuando quien habla tiene

que tomar decisiones que afectan a millones de personas.

Mientras el sistema de salud colapsa, el presidente habla como si estuviera en una tertulia interminable consigo mismo. Mientras el personal de salud pedimos lo mínimo para poder trabajar —pagos dignos, oportunos, estabilidad y herramientas— recibimos metáforas confusas, descalificaciones previas al sector, mensajes misóginos y desubicados, sin un solo plan concreto. Mientras el país necesita conducción, recibimos improvisación.

Decir que “aquí muere la Ley 100” no la hace morir. Decir que se “triunfó” no paga las deudas. Responsabilizar siempre a otros —el pasado, el sistema, los demás— no es gobernar. Eso no es liderazgo: es negación de la realidad.

Y ojo: esto no va de izquierda o derecha. Va de capacidad de gestión y conducción.

Desde una mirada clínica y funcional del liderazgo, existen rasgos de personalidad disfuncional ampliamente descritos en la literatura que, cuando aparecen de forma reiterada en figuras de poder, aumentan el riesgo institucional. Entre ellos:

1. Rasgos narcisistas: grandiosidad narrativa, necesidad constante de

protagonismo, dificultad para reconocer límites y una tendencia a convertir escenarios institucionales en puestas en escena del yo.

2. Rasgos compatibles con sociopatía integrada: encanto discursivo sin correlato práctico, uso instrumental de las personas (mucho afecto verbal, poca responsabilidad efectiva), normalización del caos y ausencia de respuestas operativas.

No pretendo ni realizo un diagnóstico psiquiátrico. No soy psiquiatra, y hacerlo sería irresponsable.

Lo que sí hago —con rigor y de manera consciente— es un análisis del discurso y de la conducta pública, basado en juicio situacional, coherencia cognitiva, control del impulso verbal, adecuación al contexto y riesgo institucional.

No estamos hablando de etiquetas ni de insultos. Estamos hablando de patrones observables. Y los patrones, cuando se repiten, importan.

Un presidente que no logra ordenar su discurso, no logra adaptarse al contexto y no logra contenerse verbalmente en un acto crítico no está en condiciones óptimas para conducir una nación. En medicina lo sabemos: cuando alguien no logra priorizar, no logra focalizar y no logra anticipar consecuencias, el riesgo aumenta. No solo para él, sino —en este caso— para

todos los que dependemos de sus decisiones.

Porque, nos guste o no, el presidente no gobierna para los once millones que lo eligieron: gobierna para más de cincuenta millones de colombianos.

Y Colombia hoy depende de alguien que no logra gobernar ni siquiera su propio relato.

A quienes todavía lo defienden a ciegas, toca decirles algo como decimos en Cali: abrí los ojos, ve.

Esto ya no es romanticismo político ni “originalidad”. Es un patrón de conducta inestable que pone en riesgo la conducción del país.

Colombia no enfrenta solo una crisis del sistema de salud; enfrenta una crisis de conducción.

Un jefe de Estado que, en medio del colapso sanitario, convierte una reapertura hospitalaria en un monólogo disperso, erotizado, grandilocuente y geopolíticamente imprudente, no está mostrando equilibrio ni juicio situacional adecuados para el momento histórico.

Esto no es una diferencia ideológica.

Es un riesgo funcional para el país y, claramente, depende de nosotros elegir con conciencia a nuestro próximo gobernante.

Carta abierta a la comunidad: De la prudencia a la complicidad

Por: Martha Garcia, médica cirujana egresada de la Universidad del Valle, especialista en cirugía general
universidad del Valle-Programa de Gastroenterología clínico quirúrgica Universidad de Caldas



Hablar con franqueza en tiempos de confusión no es un acto de agresión sino de responsabilidad moral. El silencio cómodo cuando el daño es evidente, deja de ser prudencia y se convierte en complicidad.

Como médica y con el estudio básico de comportamiento humano que adquirimos en nuestra formación,

podemos reconocer que existen formas de liderazgo que erosionan la dignidad colectiva, aún cuando se presenten como proyectos de justicia social. No todo discurso que se proclama en nombre del pueblo lo protege.

Cuando el poder se ejerce desde el ego, la necesidad de protagonismo, la intolerancia a la crítica y la convicción de poseer la verdad absoluta, el líder intenta corregir la realidad a la fuerza, la evidencia estorba, el conocimiento se desprecia, las instituciones dejan de ser imprescindibles, son tratadas como obstáculos, no como garantías.

Desmantelar un sistema de salud que aún con todas sus falencias ofrecía cobertura como ninguno, calidad, incluso reconocimiento internacional, no es un acto revolucionario, no es transformación social, es una irresponsabilidad ética de consecuencias humanas profundas. Cada decisión tomada sin rigor técnico, cada improvisación ideológica, termina traduciendo en sufrimiento real para los

ciudadanos, especialmente para los más vulnerables.

Resulta moralmente reprochable instrumentalizar la pobreza, utilizar el dolor, sembrar resentimiento contra quienes hacen empresa y producen, dividir a la sociedad en bandos “ricos y pobres”, esto no es gobernar, es manipular y la manipulación, aunque se vista de causa social, sigue siendo una forma de abuso del poder.

Gobernar desde la descalificación constante, desde la narrativa del enemigo interno, desde la sospecha hacia todos los que disienten es un estilo que no fortalece la democracia, la debilita, no dignifica al pueblo: lo desgasta. No construye justicia, normaliza el caos.

La comunidad tiene el deber de mirar más allá del discurso y exigir hechos, resultados y responsabilidad. No hay ética en destruir lo que sostiene la vida, ni dignidad en sacrificar el bienestar colectivo para sostener un relato personal.

Aunque la historia es implacable con los liderazgos que confunden moral con ego, cambio con persecución y abuso de poder y siempre deja constancia de las consecuencias, tarda en hacerlo y es por eso que nuestro deber es hacer una denuncia moral y hacer lo que esté en nuestras manos para cambiar el rumbo.

Dejemos la apatía, este es un momento crítico para el país y votar responsablemente es un deber ciudadano; el voto en blanco, en estas circunstancias, es renunciar a esa responsabilidad, votar por quienes han apoyado traidores de la patria es de alguna manera traicionar a la patria. Votar por quienes piensan y transpiran comunismo puro es darnos el empujón al abismo. Pensemos en el futuro de nuestros hijos. Las decisiones que tomemos hoy marcarán el país que ellos heredarán mañana. Tenemos una responsabilidad histórica con ellos y con Colombia. No podemos fallar.



Viene de pág. 1

Otro programa al que le estamos prestando atención en salud pública es la mortalidad materna, que identificamos como multicausal, pero con una causa muy importante: la falta de capacidades médicas para diagnóstico temprano y para una intervención oportuna. Para esto, estamos trabajando intensamente en el PAREMM (Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna), vamos a intensificar la vigilancia y establecer el programa IPS padrino, donde instituciones de alta complejidad acogen a otras de menor complejidad. Además, estableceremos universidades padrino para que la academia nos ayude a cerrar la brecha de conocimiento y capacidades médicas en los territorios.

Al inicio del gobierno, identificamos indicadores relacionados con la violencia, tanto sexual como intrafamiliar, que estaban muy ligados al suicidio, intentos de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas. Dado que la juventud es el grupo poblacional más afectado, el Gobernador impulsó el programa Jóvenes Pa' Lante, acogido por la Secretaría de Salud, que trabaja integralmente para que los jóvenes desarrollen habilidades y proyectos de vida, en pro de cuidar su salud mental, lo que les permitirá afrontar una sociedad que constantemente los atrae hacia este tipo de conductas.

Un logro importante entre 2023 y 2024 fue la disminución del 13.1 % en suicidios e intentos de suicidio en jóvenes del departamento.

Adicionalmente, se trabaja en dengue, malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, en enfermedades infectocontagiosas, y en la mortalidad temprana por enfermedad cardio-cerebrovascular, entre otras.

2. CMC: ¿Qué estrategias se están implementando para mejorar el acceso y la calidad de la atención médica en las zonas rurales y marginadas de Antioquia?

Doctora Marta Ramírez: Uno de los programas bandera y sueño del Gobernador es mejorar la resolutivez desde el territorio. Él decía que uno de los dolores que más le preocupaba durante la campaña era ver que la gente se quedaba en el territorio esperando atención, a veces falleciendo mientras aguardaba una cita, y el desplazamiento de esa población con gasto de bolsillo y toda la tragedia que esto representa para una familia.

Por eso surgió Contigo Antioquia, en el que hemos invertido más de 25 mil millones de pesos para acercar la telesalud mediante tecnología, con una mesa de ayuda de especialistas instalada en la Universidad de Antioquia. Con esta estrategia, dotamos a los médicos con herramientas como ecógrafos portátiles para hacer tamizajes a las pacientes gestantes y otros tamizajes, pruebas rápidas para diagnosticar pacientes (sin necesidad de laboratorio) y acceso a internet satelital permanente, para que, ante cualquier duda, puedan consultar con la mesa de ayuda, donde un especialista los orienta y valida lo que el médico general proponga, mejorando así sus capacidades.

Además, el médico podrá actuar si el paciente debe ser trasladado; si no, podrá atenderlo directamente, lo que representa un ahorro importante para el paciente y mayor resolutivez para el profesional de la salud y el territorio. Un ejemplo claro es Mandé, en el municipio de Urrao, donde hemos tenido un trabajo exitoso. Mandé es un corregimiento ubicado a dos días de camino en mula, con aproximadamente 2.800 habitantes.

Con el Plan Maestro y las redes, cerraremos las brechas en infraestructura, dotación y accesibilidad geográfica, acortando tiempos, siendo más oportunos en la atención y garantizando la calidad.

Así, a través del programa territorial de rediseño, reorganización y modernización de las redes, enfrentaremos esta situación. Con el rediseño de redes, levantamos isócronas que evidencian cuánto tiempo debe recorrer un paciente para acceder a servicios de salud de mediana y alta complejidad. Sobre todo, identificamos claramente el nivel de resolutivez de los hospitales de primer nivel, hoy llamados hospitales primarios según la nueva normativa del Ministerio.

Según referentes de la Organización Panamericana de la Salud, ese hospital debe tener una capacidad resolutivez

del 80 % de las necesidades de su territorio, pero encontramos que en hospitalización y urgencias no superan el 25 %. Esto significa una brecha de resolutivez muy alta, entre 50 % y 60 %, que vamos a mejorar. Esa es la brecha que cerraremos.

¿Cómo la cerraremos? Primero, capacitando al personal de salud, lo cual hacemos a través de Contigo Antioquia. Segundo, fortaleciendo la infraestructura hospitalaria, que estará contemplado en el Plan Maestro de Inversión en Infraestructura, dotación y reposición de equipos biomédicos.

Ya tenemos claro cuántos equipos biomédicos deben reponerse de manera inmediata; dejaremos el documento y las bases listas para que el siguiente gobierno asuma el plan y realice la reposición correspondiente en 2028.

3. CMC: ¿Cómo se está preparando y respondiendo Antioquia ante enfermedades infecciosas emergentes, como el nuevo virus H3N2?

Doctora Marta Ramírez: En Antioquia nos estamos preparando y respondiendo de manera anticipada, articulada y técnica frente a enfermedades infecciosas emergentes, como el virus Influenza A(H3N2), mediante el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la capacidad diagnóstica y la respuesta territorial.

Desde la vigilancia, se ha intensificado el seguimiento de los eventos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) e IRAG/IRAGI, con énfasis en la notificación oportuna, la clasificación adecuada de casos y la vigilancia centinela, lo que nos permite identificar oportunamente cambios en la circulación viral y comportamientos inusuales. Además, mantenemos una articulación permanente con el Laboratorio Departamental de Salud Pública para la tipificación y subtipificación de virus respiratorios, incluyendo la detección de H3N2 y subclados de interés, fortaleciendo la interpretación epidemiológica de casos graves y fallecidos.

En el componente de respuesta, hemos activado salas de análisis del riesgo, unidades de análisis, investigaciones epidemiológicas de campo, búsquedas activas y elaboración de SITREP ante casos graves, fallecimientos o posibles brotes, especialmente en poblaciones vulnerables e instituciones cerradas. Priorizamos también la asistencia técnica continua a municipios, UPGD y unidades centinela, así como la emisión de alertas, circulares y espacios de reducción para aclarar lineamientos, roles y responsabilidades durante el pico respiratorio.

Articulamos los programas de la Secretaría de Salud e Inclusión Social, como IRA, PAI y todas las direcciones, promoviendo la vacunación, la preparación de los servicios de salud y la comunicación del riesgo, con el fin de mitigar el impacto del aumento de casos y proteger a la población frente a eventos respiratorios emergentes.

4. CMC: ¿Qué iniciativas se están implementando para abordar enfermedades crónicas de alto costo como la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, entre otras, en la región?

Doctora Marta Ramírez: Precisamente, estas enfermedades las estamos abordando con Contigo Antioquia. Habiendo superado el primer hito, que fue fortalecer las capacidades médicas para la telemedicina con una mesa de ayuda de especialistas —pediatra, ginecobstetra, internista, psiquiatra y psicólogo—, y el segundo, que consiste en cerrar

brechas de ruralidad llevando telemedicina a la ruralidad dispersa, tenemos el tercer hito: fortalecer la ruta de enfermedad cardio-cerebrovascular para evitar mortalidad temprana por infarto agudo de miocardio y discapacidad por infarto cerebral. Así conectamos nuestras principales estrategias e inversiones en salud precisamente con las necesidades que surgen en los territorios.

5. CMC: ¿Cómo colabora el departamento con las comunidades y organizaciones locales para promover medidas de salud preventiva?

Doctora Marta Ramírez: La Secretaría de Salud tiene un Plan Territorial de Salud y un Plan Decenal de Salud Pública, a través de los cuales hay un compromiso claro con todos los proyectos, sin dejar de mencionar que están plenamente articulados con el Plan de Desarrollo por Antioquia Firme, en su Línea 2: cohesión desde lo social, con los programas de salud y bienestar. A partir de ahí, estos planes, junto con el POAI, enfocan las actividades a desarrollar en estos proyectos, y nos articulamos con equipos básicos.

La Secretaría de Salud, a través del PIC, tiene su equipo básico, que se articula con el equipo básico de las Secretarías Territoriales. Nuestro equipo brinda asistencia técnica, atención primaria en salud y enfoca la labor para que estén concentrados en los indicadores más complejos del territorio. Además, todo el equipo de salud colectiva de la Secretaría de Salud, dividido por programas, orienta y ayuda a articular el trabajo.

Contamos también con tableros de control que permiten ver la evolución de esos indicadores. Incentivamos a las Secretarías de Salud locales y a los municipios con reconocimientos a su gestión en salud, y ahora estableceremos un mecanismo de incentivos para premiar a las instituciones hospitalarias que mejoren su resolutivez.

Evaluaremos la disminución de las remisiones que no sean triaje 1 y 2, porque lo que corresponde a triaje 3, 4 y 5 un hospital local está en capacidad de resolverlo. A partir de ahí, generaremos un plan de incentivos para apropiar y permitir la adherencia de todo el personal de salud en el territorio a las diferentes estrategias.

Muy importante es Contigo Antioquia, que es un modelo preventivo, predictivo y resolutivez. Nosotros le agregamos prescriptivo, porque esto orienta la decisión y el camino para seguir mejorando en materia de salud. Construimos sobre lo ya avanzado y cerramos rápidamente la brecha de acceso en esa Antioquia dispersa, sin destruir el sistema para avanzar, porque lo que nos interesa es el bienestar de la población. Enfocados en eso, no nos distraemos con discusiones sobre quién maneja los recursos, que suelen desviar los debates sobre ajustes al modelo de salud.

Claro que nuestro sistema de salud necesita ajustes, principalmente en el flujo de recursos, en la organización de los prestadores, en la gobernanza y en el ejercicio de esta, pero también en el manejo de sistemas de información integrados, y en fortalecer los mecanismos y herramientas de control para tantos actores y para tanto dinero que fluye, que requiere transparencia en sus decisiones.

6. CMC: ¿Cómo se está priorizando e integrando la salud mental en el sistema de salud pública de Antioquia?

Doctora Marta Ramírez: Desde la Secretaría de Salud trabajamos por la salud mental de los antioqueños. Por ello, la Gobernación de Antioquia invierte más de 22 mil millones de pesos en diferentes estrategias, como:

- Jóvenes Pa' Lante, que promueve el cuidado de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de conductas delictivas, además de fomentar entornos seguros y una cultura de legalidad con los jóvenes del departamento. Para 2025, el programa se desarrollará en 90 municipios priorizados, con jóvenes entre 14 y 28 años, quienes recibirán acompañamiento psicosocial por parte de profesionales en psicología mediante intervenciones breves. Cada joven tendrá acceso a atención individual, intervención familiar, articulación interinstitucional y asesoría telefónica permanente, posibilitando un cambio positivo en las dinámicas familiares. La intervención en salud mental se realizará mediante terapia dialéctico-conductual (DBT), que prioriza el manejo de las emociones y previene conductas autodestructivas; combina

- mindfulness y terapia cognitivo-conductual, enfatizando la colaboración, el apoyo entre pares y el desarrollo personal.
- La Aventura de Crecer es un programa de promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el entorno escolar, implementado en las instituciones públicas del departamento. Promueve el desarrollo de habilidades para la vida y competencias socioemocionales y ciudadanas en niñas y niños, desde primero de básica primaria hasta octavo grado de básica secundaria.
 - Programa de prevención del consumo nocivo de alcohol “SAFER”, una propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa un hito en la implementación de políticas de salud pública en Colombia, siendo Antioquia el primer departamento en implementar este paquete técnico.
 - Competencias Parentales busca prevenir conductas de riesgo y fortalecer los vínculos familiares en el hogar. Está orientado a la primera infancia, mediante la formación y acompañamiento de docentes de preescolar para que implementen intervenciones dirigidas a padres de familia. Las intervenciones se basan en teorías del apego, el involucramiento parental y los estilos

de crianza, promoviendo entornos protectores mediante asesoría técnica, herramientas metodológicas y acciones de autocuidado. Por supuesto, contamos con la línea telefónica 106, cuyo propósito es fomentar la teleorientación para el cuidado, la promoción y la prevención de la salud mental, así como el apoyo emocional a los antioqueños. Brinda orientación, información, asesoría, consejería y atención en crisis a través de plataformas telefónicas, sin posibilidad de valoración presencial. En este contexto, los primeros respondientes valoran el riesgo y realizan la atención con un equipo experto o activan la ruta correspondiente según la demanda. Las líneas de atención en salud mental son herramientas clave para la prevención del suicidio, con impacto significativo en la reducción de intentos y en la promoción del bienestar emocional. Ofrecen apoyo emocional inmediato, intervención en crisis y derivación a servicios especializados, cruciales para personas en situación de vulnerabilidad.

7. CMC: ¿Cómo se aprovecha la tecnología, la IA y los datos para mejorar la vigilancia y la toma de decisiones en salud pública en Antioquia?

Doctora Marta Ramírez: En Antioquia avanzamos en el uso de herramientas tecnológicas, lo que nos proyecta como referente nacional. La Secretaría de Salud demuestra el excelente uso de la tecnología no solo para vigilar, sino también para responder y gestionar en municipios, incluso en territorios apartados. Conectamos con internet satelital a médicos generales con especialistas en Medellín, contamos con equipos biomédicos portátiles y ofrecemos toda la tecnología disponible en favor de la salud de los antioqueños. Disponemos de tableros de control que miden constantemente las necesidades territoriales, tiempos de desplazamiento, concentración de servicios y los indicadores prioritarios. Además, con el

análisis de datos recolectados para el Plan Maestro, conocemos el panorama de necesidades municipales para optimizar recursos.

8. CMC: ¿Qué influencia tiene la Secretaría de Salud en la formación profesional de los futuros médicos en el departamento? ¿Cómo participa en el diseño de los planes de estudio y en los lugares de práctica?

Doctora Marta Ramírez: Desde la Secretaría de Salud debería recuperarse un liderazgo importante en esta materia, pues tiene contacto directo al dirigir el sistema de salud, interactúa con prestadores de servicios y es responsable de la asistencia técnica en protocolos y guías para eventos de salud pública. Realiza inspección, vigilancia y control de muchos eventos, por lo que tiene un diagnóstico preciso de dificultades y causas. Al analizar los eventos de salud pública, identificamos claramente falencias en el talento humano en salud, tema que requiere un *feedback* permanente con la academia para ajustar la formación, de modo que el profesional que se forme sea el que necesita el territorio. No un profesional que evite el servicio obligatorio o que solo quiera ser especialista. Necesitamos trabajar de la mano, y estamos dispuestos a hacerlo. Además, la Secretaría vigila la calidad en la atención, detectando debilidades y falta de capacidades médicas. Conocemos las necesidades del territorio y del sistema, por lo que podemos ayudar a construir el perfil profesional y la formación requerida. Por ello, una articulación sería muy importante. Además de Contigo Antioquia, que cierra brechas territoriales, estamos pensando en construir un hospital de simulación para mejorar capacidades médicas y habilidades en quirófano, y en atención de alto nivel de complejidad. Este proyecto se diseña de la mano de la academia, universidades públicas y privadas de Antioquia, y aspiramos dejarlo construido y finiquitado al terminar este periodo de gobierno en 2027.



¡Estudia una de nuestras Especializaciones Médico Quirúrgicas!

Da el siguiente paso en tu carrera médica

> inscripciones abiertas hasta el 15 de mayo

Cupos limitados

Inscríbete aquí ▶▶▶



www.unbosque.edu.co

#ElBosque TeMueve



Situación de los médicos en Colombia

Por: Herman Redondo Gómez, MD



The Economist publicó un artículo titulado “Médicos entre el lujo y la asfixia”, en el que afirma que en Estados Unidos los galenos ocupan un nicho paradójico “aparecen como organismos privilegiados: pululan en el estrato más alto de la pirámide de ingresos, viven rodeados de tecnologías brillantes y consultorios que parecen cápsulas espaciales. Y aun así, muchos de ellos se encuentran al borde de la auto intoxicación emocional, como si respiraran un aire saturado de estrés y desilusión”.

Considera que los médicos norteamericanos son “...profesionales adaptados para salvar vidas, pero poco preparados para sobrevivir a su propio sistema” (...) “Los médicos estadounidenses son ricos... y profundamente miserables” (...) “No es que los médicos estadounidenses ganen bien: es que ganan muy bien. Pero sus días son una cadena interminable de micro agonías burocráticas, una coreografía de seguros, autorizaciones, demandas potenciales y métricas de eficiencia que reducen la empatía a un código CPT” (...) “Saben curar, pero necesariamente no saben vivir”.

Compara la situación con los médicos mexicanos y latinoamericanos, en donde “...los médicos no enfrentan el vértigo de la abundancia, sino la crudeza de la supervivencia” (...) “Han quedado atrapados en un ecosistema donde la vocación es su único combustible y donde el Estado, cual depredador simpático, los mantiene con tabuladores congelados y contratos temporales”.

En Colombia, hay una mezcla de todo lo anterior. Sí, tenemos médicos especialistas y super especialistas (segundas y terceras especialidades, maestrías y doctorados), con ingresos comparables a los estratos más altos de la clasificación socioeconómica (“estrato 8, dice un colega”), que se asemejan a la realidad del galeno gringo. No son muchos ni representan la generalidad del profesional de la salud en Colombia.

Más bien, nos parecemos al segundo grupo, a los médicos mexicanos y latinoamericanos, aquellos que no “gozan” de la paradoja de ser “rico y miserable”, pero sí de la opresión del “depredador simpático”. No todos se la pasan tomando tinto en el parque de la 93 o en los clubes de las ciudades más importantes. No, aquí, “los médicos también lloran”. Como le dijera un observador extranjero al Ministro de la época (José Luis Londoño, qepd), palabras más, palabras menos, “los médicos en los hospitales públicos hacen como que trabajan y el Hospital, hace como que les paga”. Se refería a algunos colegas que tienen contratos de prestación de servicios por 16 o más horas al día, que para sobrevivir, laboran en 2, 3 o hasta 4 lugares de trabajo.

Aquí la realidad es otra. Empezando por considerar que la carrera de medicina es la más larga (12 semestres, más el año de servicio social obligatorio -SSO- y 3 o 4 años más de especialización), y que las posibilidades de estudiar medicina en una universidad pública son muy pocas. Entrar a medicina en una universidad pública en Colombia es un reto mayúsculo debido a la brecha extrema entre el número de aspirantes y los cupos disponibles,

lo que la convierte en la carrera más competitiva del país. Las universidades públicas exigen puntajes muy altos en las pruebas Saber 11 para acceder a medicina; por encima de los 400 puntos en la Universidad Nacional. La limitación de cupos no es solo por espacio en salones, sino la escasez de sitios de prácticas formativas en los hospitales para estudiantes de medicina y programas afines.

En tanto que, en las universidades privadas, el costo de la matrícula para 2025-2026 es sumamente elevado, con semestres que oscilan entre \$18 millones y más de \$36 millones. A manera de ejemplo, las instituciones más reconocidas en Bogotá registran los valores más altos, superando los \$30 millones, mientras que opciones en otras ciudades o instituciones pueden iniciar desde los \$12 a \$15 millones.

Aquí los médicos en general distan mucho de ser privilegiados, la mayoría son de clase media (con tendencia a la baja, ya que el salario mínimo está alcanzando el ingreso de los médicos generales), con extensas y extenuantes jornadas laborales. En el internado y en el SSO o año rural, las jornadas sobrepasan las 72 horas semanales, con disponibilidad casi permanente, sin reconocimiento de horas extras, recargos nocturnos, festivos ni dominicales.

A eso se suma la violencia de todo tipo contra los trabajadores sanitarios en general y contra los médicos en particular. La violencia contra los médicos y la Misión Médica en Colombia es una problemática crítica caracterizada por amenazas, agresiones físicas, retención de ambulancias y homicidios, a menudo vinculada al conflicto armado y la inseguridad estructural que afecta gravemente la atención en zonas rurales. En las ciudades, la hostilidad hacia los trabajadores sanitarios se presenta con mayor frecuencia en los servicios de urgencias por sobreocupación, emergencia funcional y escasez de personal para satisfacer la demanda. La angustia de la familia del

enfermo para que su ser querido sea atendido con prontitud a veces deriva en franca agresión, paradójicamente, contra quienes se esfuerzan por recuperarle la salud o salvarle la vida.

Como sucede con el ingreso a un programa de medicina, el acceso a residencias médicas o especializaciones (equivalentes según la Ley 100 de 1993 a Maestría), en Colombia es altamente competitivo por una marcada insuficiencia de cupos y alta demanda de médicos generales que ven en la especialización la posibilidad de autosuperación, altos costos, procesos de selección complejos, programas centralizados en pocas ciudades y pocos hospitales universitarios que garanticen las prácticas formativas necesarias. Hechos recientes muy lamentables, evidencian presiones indebidas, maltrato en durante el proceso de formación médica e incluso acoso sexual para este grupo de especialistas en formación.

Sin embargo, paradójicamente, en el país hay escasez de especialistas, la mayoría están concentrados en las grandes ciudades en donde se encuentran las instituciones hospitalarias de mayor complejidad que cuentan con tecnología de punta para facilitar su ejercicio, mientras miles de médicos generales buscan especializarse y deben enfrentar las citadas barreras de acceso.

¿Y todo para qué? Luego del imponderable esfuerzo para coronar el pregrado como médico general (MG) o, el posgrado como especialista (ME), el profesional sale a buscar empleo que muchas veces depende del político de turno. Si bien le va, consigue un contrato de prestación de servicios (OPS), el cual debe renovar cada mes, cada 2 meses o en el mejor de los casos cada año, siempre dependiendo no tanto por su desempeño, sino de la recomendación política.

La tercera parte de los MG (71 %), devenga entre 3 a 5 salarios mínimos -SMLM. El 15 % de los ME tiene ingresos inferiores a 5 salarios mínimos y

más del 77% de los profesionales de la salud se siente inconforme con su salario, piensa que está siendo explotado y no ve compensado el esfuerzo y la millonaria inversión que tuvo que hacer para costear los estudios profesionales. Como afirma el expresidente del CMC, “...en la encuesta vemos claramente los problemas de deslaboralización, acoso laboral, pérdida de la autonomía, exceso de carga laboral, contrataciones ilegales, baja remuneración y desempleo; sentimos que desde el Gobierno no hay una verdadera política de desarrollo del talento humano en salud” (la encuesta se refiere a los SMLM de 2019, no a los de 2026).

Durante las últimas décadas, el sistema de salud colombiano ha experimentado transformaciones significativas derivadas de la Ley 100 de 1993, que estableció un modelo de aseguramiento mixto con participación privada. Aunque este marco amplió la cobertura formal, también ha generado tensiones estructurales que afectan la calidad del servicio, las condiciones laborales de los médicos y la sostenibilidad de la atención sanitaria. Esas discrepancias se han agudizado en años recientes ante una severa crisis financiera, inestabilidad contractual, demanda creciente de servicios, cierre de servicios de pediatría y obstetricia, liquidación de EPS o intervenciones forzosas para administrar las más grandes EPS por parte de la Súpersalud, y un debate interminable sobre si la UPC es o no suficiente, entre otros factores, que han precipitado una de las mayores crisis conocidas del sector.

La Ley 100 de 1993 convirtió los hospitales en ESE y transformó los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, lo que llevó a que los hospitales públicos dependan de la venta de servicios, a competir con las IPS privadas y a medir su éxito no en la capacidad de brindar mejor servicio a su población asignada, sino en la rentabilidad económica.

De ahí que los hospitales deban apoyarse en establecer vínculos



laborales no formales, con compensaciones económicas pírricas, sin prestaciones sociales (OPS). Es decir, nuestros hospitales y la generalidad del sistema de salud, para sobrevivir, el prestador del servicio se apalanca en el maltrato salarial de sus trabajadores y en la mora en el pago a sus proveedores. La Ley 100 ha sido ampliamente criticada por impulsar no solo la privatización, sino la mercantilización de la salud en Colombia.

Hoy existe consenso respecto de la necesidad de una reforma a la salud que subsane las grietas que presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, fallas que no son nuevas, sino que vienen agravándose desde hace varios años y varios gobiernos, sobre las cuales se han tomado medidas correctivas, pero que no han sido suficientes.

Los sistemas en salud son dinámicos y requieren ajustes y desarrollo permanente, como se ha venido haciendo en Colombia con el SGSSS aprobado en la Ley 100, el cual ha tenido ajustes y hoy, es muy diferente a la versión original, median una serie de leyes reformatorias, decretos y normas regulatorias que han venido ajustando y adaptando el SGSSS a los cambios propios del desarrollo de la Nación, del conocimiento y la necesidad permanente de regular y subsanar las fallas que se van presentando.

El hecho más importante nació a raíz de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, por la cual se reconoció la salud como un derecho fundamental autónomo de primer orden. En el año 2013, la Academia Nacional de Medicina como entidad

asesora del Gobierno Nacional y Coordinadora de la Gran Junta Médica Nacional, constituida por las organizaciones más representativas de los médicos colombianos, presentó un proyecto de ley estatutaria para regular y establecer los principios y directrices que garantizaran dicho derecho fundamental a todos los residentes en el país.

El proyecto de ley estatutaria fue respaldado ampliamente por la sociedad civil y aprobado por el Congreso de la República; la Ley, una vez revisada por la Corte Constitucional, fue declarada exequible en virtud de la Sentencia C-313 de 2014, y fue sancionada por el Presidente de la República, doctor Juan Manuel Santos, el 15 de febrero de 2015, instituyéndose la Ley 1751 de ese año, la primera de su género en el mundo y uno de los adelantos más significativos que registra la historia de la salud en Colombia.

No obstante, luego de más de diez años de aprobada la Ley Estatutaria en Salud, no se han hecho los cambios necesarios en el sistema para que el goce efectivo del derecho fundamental a la salud se haga realidad. Al SGSSS se le reconocen virtudes que se han venido desarrollando a lo largo de tres décadas, logros que una reforma debería preservar, así como también problemas apremiantes que requieren medidas de fondo para superarlos.

Según el reciente informe del *British Medical Journal* (BMJ), las reformas implementadas por el gobierno actual han deteriorado un sistema de salud que previamente se consideraba un modelo regional con amplia cobertura y bajo costo para los ciudadanos.

El artículo señala que la intención de estatizar el sistema y excluir al sector privado ha provocado escasez de medicamentos, cierres de servicios críticos, aumento de muertes evitables y una grave crisis financiera con deudas millonarias de las EPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social calificó ese artículo como producto de la desinformación, carente de rigor técnico, que las conclusiones son sesgadas y no reflejan la situación del sector. Mientras, voces de la sociedad, de los pacientes, de los médicos y profesionales de la salud reclaman que la discusión debe centrarse en garantizar la protección del derecho fundamental a la salud, en lugar de disputas políticas que no conducen a nada.

Acuerdos Fundamentales

La polémica enardecida, ideologizada y polarizada no ha ayudado a construir (de manera concertada con todos los actores) la mejor reforma a la salud posible y realizable, tomando en cuenta las condiciones económicas, políticas y sociales del país, como lo ha propuesto la Academia Nacional de Medicina y las organizaciones médicas y de profesiones de la salud que presentaron a consideración del Gobierno Nacional, del Congreso de la República y de la opinión pública, los 14 Acuerdos Fundamentales que contienen lo esencial para el cumplimiento y desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud, y del sistema de salud en ella establecido, considerando que en esta norma estatutaria están plasmadas las bases de la reforma a

la salud que Colombia necesita. Estos Acuerdos Fundamentales se materializaron en un proyecto de ley (135 de 2024, Cámara).

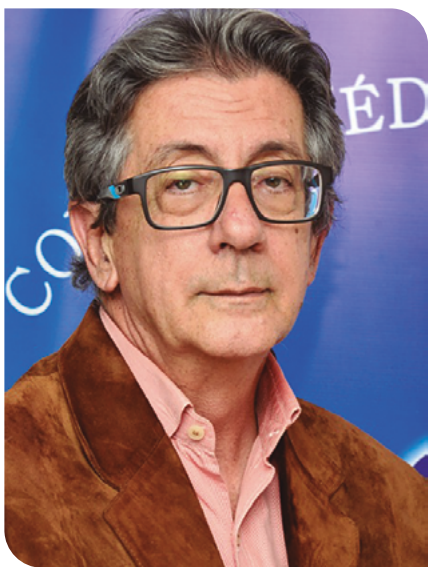
En todo caso, en el médico colombiano como en el de América Latina, creció la imagen del médico “como una figura casi sacerdotal”, profundamente ética, capaz de anteponer su bienestar en favor de la salud y la vida de sus pacientes, como lo atestiguan los cientos de trabajadores sanitarios que entregaron su vida durante la pandemia para salvaguardar la de sus semejantes.

Remata el artículo de *The Economist* afirmando que “...En Latinoamérica, la bata blanca era un símbolo de estatus, ascenso social y estabilidad. Pero ese prestigio cultural ha sufrido un proceso de erosión, como una roca sedimentaria golpeada por olas incesantes”.

Si queremos enaltecer y dignificar la profesión médica en Colombia, que recupere el sitio que le corresponde en el manejo de la salud pública, se requiere una política integral que combine garantías laborales, protección de la salud mental y una reestructuración de la formación académica; será menester repensar su rol en la sociedad, su concepto debe ser tenido en cuenta en las decisiones del sistema de salud y en la formación profesional; en mejorar su bienestar y sus condiciones de vida y de trabajo; desarrollar una política nacional de talento humano en salud que no sea teórica y discursiva, sino que efectivamente se lleve a la práctica y empiece por incorporar a los trabajadores sanitarios a las plantas de personal.

Ágora | El destino trágico de nuestro sistema de salud

Por: Jorge Diego Acosta Correa, asesor de presidencia del Colegio Médico Colombiano



Décadas atrás, desde su nacimiento legal y durante todo el transcurso de su implementación, nuestro sistema de salud ha evidenciado un proceso progresivo de deterioro en su estructura funcional, en su operatividad, en la accesibilidad, la calidad y oportunidad en la prestación de servicios, en el manejo financiero y en el cumplimiento de su misión constitucional. Múltiples leyes, decretos y normas han sido promulgados por los diferentes gobiernos para hacer todo tipo de “ajustes”; muchas de ellas, cuando afectan intereses con poder, han sido dejadas de lado, “muertas”, sin que medie autoridad o control que corrija el entuerto. Destaca, en el manejo financiero, la permanente y escandalosa presencia y acción de agentes corruptos que contribuyen en gran medida al deterioro cada vez más

crítico del sistema. Mega escándalos billonarios, sin solución ni compensación o retribución, realizados por mafias combinadas de agentes públicos y privados, incrustadas en el sistema y amparadas por la falta de controles idóneos, éticos y necesarios sobre los ingentes dineros públicos, entregados a la mediación de instituciones tomadas por dichos agentes, traficantes y criminales de la salud.

El disfuncional sistema, centrado en el individuo, en la enfermedad y en la facturación, fraccionado, pleno de obstáculos administrativos y burocráticos a la atención debida, inequitativo entre poblaciones, clases sociales y territorios, costoso, ineficiente e impregnado de corrupción, sin soluciones o reforma de fondo, ha llegado, luego de la pandemia, como era de esperarse, al clímax de su crisis.

La ley 1751 del año 2015, de origen médico, estableció claramente su misión y los lineamientos generales para la reforma del sistema, para la garantía del derecho constitucional a la salud de todos. Hace ya once años y aún no se desarrolla ni implementa; han hecho de ella otra “ley muerta” y los actuales intentos de hacerla realidad, mediante ley ordinaria o decretos, han sido institucionalmente bloqueados por el Congreso y las politizadas Cortes. Se han perdido, en este último período, otros cuatro años con mayor costo social, desatención sistémica, muertes y enfermedades agravadas. Una emergencia humanitaria y financiera permitiría su rescate temporal, mientras el próximo gobierno y el Congreso, del color que sean, tramitan y reglamentan la necesaria reforma, ajustada a la Constitución y a la ley

estatutaria, urgente y vitalmente indispensable.

En medio de este desolador panorama, debo insistir en la situación precaria de la inmensa mayoría (una pequeña élite se beneficia en gran medida de este sistema) de los trabajadores y profesionales de la salud, un pilar fundamental para la óptima prestación de los servicios de salud. Se requiere, sin duda, que la reforma se acompañe de la expedición y el cumplimiento real de una política pública

para su desarrollo integral, para su formación con metas de excelencia, su formalización laboral con pagos justos y oportunos y condiciones de trabajo apropiadas, la promoción eficaz de su desempeño ético y humanitario, para el ejercicio sin cortapisas de su autonomía autorregulada, para el mejor servicio en todo el territorio nacional, sin inequidades regionales, étnicas o de clase, y para que el cumplimiento de su misión sea fuente de satisfacción personal y bienestar de sus familias.



Controversia



La educación médica en un mundo que cambió: Ciencia, juicio clínico y responsabilidad social en la era de la inteligencia artificial

Por: Paula Catalina Vásquez Marín, M.D., M.Ed.
Presidenta ASCOFAME, Decana Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad CES



Introducción

En los últimos años se ha instalado con fuerza la idea de que la educación médica atraviesa una crisis de sentido. Se afirma que ha perdido su vínculo con la sociedad, que forma profesionales desconectados de las necesidades reales de los sistemas de salud y que no logra responder a los desafíos contemporáneos. Sin embargo, esta lectura resulta incompleta. La educación médica no ha perdido su sentido social; lo que ha ocurrido es que el mundo cambió más rápido que los paradigmas formativos desde los cuales seguimos enseñando.

Han cambiado los estudiantes, los perfiles epidemiológicos, las expectativas sociales, los sistemas de salud y la relación entre conocimiento, tecnología y práctica clínica. En este nuevo escenario, conceptos históricamente centrales como la semiología, las ciencias básicas biomédicas, el juicio clínico y, más recientemente, la inteligencia artificial, requieren ser releídos críticamente, no para ser abandonados, sino para recuperar su sentido formativo y su pertinencia social.

Brechas entre lo que enseñamos y lo que la sociedad necesita

Las brechas actuales en educación médica no se explican por la ausencia de innovación, sino por desalineaciones estructurales entre los currículos, las necesidades del sistema de salud y las realidades sociales. Persisten modelos formativos excesivamente hospitalocéntricos, fragmentados por disciplinas y centrados en la acumulación de información, mientras la sociedad demanda médicos capaces de actuar en redes, comprender determinantes sociales, trabajar interprofesionalmente y tomar decisiones éticas en contextos de incertidumbre.

Estas brechas se expresan en múltiples dimensiones: sobreutilización de tecnologías diagnósticas sin hipótesis clínicas sólidas, dificultades en la atención primaria y comunitaria, inequidades en el acceso a la salud, y profesionales técnicamente competentes, pero con altos niveles de agotamiento y pérdida de sentido del cuidado. Superarlas exige ir más allá de ajustes curriculares superficiales y revisar los paradigmas formativos de fondo.

Semiología y razonamiento clínico: entre la nostalgia y la evidencia

Uno de los debates más recurrentes se centra en la semiología y el examen físico. Con frecuencia se afirma que los médicos “ya no miran ni tocan a los pacientes”, mientras otros sostienen que estas prácticas han sido superadas por la tecnología. La evidencia disponible permite una lectura más equilibrada.

La anamnesis rigurosa y el examen físico orientado por hipótesis clínicas continúan siendo componentes centrales del proceso diagnóstico, al estructurar el razonamiento clínico y guiar el uso adecuado de pruebas complementarias. Sin embargo, la literatura también muestra que no toda semiología aporta el mismo valor diagnóstico, y que la repetición ritualizada de maniobras sin fundamento probabilístico ni propósito clínico tiene un impacto limitado en la toma de decisiones.

El desafío no es defender la semiología por tradición, sino enseñarla con intencionalidad, basada en evidencia y articulada al razonamiento clínico, complementándola con tecnologías cuando estas aportan valor real. En este sentido, la semiología no compite con la tecnología; se fortalece cuando ambas se integran de manera crítica.

Ciencias básicas biomédicas y el legado flexneriano: vigencia y transformación

También hay debate cuando hablamos sobre las ciencias básicas biomédicas y el denominado modelo flexneriano. Con frecuencia se responsabiliza a Flexner de la fragmentación curricular y de la enseñanza memorística de contenidos desconectados de la clínica. Sin embargo, una revisión histórica rigurosa muestra que esta interpretación corresponde más a una deriva curricular posterior que al ideario original de Flexner, centrado en una medicina científicamente fundamentada, integrada al entorno clínico y orientada al desarrollo del juicio profesional.

La evidencia contemporánea confirma que las ciencias básicas biomédicas —fisiología, fisiopatología, biología molecular, genética, inmunología, farmacología, epidemiología, entre otras— siguen siendo esenciales para la formación médica. Su valor no reside en la memorización de contenidos, sino en su capacidad para explicar mecanismos, anticipar desenlaces y sostener decisiones clínicas en contextos complejos, es decir: formar el juicio clínico del médico. Cuando se enseñan de manera aislada y temprana, su aporte para que el estudiante sea capaz de usarlas para razonar y tomar decisiones clínicas reales, y no solo para aprobar exámenes teóricos, es limitada; cuando se integran longitudinalmente a la experiencia clínica, se reorganizan como herramientas cognitivas al servicio del juicio clínico.

Superar los límites del modelo tradicional no implica abandonar la ciencia, sino devolverle su sentido

formativo, articulándola de manera continua con la clínica y con los problemas reales de salud.

Transformaciones estructurales en la educación médica contemporánea

Los cambios relevantes en educación médica no corresponden a tendencias aisladas, sino a transformaciones estructurales ampliamente documentadas en la literatura internacional:

- Formación basada en competencias y EPAs, (Actividades profesionales a confiar) con evaluación programática, que desplaza el énfasis del tiempo cursado hacia la demostración progresiva de desempeño confiable.
- Educación de precisión, que utiliza datos longitudinales del aprendizaje para personalizar trayectorias formativas y fortalecer el juicio clínico, sin sustituir el rol docente.
- Integración de escenarios reales de práctica con simulación avanzada, que permite entrenar habilidades técnicas y no técnicas en entornos seguros y transferibles.
- Interprofesionalidad y trabajo en red, esenciales para responder a sistemas de salud complejos y fragmentados.
- Salud global, equidad y enfoque One Health, como dimensiones formativas indispensables en un mundo interdependiente.

En todos estos ejes, el foco se desplaza de la acumulación de información hacia la capacidad de razonar, decidir y adaptarse.

Tecnología, inteligencia artificial y educación de precisión

La incorporación acelerada de tecnologías diagnósticas e inteligencia artificial ha reconfigurado el debate educativo. Estas herramientas muestran potencial para apoyar decisiones clínicas, pero su desempeño depende de la calidad de los datos de entrada y carece de comprensión contextual, valores profesionales y responsabilidad ética.

El riesgo no radica en la tecnología en sí, sino en la externalización acrítica del juicio clínico. En este contexto, la educación de precisión emerge como un enfoque que articula ciencia, clínica y tecnología de manera coherente. Al identificar brechas de comprensión y patrones de desempeño, permite intervenciones formativas oportunas que fortalecen el razonamiento clínico y revalorizan el rol del docente como intérprete experto del aprendizaje.

La educación de precisión no busca automatizar la formación ni estandarizar trayectorias, sino formar médicos capaces de ejercer un juicio adaptativo, informado por datos, pero guiado por valores y contexto.

El caso colombiano como contribución al diálogo global

La experiencia colombiana ofrece una contribución relevante al debate internacional. El modelo de gobernanza colegiada articulado a través del Consejo General de Educación Médica (CGEM) y ASCOFAME, las recomendaciones nacionales para la educación médica de pregrado (2019) y el esfuerzo por articular el continuo formativo —pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente— constituyen un ejercicio de autorregulación académica orientado a la calidad y la pertinencia social.

Riesgos de la inacción

No actuar frente a estas transformaciones implica riesgos significativos: el uso de tecnología sin marco ético; currículos desalineados de las necesidades del sistema de salud; una formación hospitalocéntrica que profundiza inequidades; y la producción de profesionales técnicamente competentes pero humanamente exhaustos, con dificultades para sostener el sentido del cuidado y del servicio. Estos riesgos ya son visibles y afectan tanto la calidad de la atención como el bienestar de los profesionales.

La educación médica contemporánea no enfrenta una pérdida de sentido, sino el desafío de cerrar las brechas crecientes entre lo que enseñamos y lo que la sociedad realmente necesita de sus médicos.



RB–Reflexiones desde la Bioética

La vacunación es un acto ético y moralmente responsable

Samuel David Barbosa, médico pediatra, MSP, MIM, Me-H ©, estudiante de la maestría Bioética y Ética de la Investigación UNIANDES. Coordinador de Gremial y Proyectos – CMC. Miembro de la Sociedad Colombiana de Pediatría



En las últimas cuatro décadas se ha observado un crecimiento sostenido de la resistencia y el rechazo a la vacunación, sustentado en una amplia diversidad de argumentos. Estos van desde la incredulidad frente a su utilidad, teorías de conspiración corporativa orientadas a un supuesto gobierno mundial, creencias místicas sobredimensionadas en el marco de la fe, hasta la percepción de que los efectos secundarios de las vacunas son más graves que los derivados de una infección natural. A ello se suma una postura de negación asociada al rechazo del mundo industrial y corporativo contemporáneo.

Este movimiento ha continuado sumando adeptos incluso dentro del sector salud, donde algunos profesionales actúan como reconocidos expositores y verdaderos “evangelizadores” de estas prácticas. Su discurso tiene una alta resonancia en la población general, la cual –por razones comprensibles desde una lógica académica y formativa– suele desconocer las implicaciones científicas, el rigor metodológico y la evidencia acumulada que sustentan la vacunación como intervención sanitaria.

Frente a esta realidad, el principal argumento contrario a la vacunación desde una perspectiva bioética suele apoyarse en el derecho fundamental a la libertad individual y en la autonomía para decidir frente al “riesgo” que implicaría vacunarse. Sin embargo, esta postura admite objeciones críticas que resulta pertinente analizar. Para ello, es indispensable comprender el efecto de las vacunas desde una perspectiva poblacional y de salud pública, así como retomar algunos conceptos fundamentales.

Después del saneamiento básico –como el acceso al agua potable y el manejo adecuado de excretas y residuos– las vacunas constituyen uno de los descubrimientos con mayor impacto en la historia del cuidado de la salud. Su contribución ha sido decisiva en la prevención de la severidad de las enfermedades infecciosas y de sus complicaciones, incluyendo la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada a discapacidad, secuelas y alteraciones crónicas irreversibles causadas por diversos agentes patógenos (Rosling, 2018). Su eficacia permitió, por ejemplo, que una pandemia como la de COVID-19, con un potencial de mortalidad comparable al de la Gripe Española, no alcanzara tales niveles catastróficos y que, en menos de un año, la humanidad pudiera recuperar gran parte de su dinámica social sin un desenlace aún más devastador.

Adicionalmente, es fundamental considerar al menos tres aspectos clave en relación con las vacunas:

1. **Las vacunas no son inocuas.** Su objetivo es inducir el desarrollo de una respuesta inmunitaria –humoral y celular– que prepare al organismo para una futura exposición al patógeno. En este sentido, constituyen una “exposición controlada” que fortalece la capacidad de defensa frente al agente infeccioso. Los efectos secundarios que pueden presentarse son, de manera categórica, mínimos en

comparación con la fisiopatología y las consecuencias de una infección natural.

2. **Su efectividad no es absoluta.** Esta depende de la variabilidad individual en la capacidad de generar memoria inmunológica y de responder a la infección por el patógeno salvaje. No obstante, el estándar aceptado para una vacuna es una efectividad superior al 80%, lo que refuerza un principio pragmático esencial en salud pública: es preferible contar con un 80% de protección que con el 100% de ninguna.

3. **La vacunación protege tanto al individuo como a su entorno.** Cuando, en el curso normal de transmisión de un patógeno, este encuentra a una persona con memoria inmunológica –ya sea por vacunación o infección previa– se interrumpe la cadena de transmisión. De este modo, el individuo deja de ser un potencial reproductor del contagio, aunque este efecto depende del grado y la duración de la memoria inmunitaria frente al agente específico.

Desde esta perspectiva, los argumentos en respuesta a la postura de no vacunar pueden comprenderse desde una ética deontológica, en la que priman la dignidad y el respeto por las personas. Evitar escenarios de vulnerabilidad y daño prevenibles implica reconocer al otro como igualmente valioso y garantizarle oportunidades de protección equivalentes a las que

nosotros hemos recibido. Ello supone ejercer la autonomía “de tal modo que las máximas de su elección estén simultáneamente comprendidas en el mismo querer como ley universal” (Kant, 1785/2012).

Asimismo, la ética del cuidado –derivada de la filosofía feminista y del modelo relacional madre-hijo, entendido como experiencia biológica y psicológica de cooperación– aporta un marco relevante para este análisis. Esta perspectiva se orienta al reconocimiento del otro desde la empatía, permitiendo visibilizar la vulnerabilidad (Fabianne, 2022). El cuidado se concibe como una apertura que va más allá de lo posible, como la acogida del otro en su diferencia: “Considerar al otro como su hijo es precisamente establecer con él esas relaciones que yo llamo ‘más allá de lo posible’” (Levinas, 2002, p. 62). Esta responsabilidad no espera reciprocidad y puede implicar sacrificio, pero constituye la esencia misma de la dignidad del cuidado. Desde esta lógica, tomar acciones presentes –como la vacunación– para prevenir daños futuros es una expresión concreta de dicha responsabilidad.

Finalmente, la vacunación se inscribe en una lógica de corresponsabilidad intergeneracional, al sostener una cadena de inmunidad y un círculo de protección colectiva –efecto rebaño– para las generaciones futuras. Somos corresponsables de sus condiciones de vida “cuando nuestras acciones (...) conducen a posiciones de vulnerabilidad, incluso si ninguno de los agentes

dentro de una estructura pretendía que esto sucediera” (Young, 2011). De este modo, se evita que situaciones que hace un siglo eran trágicas (brotes y epidemias) pero previsibles se conviertan hoy en tragedias inconcebibles para la vida moderna.

No se trata de promover un discurso basado en el miedo a las infecciones, sino de comprender con claridad el riesgo que implica no estar vacunado, el daño potencial que ello puede generar y la responsabilidad ética asociada a dichas decisiones, así como su posible falencia moral. La disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas no debe llevar a subestimar la probabilidad de nuevas epidemias en la actualidad. Evitemos caer en la ironía de los “buenos tiempos”, que pueden generar complacencia y negación frente a advertencias ampliamente documentadas por la historia y la ciencia.

Nota editorial: En la elaboración de este manuscrito se utilizó la asistencia de la inteligencia artificial proporcionada por ChatGPT para la corrección exclusivamente a ajustes gramaticales y ortográficos, sin afectar el estilo y contenido del autor.

Nota: El autor del manuscrito se encuentra realizando una maestría en Bioética y Ética de la Investigación en la Universidad de los Andes, con financiación del NIH (National Institutes of Health–USA). El contenido corresponde a una postura personal, neutral y orientada exclusivamente al análisis ético y normativo del tema estudiado.



Promoción y prevención



Cuidar y ser cuidado también es un derecho: reflexiones médicas sobre la Ley 2297 de 2023 y la salud mental en Colombia

Por: Doctor José A. PosadaVilla, Médico Psiquiatra Observatorio de Salud Mental Positiva, ICSN Clínica Montserrat – Hospital Universitario

En Colombia, el trabajo del cuidador ha sostenido silenciosamente la vida familiar durante décadas. Ha sido un pilar invisible del funcionamiento social, ejercido casi siempre por mujeres en el ámbito doméstico, sin remuneración, sin reconocimiento y sin garantías. Aunque constituye una labor esencial para la supervivencia y la dignidad de millones de personas, rara vez aparece en los indicadores laborales, en los presupuestos públicos o en las prioridades de las políticas públicas. Para quienes trabajamos en salud, este vacío no es menor: el cuidado es un determinante estructural del bienestar, la salud mental y la equidad.

Las cifras del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) muestran que en el país existen aproximadamente 3,2 millones de personas con discapacidad, y entre el 35 % y el 50 % requieren apoyo permanente para actividades básicas de la vida diaria. Esto equivale a cerca de 1,12 millones de personas que dependen de un cuidador para funciones esenciales. La evidencia disponible indica que el 90 % del cuidado en Colombia es informal, ejercido por familiares, y que en la mayoría de los hogares una sola persona asume la carga principal. Esta concentración del cuidado en un único individuo tiene profundas implicaciones clínicas, sociales y económicas.

La promulgación de la Ley 2297 de 2023 representa un punto de inflexión histórico: por primera vez, el Estado colombiano reconoce a los cuidadores de personas con discapacidad como sujetos de derechos y establece un marco jurídico para su protección, formación, acceso a salud y garantías

laborales. Para el sector salud, y en particular para quienes trabajamos en salud mental, esta ley abre una oportunidad para replantear el cuidado como un asunto de justicia social y como un componente esencial del bienestar colectivo.

La ley parte de un principio fundamental: la autonomía y la dignidad de las personas con discapacidad dependen, en gran medida, de quienes las acompañan día a día. Pero también reconoce algo que durante años ha permanecido en silencio: cuidar puede enfermar.

La literatura científica es consistente. El cuidado prolongado sin apoyos adecuados se asocia con agotamiento emocional, síntomas ansiosos y depresivos, aislamiento social, deterioro de la salud física, pérdida de proyectos personales, laborales y académicos, y mayor riesgo de trastornos adaptativos y estrés crónico.

En salud mental hablamos de fatiga por compasión, síndrome del cuidador, desgaste por empatía o *burnout* del cuidador. Aunque estos conceptos son familiares en la práctica clínica, en Colombia han tenido poca resonancia en políticas públicas. La Ley 2297 introduce por primera vez medidas explícitas de apoyo psicosocial, acceso a servicios de salud y formación para cuidadores, reconociendo que el cuidado no es solo un acto moral o de responsabilidad familiar, sino un trabajo que requiere soporte institucional.

Para el gremio médico, esto implica un cambio de paradigma: debemos considerar al cuidador como un paciente potencial, un actor del sistema de salud que también necesita evaluación, intervención y acompañamiento.

La Ley 2297 no solo crea derechos, también cuestiona una estructura cultural profundamente arraigada. Durante generaciones, el cuidado ha sido asignado casi exclusivamente a las mujeres, especialmente en hogares con menos recursos y menor acceso a servicios. Esto ha producido una forma de pobreza de tiempo, de oportunidades y de bienestar emocional que se transmite de generación en generación.

El reconocimiento jurídico es un avance, pero no basta. Para que la ley tenga impacto real se requiere voluntad política sostenida, asignación presupuestal suficiente, articulación intersectorial, fortalecimiento de capacidades locales y transformación cultural respecto al valor del cuidado.

Las preguntas que surgen son inevitables:

¿tendrán los municipios la capacidad de crear rutas de apoyo psicosocial? ¿Habrá formación suficiente y pertinente para cuidadores? ¿Se garantizará el acceso real a servicios de salud mental? ¿Se reconocerá el cuidado como un trabajo que merece remuneración y protección, y no como una obligación femenina naturalizada?

Estas preguntas no son retóricas. Son desafíos concretos que determinarán si la ley se convierte en un instrumento de equidad o en una declaración simbólica sin efectos tangibles.

La ley invita a ampliar la mirada sobre el cuidado. No se trata únicamente de prevenir el agotamiento o atender crisis emocionales. El cuidado es una experiencia humana compleja, con dimensiones afectivas, éticas y relacionales. Puede ser fuente de sentido, conexión y crecimiento, pero también de ambivalencia, soledad y desgaste.

Una política pública de cuidado debe reconocer esta complejidad y ofrecer espacios de descanso físico y mental, redes comunitarias de apoyo, grupos psicoeducativos, formación en salud mental, acompañamiento emocional, y reconocimiento social y simbólico.

Para los profesionales de la salud, esto implica integrar la evaluación del cuidador en la práctica clínica, especialmente en contextos de discapacidad, enfermedad crónica, trastornos neurocognitivos o mentales y condiciones de alta dependencia.

Uno de los aportes más relevantes de la Ley 2297 es la definición del asistente personal, entendido como: “una persona, profesional o no, que apoya a realizar las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad que, sin la asistencia de la primera, no podría realizarlas”.

Esta figura es esencial para la autonomía y la vida independiente. No se trata de un rol clínico ni terapéutico, sino de un apoyo funcional que respeta la voluntad, las preferencias y la autonomía de la persona con discapacidad.

Sin embargo, para que este modelo sea sostenible, los asistentes personales deben contar con condiciones laborales dignas, formación adecuada, supervisión y acompañamiento, apoyo psicológico y acceso a redes de apoyo.

De lo contrario, se corre el riesgo de reproducir la precariedad histórica del trabajo de cuidador, trasladándola a un nuevo nombre sin resolver sus causas estructurales.

La Ley 2297 interpela directamente al sector salud. Para el gremio médico plantea retos y oportunidades:



- Fortalecer la psicoeducación: la ley abre la puerta para que los equipos de salud desarrollen programas de formación para cuidadores, orientados al manejo del estrés, autocuidado, comunicación, resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.
- Articular servicios comunitarios: los médicos podemos desempeñar un papel clave en la identificación de cuidadores en riesgo y en la derivación oportuna a servicios psicosociales, grupos de apoyo y redes comunitarias.
- Promover la corresponsabilidad institucional: el cuidado no puede recaer exclusivamente en las familias. La ley exige que el sistema de salud, los entes territoriales y las instituciones públicas y privadas asuman responsabilidades concretas.
- Investigar y producir evidencia: el país necesita datos sólidos sobre la carga del cuidador, el impacto en la salud mental, los costos asociados y la efectividad de las intervenciones. El gremio médico puede liderar esta agenda.

En un país que habla cada vez más de salud mental, la Ley 2297 nos recuerda algo fundamental: no habrá bienestar posible si seguimos dejando a los cuidadores en la sombra. Reconocerlos es apenas el primer paso. Lo verdaderamente transformador será construir un sistema que los proteja, los acompañe y les permita vivir con la misma dignidad que ellos garantizan a otros.

Colombia tiene hoy la oportunidad de avanzar hacia un sistema de cuidado que no solo reconozca derechos, sino que transforme prácticas, creencias y estructuras. Un sistema que entienda que cuidar no es un acto heroico ni un destino impuesto, sino un trabajo que debe ser compartido, valorado y protegido. Un sistema que coloque la salud mental como un derecho y no como un privilegio.

La Ley 2297 ofrece el marco. Lo que hagamos con ella definirá si, como sociedad, estamos dispuestos a cuidar a quienes cuidan.



Qué ese “único” cierre brechas: repensar el cáncer desde la desigualdad social

Por: **María Isabel Calderón Cortés**, **Políto**loga **Má**gister en Estudios **Políticos**; Instituto Nacional de Cancerología



El mensaje de la Unión internacional contra el Cáncer (UICC) para este 4 de febrero, Día Mundial Contra el Cáncer es: “unidos por lo único”. La UICC parte de una premisa fundamental: el cáncer es una enfermedad de largo curso que va más allá de lo biológico y que afecta de manera profunda la vida mental, social y económica de las personas. Su impacto no se limita al cuerpo, sino que alcanza familias, redes de cuidado y comunidades. La atención clínica y el control de los síntomas son esenciales y primordiales para el tratamiento, pero la experiencia del cáncer no puede comprenderse ni abordarse de manera integral si estos esfuerzos se desarrollan de manera aislada. La atención oncológica tradicional tiende a centrarse, en mayor medida, en la dimensión biológica, descuidando aspectos como los ingresos, las condiciones de vida, los sistemas de apoyo y el género, elementos que desempeñan un papel decisivo en la forma en que las personas acceden a la atención, atraviesan los tratamientos y logran recuperarse. Por supuesto, reconocer estas dimensiones, no implica en absoluto restar valor a lo clínico, sino ampliar su alcance para responder de manera más justa y efectiva a la complejidad real de la enfermedad.

Desde esta perspectiva, la UICC propone avanzar hacia modelos de atención que reconozcan a los pacientes como sujetos activos. Sus necesidades, valores y contextos deben ser considerados en la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios de salud. Lo anterior supone un cambio en la manera de concebir el modelo de atención oncológica, al reconocer que el cáncer es mucho más que un diagnóstico médico: es una experiencia profundamente personal, atravesada por historias de dolor, resiliencia, cuidado y esperanza.

Distinguir estas particularidades requiere aceptar que dichas experiencias no se producen en condiciones de igualdad. Precisamente porque cada historia es única, no puede existir una respuesta homogénea ni un modelo de atención que trate a todos por igual en sistemas profundamente desiguales. Si la UICC nos convoca a ver a la persona detrás del diagnóstico, esa singularidad humana exige reconocer que las brechas sociales, económicas y de género determinan quién accede, quién se retrasa y quién queda excluido. Estar verdaderamente unidos por lo único implica transformar la atención del cáncer en una respuesta que no reproduzca desigualdades, sino que las confronte: cerrando brechas, desmontando estigmas y construyendo políticas que partan de las diferencias para garantizar justicia en el cuidado.

Las condiciones del cáncer se desarrollan en contextos profundamente desiguales, moldeados por determinantes sociales, comerciales y culturales, entre otros, que condicionan el riesgo de enfermar, el acceso a los servicios, la calidad de la atención y los resultados en salud. En este sentido, la experiencia del cáncer debe entenderse como una vivencia situada, marcada por barreras que continúan reproduciéndose en los sistemas de salud y que amplifican las diferencias entre personas y grupos sociales. El “único” que convoca la campaña no puede desligarse del imperativo de romper esas barreras que profundizan las inequidades en cáncer.

La evidencia científica ha documentado que las desigualdades en la atención del cáncer persisten a lo largo de todo el continuum de la enfermedad, desde la prevención y el diagnóstico temprano hasta el tratamiento, la supervivencia y los cuidados paliativos. Un análisis reciente expone que las inequidades no responden únicamente a diferencias biológicas, sino que están estrechamente vinculadas a otros factores sociales como el nivel socioeconómico, el territorio, el acceso a servicios especializados y la organización de los sistemas de salud, generando brechas evitables en resultados oncológicos entre poblaciones. Tales desigualdades, constituyen un problema estructural que interpela la gobernanza del cáncer y la capacidad de los Estados para garantizar el derecho a la salud.

Dentro de las barreras que profundizan las desigualdades en cáncer, hay que mencionar que comienzan incluso antes del contacto con los servicios de salud. La investigación oncológica ha incorporado de manera limitada las variables de sexo y género en el diseño, el análisis e interpretación de los estudios. Aunque se indica que ha aumentado la participación de mujeres en la investigación, persiste una baja integración sistemática del enfoque de sexo y género en la producción de conocimiento en cáncer, lo que limita la comprensión de las diferencias e incidencia, progresión, respuesta a los tratamientos y efectos adversos. Esta omisión, reproduce sesgos que luego se trasladan a la práctica clínica, afectando la pertinencia y equidad en la atención.

En este entramado, el género emerge como un determinante transversal que influye en todas las etapas del proceso oncológico. Existen diferencias sistemáticas entre hombres, mujeres y personas de identidad de género diversa a lo largo de todo el continuum de atención del cáncer. Estas diferencias se expresan en el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, el acceso oportuno a terapias, la continuidad de los tratamientos y los resultados de supervivencia. Vera señala que las desigualdades por sexo se manifiestan de manera consistente en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de múltiples tipos de cáncer, advierte además que la histórica subrepresentación de mujeres en ensayos clínicos ha limitado el desarrollo de enfoques terapéuticos verdaderamente equitativos.

Adicional a ello, la literatura ha comenzado a visibilizar las desigualdades que enfrentan las personas transgénero y de género diverso a lo largo del continuo. Se presentan barreras persistentes en el acceso al tamizaje, diagnósticos más tardíos, menor probabilidad de recibir tratamientos adecuados y mayores dificultades durante la etapa de supervivencia, evidenciando vacíos significativos tanto en la investigación como en la prestación de servicios de salud. Estos hallazgos ponen de relieve que un enfoque de género en cáncer no puede limitarse a la dicotomía hombre – mujer, sino que debe reconocer la diversidad de identidades y experiencias.

En el caso de las mujeres, las inequidades de género se manifiestan de forma particular. A pesar de los avances normativos y programáticos, persisten los diagnósticos tardíos, barreras de acceso a servicios especializados, discontinuidad en la atención, especialmente en contextos de pobreza, ruralidad o informalidad laboral. A ello se suma una dimensión frecuentemente invisibilizada: la carga desproporcionada del cuidado. En muchos hogares, las mujeres no solo enfrentan el cáncer como pacientes, sino que asumen simultáneamente el rol de cuidadoras, lo que impacta su adherencia a los tratamientos, su salud mental y su autonomía económica. Estas realidades rara vez son consideradas en el diseño de los servicios oncológicos, perpetuando modelos de atención que presuponen disponibilidad de tiempo, recursos y redes de apoyo que no todas las personas tienen.

Las inequidades tampoco desaparecen una vez finalizado el tratamiento. La etapa de supervivencia está atravesada por desigualdades en el acceso a seguimiento, apoyo psicosocial y redes de cuidado. Las redes de apoyo social influyen de manera significativa en la calidad de vida y en los desenlaces de las personas que han vivido con cáncer, y la evidencia expone que estas

redes no están disponibles de manera equitativa para todos los grupos poblacionales. En este contexto, resulta especialmente relevante señalar que muchas de las redes existentes no han surgido como parte de una respuesta institucional estructurada, sino que han sido conformadas y sostenidas por los propios pacientes, sobrevivientes y sus familias, para hacer frente a las falencias del sistema. Aunque fundamentales para el acompañamiento y la resiliencia, estas iniciativas también evidencian cómo la carga del cuidado continúa recayendo de manera desigual sobre quienes viven el cáncer, dando lugar a trayectorias de supervivencia marcadas por mayor vulnerabilidad y menor respaldo institucional.

Y a esto, merece la pena sumarle la estigmatización diferencial entre tipos de cáncer, atravesada por el género y las normas sociales. No todos los cánceres ocupan el mismo lugar en el imaginario colectivo ni reciben el mismo nivel de visibilidad, movilización social o respaldo institucional. Mientras algunos, como el cáncer de mama, han logrado posicionarse con fuerza en la agenda pública global, otros cánceres como el de cuello uterino, continúan cargando estigmas asociados a la sexualidad, la pobreza o la responsabilidad individual. De manera paralela, los cánceres que afectan a los hombres como el cáncer de próstata o de testículo, enfrentan estigmatizaciones vinculadas a los mandatos de masculinidad, el silencio frente a la enfermedad y el temor a la pérdida de identidad. Estas barreras simbólicas dificultan el diagnóstico oportuno, limitan la búsqueda de atención y refuerzan conductas de postergación del cuidado.

Con algunas de las desigualdades expuestas en el presente escrito, queda claro que “Unidos por lo único”, no es solo un llamado a la empatía, sino una invitación a la acción transformadora. El control integral de la enfermedad exige que, como sociedades nos unamos no solo para reconocer la singularidad de cada historia, sino para derribar las barreras estructurales, sociales, económicas, de género y simbólicas, que amplifican las diferencias y producen la desigualdad. Aunque en Colombia existe un marco normativo robusto y múltiples políticas que reconocen al cáncer como una prioridad en salud pública, se requiere esfuerzo por cerrar las brechas entre lo establecido y lo vivido por las y los pacientes en el país. Avanzar en la formulación de la acción implica incorporar los enfoques de género, equidad y estigmatización en la investigación, en los modelos de atención y en la implementación de las políticas existentes. Cuando el enfoque inclusivo y los determinantes se traslapen del papel a la realidad, será posible reescribir el futuro de la atención del cáncer y construir sistemas de salud más justos, compasivos y alineados con las realidades diversas de quienes enfrentan la enfermedad.





**La cirugía evoluciona.
Los que lideran, están aquí.**



**30 ABRIL
DEL 2026
VALLEDUPAR - COL**



Encuentro académico que reúne a médicos y especialistas que están construyendo el futuro de la cirugía.

- ✓ **Actualización científica de alto nivel.**
- ✓ **Conexión con líderes del sector.**
- ✓ **Proyección profesional**

ASEGURA TU LUGAR INSCRÍBETE AHORA
VALOR DE INSCRIPCIÓN:

Especialistas de sociedades científicas:

\$450.000

Médicos generales y residentes:

\$300.000

Instrumentadores, internos y estudiantes:

\$100.000

MUY PRONTO EN VALLEDUPAR

1^{ER} FORO QUIRÚRGICO INTERNACIONAL DEL CARIBE

Porque la medicina en la provincia también es
Cirugía, Ciencia e Innovación

**30 ABRIL
DEL 2026**



¡INSCRÍBETE AHORA!

Más información: fqic12@gmail.com



Valledupar – Cesar – Colombia



Todo lo que debe saber del derecho a la desconexión laboral



El derecho a la desconexión laboral es un tema de creciente importancia en el mundo laboral actual, especialmente con la expansión del trabajo remoto y las tecnologías digitales que permiten estar conectados las 24 horas. En Colombia, este derecho está regulado para proteger a los trabajadores del exceso de subordinación y garantizar que puedan disfrutar de sus tiempos de descanso, vacaciones y vida personal sin la presión de responder a asuntos laborales fuera del horario laboral legal, afirma el **doctor Ricardo Barona Betancourt, especialista en Derecho Laboral y Relaciones Industriales de la Universidad Externado de Colombia, especialista en Seguridad Social de la Universidad Externado de Colombia, magíster en Derechos Humanos, Estado de Derecho y Democracia en Iberoamérica de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid-España), magíster en Derecho con énfasis en Derecho del Trabajo y Doctor en Derecho del Trabajo, Previsión Social y Derechos Humanos de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

Para empezar, el abogado Barona aclara que la desconexión laboral se refiere al derecho que tienen todos los trabajadores y servidores públicos a no recibir comunicaciones, órdenes o requerimientos relacionados con su trabajo fuera de la jornada laboral establecida, ni durante sus periodos de descanso o vacaciones. Esta regulación busca limitar la subordinación jurídica del empleador al horario máximo legal, evitando que el trabajador sea contactado por medios tecnológicos o tradicionales fuera de su horario laboral.

Este derecho es fundamental para preservar la salud mental y física del trabajador, su bienestar familiar y social, y para evitar prácticas abusivas que pueden derivar en acoso laboral. La desconexión laboral no solo protege al empleado, sino que también obliga al empleador a respetar los límites legales y a implementar políticas claras que regulen esta materia.

Cómo aplica la desconexión laboral en relación con la jornada laboral

Para entender el derecho a la desconexión, es imprescindible conocer la regulación de la jornada laboral en Colombia, que establece los límites máximos de horas de trabajo permitidas legalmente.

Según el abogado Barona, la jornada laboral define el marco temporal dentro del cual el empleador puede ejercer la subordinación jurídica, es decir, enviar órdenes, convocar reuniones, solicitar tareas o enviar comunicaciones laborales. “Fuera de estas horas, el trabajador tiene derecho a la desconexión”, dice.

En Colombia, la Ley 2191 de 2022 es la norma que regula el derecho a la desconexión laboral para todos los trabajadores, sin importar la modalidad de contratación ni el sector al que pertenezcan. Esta ley establece que los trabajadores y servidores públicos tienen derecho a no ser contactados por medios tecnológicos o tradicionales para asuntos laborales fuera de su jornada ordinaria, en sus descansos o vacaciones.

Esta ley está fundamentada en los convenios internacionales ratificados por Colombia, especialmente los de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que promueven la protección del tiempo libre y la salud laboral.

La ley garantiza que la jornada laboral inicia y termina en horarios definidos, y que fuera de ese tiempo el trabajador puede dedicarse a actividades personales y familiares sin ser molestado por asuntos laborales. Además, cualquier acuerdo que pretenda limitar este derecho es considerado nulo e ineficaz.

Sector privado:

De acuerdo con la normativa del Código Sustantivo del Trabajo y las reformas laborales progresivas: jornada máxima semanal 47 horas (2023) – 46 horas (2024) – 44 horas (2025) – 42 horas (2026 en adelante)

Jornada máxima diaria: variable según el tipo de contrato.

Empleados públicos:

De acuerdo con el Decreto 1042 de 1978, Artículo 33: jornada máxima semanal 44 horas – Jornada máxima diaria: variable.

Sector oficial:

Según la Ley 6 de 1945, Artículo 3: jornada máxima semanal 48 horas – Jornada máxima diaria: variable.

Sector salud:

Según la Ley 269 de 1996, Artículo 2: 66 horas – Jornada máxima diaria: 12 horas

Todas las empresas, públicas o privadas, están obligadas a implementar una política de desconexión laboral que incluya:

- Reglamentación clara sobre cómo se ejerce el derecho a la desconexión.
- Procedimientos para investigar posibles violaciones.
- Mecanismos para tramitar quejas respetando el derecho de defensa y el debido proceso.

Estas políticas deben ser comunicadas y aplicadas de forma efectiva para evitar conflictos y garantizar el bienestar de los trabajadores. “La violación a la desconexión laboral puede ser considerada acoso laboral, lo que implica que el empleador o funcionario que incumpla esta norma puede ser objeto de investigaciones y sanciones”, explica el doctor Barona.

Excepciones al derecho a la desconexión laboral

La Ley 2191 de 2022 establece tres escenarios en los que no aplica el derecho a la desconexión:

- Cargos de dirección, confianza o manejo: no se aplica la desconexión laboral, pero existen matices y

regulaciones específicas para garantizar descansos.

- Fuerza pública y organismos de socorro: no están sujetos a la desconexión debido a la naturaleza de sus funciones.
- Casos de fuerza mayor o caso fortuito: situaciones excepcionales que requieren atención inmediata, donde la desconexión puede ser suspendida.

La Corte Constitucional de Colombia, mediante la sentencia C-331 de 2023, abordó de manera precisa el tratamiento del derecho a la desconexión laboral para los trabajadores que ocupan cargos de dirección, confianza y/o manejo, quienes inicialmente estaban exceptuados de esta regulación según la Ley 2191 de 2022. Esta decisión judicial clarifica y matiza la aplicación de la desconexión laboral en estos casos, estableciendo un equilibrio entre la necesidad de disponibilidad de estos empleados y su derecho fundamental al descanso.

La Corte Constitucional reconoció que la Ley de Desconexión Laboral excluía inicialmente a los trabajadores en cargos de dirección, confianza y manejo de las disposiciones sobre desconexión. Sin embargo, la Corte precisó que esta excepción no puede interpretarse como una eliminación total del derecho al descanso para estos empleados.

La desconexión laboral para estos trabajadores no está estrictamente ligada al límite de la jornada laboral, a diferencia del personal ordinario. Esto significa que pueden estar disponibles fuera del horario máximo legal, pero sin que se vulnere el núcleo esencial del derecho fundamental al descanso.

La interrupción del descanso de estos trabajadores debe cumplir con cuatro condiciones fundamentales para ser legítima:

1. Objetividad: la necesidad de la interrupción debe estar basada en hechos concretos y verificables.
2. Justificación: debe existir una razón válida y fundamentada para la interrupción.
3. No arbitrariedad: la medida debe ser razonable, evitando decisiones caprichosas o injustificadas.
4. Criterios de necesidad y proporcionalidad: la interrupción debe ser acorde con la naturaleza de las funciones y condiciones laborales pactadas, aplicándose solo en la medida estrictamente necesaria.

La Corte señaló que es admisible que el trabajador desempeñe funciones fuera de la jornada máxima en situaciones excepcionales, tales como:

1. Casos de fuerza mayor o caso fortuito que requieran atención inmediata.
2. Eventos que demanden la intervención del trabajador debido a las características especiales de sus actividades dentro de la empresa.

Estas circunstancias deben ser excepcionales y no convertirse en una práctica permanente.

La sentencia enfatiza que, debido a la importancia funcional y estructural de los cargos de dirección, confianza y manejo, la disponibilidad de estos trabajadores debe ser mayor que la del personal ordinario. No obstante, según el

abogado laboralista, esta mayor disponibilidad no puede traducirse en jornadas indefinidas o continuas sin descanso.

Estos trabajadores conservan el derecho a un descanso efectivo, aunque no estén sujetos a la jornada máxima legal. Esto implica que las empresas deben garantizar espacios adecuados para que puedan recuperarse y atender sus actividades personales y familiares, respetando su salud y bienestar.

¿Quién hace cumplir el derecho a la desconexión laboral?

El cumplimiento de la Ley 2191 de 2022 está sujeto a inspección y vigilancia por parte de las autoridades competentes. En el sector privado, el Ministerio del Trabajo es la entidad encargada de supervisar que las empresas respeten el derecho a la desconexión. En el sector público, esta función recae en la Procuraduría General de la Nación.

Además, la jurisprudencia ha señalado que las políticas relacionadas con la disponibilidad, como los turnos de guardia o disponibilidad, deben considerarse parte de la jornada laboral. Esto implica que el tiempo en que un trabajador está disponible para ser llamado o consultado forma parte de su tiempo de trabajo y debe ser remunerado o compensado adecuadamente.

No es válido que un empleador establezca una “disponibilidad” sin protección, es decir, que el trabajador esté a disposición sin que se reconozca ese tiempo como parte de su jornada laboral. La Corte ha sido clara en proteger estos derechos, evitando que se vulnere bajo la figura de la disponibilidad.

El incumplimiento del derecho a la desconexión laboral puede generar consecuencias legales para el empleador, incluyendo investigaciones y sanciones por acoso laboral. La imposición de actividades, órdenes o comunicaciones fuera de la jornada laboral, en descansos o vacaciones, puede ser considerada una forma de acoso que afecta la salud y dignidad del trabajador. Por esta razón, los empleadores deben ser diligentes en la implementación y respeto de las políticas de desconexión, promoviendo un ambiente laboral saludable y respetuoso de los derechos fundamentales.

El derecho a la desconexión laboral en Colombia es una garantía fundamental para proteger el tiempo personal y el bienestar de los trabajadores frente a la subordinación jurídica del empleador. La regulación progresiva de la jornada laboral y la Ley 2191 de 2022 establecen un marco claro para su aplicación en todos los sectores y modalidades de contratación.

La sentencia C-331 de 2023 de la Corte Constitucional aporta claridad sobre la aplicación de este derecho a los trabajadores de dirección, confianza y manejo, equilibrando la necesidad de disponibilidad con el respeto al descanso efectivo.

Las empresas deben actualizar sus políticas de desconexión laboral, respetar las excepciones y garantías establecidas, y asegurar mecanismos de control y atención a posibles incumplimientos para evitar conflictos y proteger la salud laboral.

Este marco normativo y jurisprudencial fortalece el respeto por los derechos laborales y promueve un ambiente de trabajo más justo y equilibrado en Colombia.

Ensayos clínicos: una oportunidad de equidad en la oncología colombiana

Por: doctor Jheremy Reyes, MD, MSc- Los Cobos Medical Center-Universidad El Bosque- Cancer and Molecular Medicine Research Group (CAMMO)
Doctor Jheremy Sebastián Reyes, MD- Cáncer and Molecular Medicine Research Group (CAMMO)
Doctor Cristian S. Cabezas, MD- Cáncer and Molecular Medicine Research Group (CAMMO)



En Colombia, hablar de ensayos clínicos en oncología es hablar de una necesidad urgente, pero también de una oportunidad histórica. Urgente porque el cáncer ya no es un problema “de otros países”: aquí también crece, se diagnostica tarde con frecuencia, y golpea con más fuerza cuando el sistema llega tarde o llega incompleto. Oportunidad porque, a pesar de las barreras reales, Colombia tiene una base clínica sólida, talento médico de alto nivel y una red de instituciones que, bien articulada, podría convertir la investigación clínica en un motor de equidad, calidad y soberanía sanitaria.

Los desafíos son conocidos, pero no por eso menores. El primero es la fragmentación: pacientes que pasan por múltiples IPS, autorizaciones que se demoran, historias clínicas que no siempre se integran, y un “viaje” administrativo que a veces compete con la biología del tumor. En oncología, el tiempo no es una variable neutra. Cada semana perdida puede traducirse en estadio más avanzado, menos opciones terapéuticas y mayor costo humano y económico. Un ensayo clínico exige rutas claras, seguimiento estricto, mediciones repetidas

y protocolos sin improvisación. Si el sistema no garantiza continuidad, la investigación se vuelve cuesta arriba.

El segundo reto es la infraestructura y estandarización. Un ensayo no es solo “dar un medicamento nuevo”. Es tener patología confiable, biomarcadores validados, imágenes comparables, farmacovigilancia, manejo de eventos adversos, laboratorios con control de calidad, y equipos entrenados en Buenas Prácticas Clínicas. Esto no se improvisa. Requiere inversión y, sobre todo, cultura: la disciplina de medir bien, documentar bien y reportar bien, incluso cuando la presión asistencial está al límite.

El tercer desafío es la confianza. En Latinoamérica, la palabra “ensayo” aún puede sonar a experimento injusto o a riesgo innecesario. Y esa percepción no se combate con publicidad, sino con transparencia. Consentimientos claros, comunicación en lenguaje cotidiano, acompañamiento real y el compromiso explícito de que el paciente no es un “dato”, sino una persona con derechos. La ética no es un requisito burocrático: es el núcleo del contrato social de la investigación.

También está el reto del financiamiento y de las prioridades. Muchas veces los ensayos llegan impulsados por la industria, lo cual no es malo en sí, pero puede dejar por fuera preguntas clave para Colombia: ¿cómo optimizamos el diagnóstico temprano en regiones? ¿Qué estrategias funcionan en poblaciones con barreras de acceso? ¿cómo combinamos tratamientos con realidades socioeconómicas específicas? Si el país no define parte de su agenda científica, corre el riesgo de ser solo un “sitio de reclutamiento” y no un productor de conocimiento relevante.

Entonces, ¿por qué insistir? Porque los ensayos clínicos son una herramienta concreta para cerrar brechas. En un sistema donde la calidad puede variar por territorio y por capacidad de pago, un ensayo bien hecho impone estándares: seguimiento más riguroso, protocolos claros, auditoría constante. No es raro que un paciente en ensayo reciba una atención más coordinada, no por magia, sino porque el protocolo obliga a que las piezas se conecten. Y esa “exigencia” puede derramar beneficios hacia la práctica cotidiana.

Además, los ensayos permiten que Colombia no dependa exclusivamente de evidencia producida en contextos distintos. La oncología moderna se mueve hacia terapias dirigidas e inmunoterapia, donde la respuesta depende de perfiles moleculares y de características poblacionales. Tener datos propios importa: para guías clínicas, para decisiones de cobertura, para negociar precios con mejores argumentos y para diseñar políticas públicas basadas en evidencia local. En otras palabras: ensayos clínicos también son soberanía.

Pero hay una razón más humana, y quizá la más poderosa: en cáncer, la innovación no es un lujo. Para algunos pacientes, un ensayo puede ser el acceso a una alternativa cuando las opciones estándar se agotan. Eso no significa vender esperanza falsa ni prometer curas. Significa ofrecer una puerta adicional, con reglas claras, con vigilancia estricta y con ética. Significa convertir la incertidumbre en conocimiento que ayude al siguiente paciente, al siguiente hospital, al siguiente equipo.

Colombia debería apostar por una visión estratégica: fortalecer centros regionales con capacidades básicas de investigación, simplificar trámites sin debilitar la ética, integrar datos clínicos con calidad, formar coordinadores y equipos de investigación, y promover alianzas entre universidades, hospitales y entidades regulatorias. Hacer ensayos clínicos en oncología no es fácil, pero es justamente por eso que vale la pena. Porque cada ensayo bien diseñado no solo prueba un tratamiento: prueba si un país puede organizarse alrededor de lo más importante, que es cuidar a su gente con ciencia, dignidad y responsabilidad.



“Prepárate para la Residencia Médica en **España** o **Argentina** con una formación online de última generación”

Con **PROMIR** y **PROREM**, Médica Panamericana te ofrece una preparación online adaptativa, práctica y respaldada por inteligencia artificial. Aprende con simulaciones, ejercicios de alto rendimiento y tutor personal, todo en una plataforma moderna y eficaz.



PROMIR
España





PROREM
Argentina



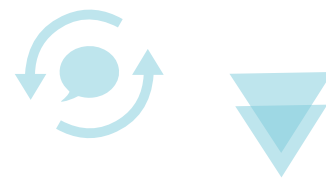
Comunicate con nosotros en:
www.medicapanamericana.com
318 695 10 13 / 318 284 54 17
soporte.promir@medicapnamericana.com.co
mercadeomp@medicapnamericana.com.co



Desde 1953
7 AÑOS
Formando Profesionales de la Salud

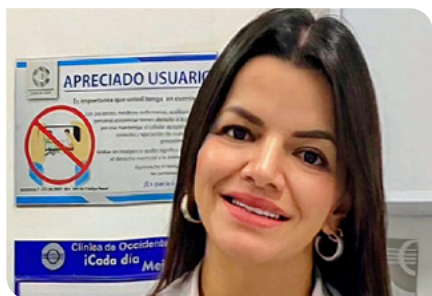


EDITORIAL MÉDICA
panamericana



Del Covid-19 al herpes zóster: ¿qué vacunas necesitan los adultos hoy?

La vacunación en la adultez tiene un papel clave para reducir la transmisión, la gravedad y las complicaciones de diversas enfermedades. La **doctora Shirley Vanessa Correa, médica internista, subespecialista en infectología y miembro del comité de vacunación de adultos de la ACIN** explica que mantener el calendario de vacunas y aplicar refuerzos según indicación protege tanto a la persona como a la comunidad.



CMC: ¿Qué tan importante es la vacunación de adultos para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas en comparación con la inmunización infantil?

Doctora Correa: Es igual de importante, dado que al envejecer sucede un proceso en el sistema inmune llamado inmunosenescencia; esto significa que el sistema inmune “envejece” y deja de ser tan efectivo como antes. A pesar de haber recibido vacunas durante la niñez o la adolescencia, esa inmunidad puede disminuir y no protegernos igual contra las infecciones, por lo que somos susceptibles de presentar cuadros más graves.

Además, algunas vacunas requieren refuerzos periódicos para potenciar la respuesta inmune e incluso vacunarse contra enfermedades que ya hemos padecido —como la varicela zóster— evita reactivaciones en la adultez que pueden asociarse a complicaciones permanentes, por ejemplo, la neuropatía posherpética.

CMC: ¿Cuáles son los conceptos erróneos más comunes que tienen los adultos sobre las vacunas y cómo se pueden corregir?

Doctora Correa:—Que son inseguras. Esto no es verdad: todas las vacunas tienen estudios de seguridad que las avalan para su uso en adultos y, en muchos casos, en recién nacidos. Como cualquier intervención, pueden producir efectos adversos, normalmente leves, como dolor en el lugar de aplicación, malestar general y, en algunos casos, fiebre; esto refleja la activación de la respuesta inmune para generar memoria y anticuerpos, que luego nos protegen frente a las infecciones.

- Que desencadenan otras enfermedades. En consulta he oído que, tras vacunarse, algún familiar sufrió un infarto, cáncer o un accidente cerebrovascular. Casualidad no es lo mismo que causalidad; probablemente, al revisar los antecedentes, esa persona tenía múltiples factores de riesgo que conducían a ese desenlace y la vacuna no tuvo relación.
- Que vacunarse provoca la enfermedad. Esto es falso en el caso de vacunas no vivas, que se diseñan

con partes del microorganismo; al no contener el microorganismo completo, es imposible que produzcan la enfermedad. En las vacunas con microorganismo vivo atenuado esto podría ocurrir en forma muy infrecuente; además, dichas vacunas suelen estar contraindicadas en pacientes con inmunosupresión. En personas inmunocompetentes —la mayoría de los adultos menores de 60 años— ese riesgo prácticamente no existe.

CMC: ¿Puede explicar la importancia de la nueva cepa del virus H3N2 y en qué se diferencia de los virus de influenza anteriores?

Doctora Correa: La importancia radica en que ha circulado más de lo habitual durante el último año en el mundo, respecto a su frecuencia previa. En cuanto a la clínica, sus manifestaciones son idénticas a las de otras cepas de influenza, como la AH1N1. Ambas se previenen mediante la vacunación y las dos tienen el potencial de producir neumonías virales y complicaciones respiratorias severas que pueden causar la muerte.

CMC: ¿Cómo afecta el virus H3N2 a los diferentes grupos de edad y por qué deberían preocuparse especialmente los adultos?

Doctora Correa: El virus influenza H3N2, en cuanto a fisiopatología, es igual a otros tipos de virus influenza: puede afectar a cualquier persona, pero provoca cuadros más severos en adultos mayores y en personas inmunosuprimidas no vacunadas.

La infección puede variar desde una gripe leve, autolimitada en una semana, hasta neumonía viral que requiera soporte de oxígeno de bajo o alto flujo, falla ventilatoria, intubación orotraqueal, ingreso a unidad de cuidados intensivos y muerte.

Además, el tratamiento antiviral disponible, oseltamivir, pierde efectividad para evitar la progresión a neumonía si se inicia después de 48-72 horas desde el inicio de los síntomas.

La vacunación, junto con otras medidas como el lavado de manos, el uso de mascarillas, evitar el contacto con personas sintomáticas o aislarse cuando se está enfermo, son las estrategias más poderosas para prevenir la infección por este virus.

CMC: ¿Qué vacunas se recomiendan actualmente para que los adultos se protejan contra la influenza, incluida la cepa H3N2?

Doctora Correa: En Colombia tenemos disponibles dos vacunas:

- Vacuna trivalente: incluida en el plan de beneficios de salud de forma gratuita; protege de infecciones severas causadas por dos cepas de influenza A —A(H1N1) y A(H3N2)— y por un linaje B/Victoria.
- Vacuna tetravalente: se entrega con formulación MIPRES hecha por un médico o se adquiere de forma particular; protege contra las mismas dos cepas de influenza A —A(H1N1) y A(H3N2)— y cubre además dos linajes B: B/Victoria y B/Yamagata.

Ambas se administran anualmente y protegen frente a la cepa A H3N2, por lo que cualquiera de las dos ayudará a proteger contra las cepas que más circulan y causan infección en el país.

CMC: ¿Qué tan efectivas son las vacunas contra la influenza existentes frente a la nueva variante H3N2?

Doctora Correa: A pesar de las diferencias antigénicas de la variante A(H3N2) con otros virus influenza, la protección de la vacuna frente a hospitalizaciones se mantiene: según datos recientes, la vacuna puede ofrecer hasta un 75 % de protección en niños y alrededor de un 40 % en adultos; además reduce el ingreso a UCI y la muerte por influenza en porcentajes importantes.

CMC: ¿Qué papel desempeña la vacunación en la reducción de la gravedad de la enfermedad y las hospitalizaciones relacionadas con las diferentes infecciones?

Doctora Correa: El año pasado, la asociación europea de cardiología posicionó a las vacunas como el cuarto pilar de la prevención del riesgo cardiovascular, junto con los antihipertensivos, los hipolipemiantes y los medicamentos para la diabetes, porque diversos patógenos prevenibles por vacunación —influenza, Covid-19, neumococo, virus respiratorio sincitial— aumentan el riesgo cardiovascular en adultos sanos y de forma muy significativa en personas con riesgo.

Que una persona con múltiples comorbilidades cardiovasculares presente una de estas infecciones se asocia a más eventos cardiovasculares mayores, como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, falla cardíaca y muerte; esta asociación está comprobada con influenza y neumococo, que es la bacteria vinculada al aumento del riesgo cardiovascular, descompensación de enfermedades, estancia en UCI por enfermedad invasiva y muerte.

Además, prevenir estas infecciones mediante la vacunación disminuye la descompensación de enfermedades como asma o EPOC; incluso hay

estudios que muestran que la vacunación contra el herpes zóster, además de reducir el riesgo de infección diseminada y neuropatía posherpética, también disminuye el riesgo de demencia en adultos.

CMC: ¿Cómo pueden los profesionales de la salud y las autoridades de salud pública mejorar las tasas de vacunación de adultos ante la aparición de virus emergentes como el H3N2?

Doctora Correa: Lo primero es conocer las recomendaciones de vacunación anual para todos los pacientes, especialmente adultos mayores de 60 años, con comorbilidad cardiovascular y con enfermedades que produzcan inmunodeficiencia, como enfermedades autoinmunes, VIH, cáncer y pacientes trasplantados de órgano sólido o de médula ósea.

Conociendo las recomendaciones, ofrecer la vacunación a todos los pacientes. Aunque en épocas de lluvia hay una mayor circulación de virus, Colombia es un país tropical sin estaciones marcadas; lo ideal sería vacunar en los primeros meses del año, pero se puede vacunar en cualquier momento; lo importante es no perder nunca la oportunidad de vacunar a ningún niño o adulto.

CMC: ¿Qué consejo les daría a los adultos que dudan en vacunarse y cuáles son las vacunas que no pueden faltar en la adultez?

Doctora Correa: Las vacunas son la mejor herramienta de prevención de enfermedades infecciosas disponibles: reducen enfermedades graves, hospitalización, muerte y secuelas a largo plazo. Son seguras; sus efectos adversos son leves y transitorios, y no existe evidencia científica sólida que las vincule como causa de otras enfermedades. Prevenir infecciones mediante vacunación evita que enfermedades de base se descompensen y conduzcan a hospitalización o a complicaciones cardiorrespiratorias y neurológicas.

En un adulto de 60 años son mandatorias:

- Influenza anual (trivalente o tetravalente).
- Covid-19 con la formulación actualizada disponible; la del 2025 en el país tenía cobertura para la variante JN1.
- Neumococo conjugada (13 o 15), seguida a las 8 semanas por neumococo 23 polisacárida; cuando esté disponible la conjugada 20, una dosis única de esta sería suficiente.
- Varicela zóster recombinante: 2 dosis, especialmente en mayores de 55 años para prevenir reactivaciones (en quienes tuvieron varicela) y la neuropatía posherpética.
- Tétano, difteria y tosferina: un refuerzo del esquema completo al menos cada 10 años.
- Virus respiratorio sincitial: una vez esté disponible en el plan para adultos; actualmente en el país solo está aprobada e indicada para mujeres gestantes.

Otras vacunas, como fiebre amarilla y dengue, están contraindicadas en adultos mayores o en personas con inmunosupresión y deben evaluarse según el riesgo epidemiológico individual. Vacunas como hepatitis B, hepatitis A y meningococo dependerán de las condiciones especiales del paciente, ocupación (personal de salud) y si existe inmunidad natural previa.

La era de los Centauros: Médicos y máquinas sin renunciar al pensamiento clínico

Por: Juan Martín Montoya Osorio, médico de la Pontificia Universidad Javeriana y especialista en Epidemiología de la Universidad de los Andes



Hace unas semanas, en la sala de conferencias del Massachusetts General Hospital, se llevó a cabo un experimento que parecía sacado de la ciencia ficción. De un lado estaba el Dr. Daniel Restrepo, internista colombiano formado en la Universidad del Sur de la Florida en Tampa, hoy profesor de Harvard y elegido en múltiples ocasiones como el mejor clínico de esa institución. Del otro lado, no había un colega de bata blanca, sino un software: Dr. CaBOT, un sistema de inteligencia artificial generativa diseñado para el diagnóstico médico.

La escena no era trivial. Restrepo no solo representaba la experiencia acumulada en años de práctica clínica, sino también el legado de los grandes maestros de antaño de la medicina, aquellos que enseñan a pensar a pie de cama, a escuchar con paciencia, a preguntar con método y a dudar con inteligencia. Dr. CaBOT, en cambio, era heredero de otro "Cabot": el mítico internista de principios del siglo XX que fundó las Clinicopathologic Conferences (CPCs) en el Massachusetts General Hospital de Harvard. Esos espacios, en los que un caso complejo se diseccionaba paso a paso combinando clínica, fisiopatología y astucia, se convirtieron en escuela mundial de razonamiento diagnóstico. Hoy, un

siglo después, el apellido Cabot renace en un acrónimo digital que resume otra manera de pensar: millones de datos procesados en segundos, sin cansancio ni sesgo aparente.

El duelo fue fascinante. El paciente, un caso clínico real, fue presentado a ambos. Restrepo, con la calma y la finura del clínico, fue elaborando hipótesis, jerarquizando hallazgos, preguntando lo pertinente y descartando lo improbable. CaBOT, en cambio, desplegaba en segundos diagnósticos diferenciales con probabilidades ajustadas según algoritmos de machine y deep learning. Al final, los dos llegaron a conclusiones similares. La diferencia: al primero le dieron seis semanas para prepararse y al segundo solo minutos. Pero lo que estaba en juego no era el resultado de ese caso, sino la pregunta de fondo: ¿qué lugar ocupa el médico en la era de la inteligencia artificial?

El peligro de ser esclavos de la pantalla

Algunos dirán que la IA nos liberará de errores y de la fatiga; otros, que nos volverá obsoletos. Yo creo que el mayor riesgo es más sutil: que los médicos terminemos delegando nuestro pensamiento a un software. Que la máquina piense por nosotros y nosotros nos limitemos a verificar o acatar. Esa dependencia, esa renuncia a la heurística y al razonamiento clínico, sí que nos volvería prescindibles.

La medicina se transformaría en un oficio de operadores de pantalla, técnicos de interfaces que leen lo que la máquina dicta. Y entonces sí, podríamos ser reemplazados sin mayor drama. No porque la IA sea mejor, sino porque habríamos renunciado a ser médicos. Recordemos que los inteligentes somos los seres humanos, no un algoritmo artificial.

Sin embargo, ya está sucediendo. Estudios recientes sugieren que, cuando los estudiantes de medicina utilizan sistemas de IA generativa de manera pasiva, se afecta su capacidad de razonamiento clínico y toma de decisiones (Zhai et al., 2024). Ante esta

realidad, surge un nuevo concepto al interior de las escuelas de medicina y del pensamiento médico: el concepto del centauro.

El ideal del centauro

En el artículo *"Beyond Human and Machine"* (Pareschi, 2024), se introduce el concepto del "centauro": un enfoque colaborativo en el que el médico conserva el liderazgo del razonamiento clínico y utiliza la IA como herramienta complementaria. Ni humanos contra máquinas, ni máquinas contra humanos, sino un híbrido. Como el ser mitológico mitad hombre, mitad caballo, aquí se trata de médicos de carne y hueso que cabalgan con algoritmos como complemento.

La evidencia reciente muestra que este modelo es superior. Estudios comparativos han demostrado que los diagnósticos son más acertados cuando el médico piensa primero, organiza sus hipótesis y luego consulta a la IA como segunda opinión. No cuando la IA da la respuesta y el humano simplemente la valida. La diferencia es enorme: en el primer escenario, el médico se enriquece, corrige sesgos y aprende. En el segundo, se convierte en esclavo digital.

Esta misma preocupación la planteamos recientemente en el *International Brazilian Journal of Urology*, al proponer un marco responsable de adopción de IA en urología en países de ingresos medios como Colombia, subrayando la necesidad de validación clínica rigurosa, ética y adaptación a las realidades locales.

Ejemplos clínicos

El centauro funciona, por ejemplo, en situaciones donde el volumen de datos es inabarcable para un humano.

- En radiología, un algoritmo puede detectar microcalcificaciones que el ojo clínico pasa por alto, pero es el radiólogo quien decide si son clínicamente relevantes.
- En nefrología, la IA puede cruzar en segundos miles de variables

de laboratorio para anticipar una lesión renal aguda, pero es el nefrólogo quien interpreta la pertinencia clínica y evita sobre-diagnósticos.

- En urología, la IA ya se utiliza para predecir recurrencias de cáncer de próstata o para guiar biopsias con imágenes fusionadas; pero ningún software puede reemplazar la conversación honesta y humana con el paciente sobre riesgos, pronóstico y calidad de vida.

El patrón se repite: la IA ve más, más rápido, pero no ve mejor. El "ver mejor" sigue siendo humano: escuchar, interpretar, contextualizar y acompañar.

Una medicina híbrida

La medicina siempre fue híbrida: entre ciencia y arte, entre cifras y narrativas, entre la estadística poblacional y la singularidad del paciente. Lo que nos propone hoy la inteligencia artificial no es tan distinto, pero sí exige lucidez, saber que estas herramientas son poderosas, pero que el peligro es doble. Si las despreciamos, quedamos ciegos frente al futuro. Si las adoramos, nos volvemos innecesarios. El camino está en el medio: ni fe ciega ni rechazo total, sino pragmatismo. Usarlas como marco, no como dogma; como complemento, no como reemplazo.

La hora de los centauros ha llegado. El dilema no es si la inteligencia artificial sustituirá o no al médico, sino cómo decidimos relacionarnos con ella. Si renunciamos a pensar, la pantalla nos reemplazará sin resistencia. Pero si la IA se convierte en nuestra segunda opinión, un asistente silencioso que amplía nuestra mirada sin anularla, la medicina conservará su alma.

Como Quirón, el centauro griego maestro de héroes, debemos aprender a cabalgar con la técnica sin entregar el juicio. El futuro no será humano ni algorítmico: será híbrido. Será centauro.





Nueva pirámide nutricional y enfermedades crónicas: el papel de la farmacología y nutrición clínica



Por: doctor Peter Vergara Ramírez, especialista en cuidado intensivo, farmacología clínica y nutrición clínica, maestrante en medicina personalizada y farmacogenómica. Director del comité de farmacología clínica AMCI. Intensivista y farmacólogo clínico de la Clínica Nueva (Bogotá)

Tuvimos este año una actualización y un giro de 180 grados a la pirámide nutricional originaria de los años 70 en Suecia, pero popularizada en los 90 en Estados Unidos. Estos más de 50 años en los que se venía recomendando el consumo de alimentos con patrones lo más cercanos posibles a la dieta mediterránea parecen haber quedado en el pasado, por lo menos hasta que la futura evidencia nos lleve a generar nuevamente un cambio.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte mundial, representando el 75 % de los fallecimientos (43 millones en 2021), impulsadas por el envejecimiento, la urbanización y estilos de vida poco saludables. Tenemos enfermedades autoinmunes o inflamatorias que vienen presentándose y desarrollándose a edades más tempranas que antes. ¿El aumento de estas cifras se debe a un diagnóstico más oportuno o a que la población está más expuesta a sustancias proinflamatorias? Podría ser por ambas.

Si bien el cambio en la pirámide nutricional busca llevarnos a una vida más saludable, para los pacientes que padecen enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes o varias del espectro inflamatorio (artritis reumatoide, lupus, enfermedades intestinales), y esa de la que se habla mucho pero que es tan difícil abordar como la fibromialgia, el interrogante eterno es: ¿y esos medicamentos son por cuánto tiempo? Donde la respuesta más repetida y seguramente honesta es: “de por vida”.

La nueva pirámide plantea un gran potencial para prevenir y frenar la progresión de enfermedades crónicas, pero no hay evidencia seria que permita afirmar que, en general, puedan

controlarse solo con alimentación ni que baste la dieta para suspender medicamentos sin una evaluación clínica individual.

Impacto potencial de la nueva pirámide en enfermedades crónicas

Con la nueva pirámide se espera que un patrón basado en “real food” (proteínas de calidad, lácteos, verduras, frutas, grasas saludables y granos integrales, con reducción marcada de ultraprocesados, azúcares añadidos, harinas refinadas y sodio) pueda “cambiar la trayectoria de salud” y ayudar a prevenir o ralentizar enfermedades crónicas como obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular. Esta visión es coherente con revisiones científicas previas (Mediterránea, plant-based, patrones antiinflamatorios) que muestran que una alimentación rica en vegetales, legumbres, frutos secos, granos integrales y baja en azúcares añadidos, carnes procesadas y ultraprocesados reduce el riesgo de obesidad, diabetes tipo 2, eventos cardiovasculares y mortalidad.

Es por esto que las nuevas guías 2025-2030 enfatizan de forma más explícita eliminar o minimizar ultraprocesados, azúcares añadidos, harinas refinadas y bebidas azucaradas, así como priorizar proteínas y grasas “reales” (huevos, carnes, lácteos enteros, pescados, frutos secos, aceite de oliva), lo que va en la misma dirección de controlar factores clave como resistencia a la insulina, inflamación sistémica y dislipidemia. Si se aplicaran a gran escala, es razonable esperar una reducción en la incidencia y progresión de la obesidad, el síndrome metabólico, la hipertensión y la diabetes tipo 2, aunque todavía no contamos con décadas de seguimiento específicas para esta versión de las guías.

¿Qué dicen la FDA y otras agencias sobre la dieta y la enfermedad crónica?

Tanto las Dietary Guidelines oficiales como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, sigla en inglés) reconocen que la dieta es un determinante mayor de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación (las ya mencionadas previamente y algunos cánceres). Se han emitido guías para reducción voluntaria de sodio en la industria alimentaria y también se han impulsado mensajes de orientación dietaria en etiquetas (ya adoptada en nuestro país) para reducir enfermedades relacionadas con la dieta a nivel poblacional.

Sin embargo, ni la FDA ni las propias Dietary Guidelines afirman que la alimentación, por sí sola, sustituya el tratamiento farmacológico en

personas que ya tienen enfermedades crónicas establecidas; más bien, se habla de prevenir la aparición, reducir el riesgo de progresión y mejorar el control de factores de riesgo. En pacientes con enfermedades crónicas, las revisiones recientes subrayan la “autogestión nutricional” como componente esencial del manejo (reduce exacerbaciones, mejora el control metabólico y la calidad de vida), pero la describen como terapia coadyuvante, no como sustituto universal de fármacos. Tenemos entonces que los ajustes de la alimentación hacen parte del tratamiento no farmacológico para estas y muchas más patologías.

¿Se pueden controlar las enfermedades crónicas solo con alimentación?

La evidencia muestra que:

- En personas sin enfermedad establecida, un patrón alimentario saludable puede prevenir o retrasar significativamente la aparición de obesidad, hipertensión, diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular.
- En estadios iniciales o condiciones “límitrofes” (prediabetes, hipertensión leve, sobrepeso, hígado graso), una intervención intensiva en dieta y estilo de vida puede normalizar parámetros sin necesidad de medicación en una proporción de pacientes, sobre todo cuando se combina con actividad física y pérdida de peso.
- En enfermedades crónicas ya establecidas y de larga evolución, la dieta puede mejorar control glucémico, presión arterial, perfil lipídico, inflamación y necesidad de dosis de medicación, pero la mayoría de guías clínicas no recomiendan suspender fármacos solo por cambios dietarios y advierten hacerlo siempre bajo supervisión estrecha del profesional de la salud.

Además, hay que tener en cuenta que existen factores no modificables (genética, edad, daño de órgano ya establecido, duración de la enfermedad) que limitan cuánto se puede revertir solo con alimentación. En patologías como cardiopatía isquémica establecida, insuficiencia cardíaca, nefropatía diabética o complicaciones microvasculares, un cambio de dieta mejora el pronóstico y la calidad de vida, pero no sustituye tratamientos como antiagregantes, estatinas, IECAs o insulina en la mayoría de los casos.

¿Es realista el pensamiento de reducir paulatinamente la medicación con dieta + equipo clínico

Lo que sí apoya la evidencia es:

- Reducción de dosis o número de fármacos en algunos pacientes: programas de intervención intensiva en estilo de vida (dieta estructurada, pérdida de peso, ejercicio y seguimiento estrecho) han permitido reducir antihipertensivos, antidiabéticos orales e incluso insulina en subgrupos de pacientes con hipertensión o diabetes tipo 2, siempre con monitorización médica y ajustes individualizados.
- Rol clave del equipo multidisciplinario: especialistas de medicina interna/endocrinología, farmacología clínica y nutrición clínica son fundamentales para evitar interacciones, descompensaciones, hipoglucemias o descontrol tensional al modificar simultáneamente dieta y medicación.
- Enfoque gradual y basado en datos: las reducciones de medicación se hacen según respuesta objetiva (HbA1c, presión arterial ambulatoria, perfil lipídico, peso, función renal, síntomas), no como decisión teórica basada solo en haber “mejorado la dieta”.

Por tanto, es factible que, con una dieta alineada con las nuevas guías, pérdida de peso, ejercicio y apoyo de especialistas en farmacología clínica y nutrición, muchos pacientes puedan disminuir su carga farmacológica y mejorar marcadores de enfermedad, pero esto:

- No es posible ni seguro en todos los casos.
- No debe plantearse como objetivo de “cero medicación”, sino como “máximo control con mínima medicación necesaria”, manteniendo la seguridad y calidad de vida.
- La “cero medicación” podría ser posible en algunos casos específicos.

La farmacología clínica y la nutrición clínica se basan en el principio de la medicina personalizada, haciendo evaluaciones, ajustes y tratamientos de forma individual, mientras que las guías son colectivas. Es por esto que, con el auge de las redes sociales y la multiinformación, es muy fácil caer y creer que patrones de alimentación colectivos van a tener el mismo impacto en individuos con características diferentes; además del riesgo que se corre con la automedicación, ahora nos enfrentamos a la autoformulación de dietas y patrones de alimentación que también representan riesgos enormes para la salud.

Se respalda la dieta (que deberíamos dejar de llamar dieta y empezar a decir alimentación) como un pilar terapéutico, pero no el único, y que el abordaje multidisciplinario e individualizado con un seguimiento periódico siempre tendrá mejores desenlaces.



Más allá de la educación: ¿cómo los hospitales universitarios elevan los estándares de cuidado en salud?

Los hospitales universitarios son clave para la generación de conocimiento médico, lo que repercute en diagnósticos más precisos, tratamientos más efectivos y una atención más segura para los pacientes.

En un contexto en el que los sistemas de salud enfrentan crecientes exigencias de calidad, seguridad y eficiencia, los hospitales universitarios se han consolidado como actores clave para elevar los estándares de atención. Al integrar de manera permanente la asistencia clínica con la docencia y la investigación clínica, estos centros fortalecen la formación continua del talento humano en salud, promueven la adopción de buenas prácticas y aceleran el desarrollo de avances científicos. Por ello, más allá de formar profesionales, los hospitales universitarios impactan de manera directa la calidad de los servicios de salud y la experiencia de los pacientes.

La combinación de formación académica continua, investigación aplicada y atención en salud integrada que existe en estas instituciones, contribuye a tomar decisiones más informadas y a la adopción de prácticas médicas actualizadas, lo que puede traducirse en mejores resultados. De hecho, estudios han indicado que la integración de formación académica, investigación y atención clínica en hospitales docentes puede traducirse en menores índices de mortalidad para los pacientes.

Asimismo, los hospitales universitarios desempeñan un papel clave en la generación de conocimiento científico. A nivel internacional, estos centros concentran una gran parte de la investigación en temas médicos, impulsando avances que hoy son estándares en la atención clínica. Este trabajo ha sido clave en hitos de la medicina moderna —especialmente en áreas como trasplantes, oncología e inmunoterapia— y se estima que la investigación contra el cáncer liderada desde centros académicos ha contribuido a salvar cerca de 2,5 millones de vidas en el mundo desde 1991. Todo este conocimiento se traduce directamente en diagnósticos más

precisos, tratamientos más efectivos y una atención más segura para los pacientes.

Conocimiento e innovación al servicio de la salud

El impacto del modelo de hospital universitario se refleja en el reconocimiento que estas instituciones reciben en rankings nacionales e internacionales, donde suelen destacarse entre los mejor evaluados por su calidad asistencial, producción investigativa y formación médica. En este escenario, la Fundación Valle del Lili se ha consolidado como un referente del sistema de salud colombiano. Desde 2017 cuenta con la certificación de Hospital Universitario, otorgada por el Comité Intersectorial para el Talento Humano en Salud en representación del Ministerio de Educación Nacional y del Ministerio de Salud y Protección Social, y recientemente fue recertificada, ratificando la solidez y continuidad de un modelo institucional orientado al mantenimiento de altos estándares en los procesos formativos.

“La recertificación como Hospital Universitario reafirma una convicción institucional en la que la calidad se construye todos los días. En la Fundación Valle del Lili integramos de manera continua la atención, la docencia y la investigación, garantizando escenarios de práctica seguros, actualizados y de alto nivel. Este compromiso se sostiene gracias al trabajo articulado de más de 700 docentes, entre ellos más de 500 médicos especialistas, así como otros profesionales de la salud e instructores, cuyo rigor académico y vocación formativa permiten tener experiencias de aprendizaje transformadoras, educación continua de excelencia y la generación de conocimiento diferencial. De esta manera, fortalecemos una cultura de mejora continua y seguridad del

paciente, mientras formamos a la próxima generación de profesionales de la salud”, señala el doctor Luis Alberto Escobar Flórez, subdirector de Educación de la Fundación Valle del Lili.

En este contexto, la Fundación Valle del Lili también se destaca por su actividad investigativa. Durante 2025, sus profesionales publicaron más de 300 investigaciones en revistas académicas, reflejo del papel de los hospitales universitarios en la generación de conocimiento aplicado a la práctica clínica. Este trabajo impulsa la innovación, fortalece la calidad de la atención, permite anticipar desafíos sanitarios y se traduce en tratamientos más avanzados y mejores resultados para los pacientes.

Este modelo se consolida gracias a la unión estratégica entre la Fundación Valle del Lili y la Universidad Icesi, vigente desde 2009 a través de la **“Alianza Profunda por la Vida”**. Esta iniciativa, enfocada en la educación de alto nivel, la investigación y la innovación en salud, busca fortalecer la formación del talento humano, la prestación de servicios de alta complejidad y la generación de conocimiento aplicado a la atención en salud. Como resultado, la Alianza ha contribuido a la formación de cerca de 4.990 estudiantes de pregrado, 2.885 de posgrado, 2.913 de programas asistenciales y 24 profesionales en entrenamientos médicos avanzados, acompañados por docentes altamente calificados.

Como parte del fortalecimiento académico, en 2017 la Fundación Valle del Lili y la Universidad Icesi crearon la Especialización en Docencia Universitaria, un programa que ha permitido la formación de cerca de 400 docentes en competencias pedagógicas. Actualmente, la Fundación forma a más de 1.500 estudiantes al año, entre estudiantes de medicina, médicos residentes de programas médico-quirúrgicos de primera y segun-

da especialidad, rotantes médicos y asistenciales de universidades aliadas, visitantes en estancias formativas y profesionales en entrenamientos médicos avanzados. Esta labor se desarrolla a través de 3 programas de pregrado, 31 especializaciones médico-quirúrgicas, 3 maestrías, 6 entrenamientos médicos avanzados y múltiples programas en escenarios de práctica asistencial.

“Lo que une a nuestras instituciones va más allá de un convenio académico, es una alianza orientada a la formación integral del talento humano, que articula excelencia académica, vocación social y sentido ético. Esta colaboración nos permite formar profesionales con altas capacidades técnicas y, sobre todo, con calidad humana y una profunda comprensión del cuidado de las personas de su comunidad, preparados para liderar, investigar y responder a los retos del Sistema de Salud con responsabilidad y compromiso. En definitiva, los hospitales universitarios contribuyen a garantizar altos estándares de cuidado y a mejorar de manera directa la salud de las personas”, concluye el doctor Escobar.





Situación actual del cáncer en Colombia, desde la perspectiva de impacto para el profesional de la salud

El día 4 de febrero se conmemoró el día de la lucha contra el cáncer y si bien la palabra lucha refleja lo que día a día viven los pacientes y sus cuidadores, es importante destacar la lucha que se enfrentan los médicos y profesionales de la salud en el ecosistema propio del país.

Por: Doctora Claudia Alejandra López Cabra, médica cirujana, magister y especialista en epidemiología; economista de la salud. Gerente de economía de la salud y estudios de resultados-HEOR, Bayer Andina y Centroamérica y Caribe



Según la Cuenta de Alto en Colombia para el 2024, se reportaron 650.907 personas con reporte de al menos un diagnóstico de cáncer de la población asegurada. Dentro del reporte, quienes reportan mayor proporción de casos son de género femenino en un 62,5%. De los casos incidentes, en el caso de hombres, la mayoría son próstata, seguido de colon y recto y estómago; en cambio, en mujeres, son cáncer de mama, cérvix y colon y recto. Lo anterior, nos permite identificar que en general la distribución de casos en términos de incidencia y tipos de cáncer no ha cambiado significativamente en el tiempo, que la dinámica de prevalencia e incidencia han aumentado como lo ha reportado múltiple evidencia en el tiempo y que los datos permiten tomar mejores decisiones. Pero, y de barreras, ¿qué conocemos del impacto en el profesional de la salud?

En Colombia, hablamos mucho —y con razón— del impacto devastador que el cáncer tiene sobre los pacientes y sus familias. Sin embargo, hay un grupo cuyas consecuencias rara vez ocupan titulares, pero que sostiene silenciosamente la lucha diaria contra una de las mayores epidemias de nuestro tiempo: los profesionales de la salud. Lo anterior, se agudiza en contexto real de un talento humano que se reduce y una carga de enfermedad que se concentra. Colombia no cuenta con suficientes oncólogos, radioterapeutas, patólogos ni cirujanos oncológicos. Un estudio del Instituto Nacional de Cancerología (INC) evidencia un déficit de especialistas oncólogos en Colombia, donde las estimaciones muestran que cada oncólogo clínico atiende aproximadamente 830 casos nuevos y se necesitarían 626 especialistas adicionales para alcanzar el estándar de 150 casos por cada especialista en un país de más de 50 millones de especialistas; por tanto, la carga no solo es de pacientes y cuidadores, o del sistema de salud, es también para el profesional que enfrenta directamente el problema en salud en una consulta o en un procedimiento.

Con relación a las barreras importantes para los pacientes que generan impacto, están los tiempos prolongados de espera desde la primera consulta al diagnóstico y del diagnóstico al tratamiento donde se documentan que pueden superar tiempos medianos de 60 a 90 días en patologías como mama o cérvix, lo cual refiere un reto no solo para las familias si no también para los profesionales de salud, médicos y personal inmersos en el sistema de salud. Para el paciente el impacto clínico tardío puede significar disminuciones de supervivencia de hasta el 70 %, un impacto psicosocial importante por

aumentar la ansiedad, depresión y sentimientos de desconfianza dentro del sistema donde impactan adherencia y bienestar general del paciente u familia y un impacto adicional a nivel de costos no médicos directos en términos de transporte, cuidados que pueden incrementar entre 25 y 40 % los costos del hogar. Para el sistema de salud, al impacto pueden conllevar hasta un gasto directo en salud de más de 6 veces de un cáncer en etapa temprana versus etapa avanzada como en el cáncer colorrectal o de mama reportado y las EPS experimentan incrementos en reclamaciones por tutela y recobros por las fallas en el acceso temprano, además de incrementos tardíos que presionan la UPC y aumentan el costo del riesgo en enfermedades de alto costo. Con relación a los prestadores, también se identifica un impacto importante de esta barrera, como sobrecarga de servicios y ocupaciones críticas, además de fragmentación de la atención por las referencias tardías, múltiples interconsultas y pérdida de continuidad que conllevan a mayor costo operativo, disminución de márgenes en servicios capitados o en negociaciones de Pago Global Prospectivo (PGP).

Ahora, el profesional de salud, inmerso como el escudero que enfrenta en la consulta a la situación directa del paciente e interactúa con todos los componentes del sistema, enfrenta las consecuencias de los tiempos tardíos, en términos de frustraciones clínicas, estrés y aumento de que se agudizan cuando los profesionales están en zonas lejanas o rurales dada la responsabilidad que acarrea de contar con menos profesionales y menos herramientas. Sumado a la necesidad de manejar los casos avanzados con uso de terapias más costosas o de carácter más paliativo que curativo, con menor probabilidad de éxito que conllevan también a la impacto reputacional y percepción de baja calidad de atención.

Ahora, si evaluamos desde perspectiva de la carga de la enfermedad, el cáncer contribuye una pérdida en términos de años de vida saludables que constituyen la suma de los años vividos con discapacidad más los años perdidos por muerte prematura. Lo que pocas veces se dice, es que la carga creciente del cáncer, combinada con los retrasos estructurales en diagnóstico y tratamiento, está generando una crisis silenciosa: una tormenta que erosiona la salud emocional, física y moral del talento humano en salud. Médicos generales que deben reconocer señales tempranas. Patólogos que analizan cientos de muestras al límite de su capacidad. Oncólogos obligados a tomar decisiones complejas en un

sistema que no siempre acompaña. Enfermeras que asisten a pacientes que llegan tarde, demasiado tarde, sumado a uno de los fenómenos menos discutidos en nuestro país es el estrés moral. No es el cansancio físico. No es **burnout** administrativo. Es algo más profundo. Es saber lo que se debe hacer —por ejemplo, iniciar una quimioterapia curativa a tiempo— y no poder hacerlo debido a barreras de tiempo, demoras en estudios, fragmentación del sistema. La literatura describe esto como “moral distress”.

El moral distress que experimentan los profesionales de la salud en oncología surge cuando conocen con claridad el curso clínico ideal para un paciente —por ejemplo, iniciar un tratamiento potencialmente curativo dentro de los tiempos recomendados— pero hay factores que les impide actuar. En cáncer, esta barrera puede ser una biopsia que tarda semanas, una autorización que no llega, un estudio que se desplaza entre IPS sin coordinación o una referencia que se pierde en la fragmentación del aseguramiento. La literatura describe que este choque entre “lo que se debe hacer” y “lo que realmente se puede hacer” genera una profunda disonancia moral, que erosiona la toma de decisiones, activa sentimientos de impotencia y afecta el bienestar emocional del profesional. En Colombia, los informes del Instituto Nacional de Cancerología y del Ministerio de Salud han documentado que las demoras recurrentes en las rutas de atención —particularmente en cáncer de mama, cérvix, colon y próstata— generan frustración sistémica en el equipo clínico, al tener que enfrentar pacientes en estadios avanzados que podrían haberse beneficiado de intervenciones tempranas. Esta tensión sostenida se relaciona directamente con angustia, despersonalización y mayor vulnerabilidad emocional entre el talento humano asistencial. Ahora esto no es un evento aislado, sino un proceso acumulativo que, cuando persiste, se transforma en moral residue: la huella emocional que queda luego de episodios repetidos en los que el profesional no pudo actuar conforme a sus valores éticos o a su criterio clínico. Estudios internacionales muestran que esta carga aumenta el riesgo de depresión, insomnio, deterioro de la salud mental y abandono laboral, particularmente en oncología, una de las especialidades con mayor desgaste emocional a nivel global. En el contexto colombiano, donde la fragmentación del sistema exige que los profesionales gestionen trámites, autorizaciones y procesos administrativos.

El moral distress se convierte en un factor crítico de burnout, disminución

del rendimiento profesional y pérdida de talento humano altamente especializado. La evidencia también indica que esta tensión moral prolongada está asociada con mayor intención de renuncia, dificultades en la relación médico-paciente y deterioro en la calidad de la atención oncológica, lo que finalmente impacta no solo al individuo sino a todo el ecosistema de atención del cáncer. Este estado sostenido genera una forma de disonancia ética que, con repetición, se transforma en esa cicatriz psicológica denominada “moral residue” que dejan episodios sucesivos donde el profesional no pudo actuar conforme a sus principios clínicos y humanitarios. La evidencia muestra que este residuo moral es un disparador directo de burnout severo, mayor percepción de ineficacia personal, desvinculación emocional y agotamiento profundo.

La literatura demuestra que cuando el moral distress se mantiene sin resolución, sus repercusiones van más allá del bienestar emocional del clínico: afectan la retención del talento humano especializado, generan intención de abandono laboral y erosiona las bases de la relación médico-paciente. En oncología este impacto es crítico, porque el cuidado depende de equipos estables, altamente especializados y emocionalmente disponibles. Estudios internacionales, muestran que el moral distress sostenido y el burnout aumentan la probabilidad de errores médicos, reducen la capacidad del personal para establecer empatía y deterioran la calidad de las decisiones clínicas, especialmente en contextos de alta complejidad como el manejo de pacientes con cáncer avanzado. En Colombia, donde el número de oncólogos, patólogos y radioterapeutas es insuficiente y mal distribuido territorialmente, cada renuncia o rotación causada por desgaste emocional profundiza la escasez y sobrecarga a quienes permanecen en el sistema, generando un círculo vicioso: menos talento → más carga → más moral distress → más burnout → más fuga de especialistas. El efecto final no solo afecta al individuo, sino también a la seguridad del paciente, la oportunidad terapéutica y la sostenibilidad operativa del ecosistema del cáncer.

Por eso, la situación del cáncer en Colombia no sólo son los casos de pacientes y sus consecuencias, no es solamente la carga de enfermedad y emocional considerable para el paciente y cuidadores, no es solamente la prevalencia, incidencia y mortalidad, no es la carga en costos, administrativa y de enfermedad para el pagador, para el gobierno sino también la carga que representa para la primera línea de atención, el médico, la enfermera, el profesional de la salud en general que día a día se enfrenta a las barreras, incertidumbres y articula el ecosistema del sistema de salud, el núcleo familiar del paciente y la propia enfermedad del paciente.

Avanzando en la dignificación del ejercicio y la formación médica: reconocimiento de pago a internos

Por: Cindy Viviana Rodríguez Echeverría, [expresidenta ANIR regional centro](#)



Hace pocos días, se conoció a nivel nacional la noticia sobre el reconocimiento económico a los y las internas del territorio nacional. Aproximadamente ocho mil estudiantes del último año de medicina empezaron a recibir en enero una remuneración equivalente a 1 SMMLV, representando un avance histórico en la dignificación de su función en el ámbito asistencial, donde no solo desarrollan prácticas formativas, además aportan con su conocimiento y experiencia a los diferentes servicios por los cuales rotan.

Este logro ha requerido mucho trabajo conjunto y múltiples espacios de discusión, por lo que dista de ser una medida de cara al proceso electoral que se avecina, como de manera equivocada se ha afirmado. Desde hace aproximadamente tres años, organizaciones como la ANIR, ACOME, ASCEMCOL, estuvieron participando en las mesas técnicas donde se discutía la necesidad y el mecanismo para llegar a dichos pagos. Posteriormente, cuando empezó a formularse la reforma laboral, se consideró dicho escenario como el adecuado para dar el reconocimiento a los “pasantes” de medicina, situación que iba de la mano con el pago a los practicantes del SENNA, al generar ingresos a las instituciones donde se desempeñan durante su formación. Ante el hundimiento de dicha reforma, se requirió participar activamente en las discusiones para

lograr la inclusión en el nuevo articulado. El año pasado, las presidencias de ANIR y ACOME, insistieron en la necesidad de incluir a este grupo en la nueva reforma laboral, además de presionar mediante las diferentes redes y mediante representantes de partidos, sin tener vinculación con ninguno de estos, la aprobación del nuevo articulado. De la mano, estudiantes, padres y algunos egresados, apoyaron en las manifestaciones que exigían dicha ratificación. Por ello, es un logro que el 25 de junio del 2025 se aprobara la reforma laboral, con el reconocimiento a los estudiantes de internado en el artículo 22 de la Ley 2466 de 2025.

Sin embargo, se requería poder avanzar en la materialización de estos pagos, ya que el antecedente de dos años para empezar a ver el desembolso de la ley de residentes desde su formulación, evidenciaba que este proceso podría demorarse. En ese sentido, las reuniones con el ministerio de salud, los estudios con ministerio de hacienda, se hacían apremiantes.

En tal sentido, participamos y celebramos el anuncio de Ministerio de Salud hecho el 30 de diciembre, que autorizó el pago y también la cobertura a la seguridad social (\$214 mil millones de pesos para el 2026), mediante giro directo del ADRES a las instituciones educativas. Posteriormente, se aprobó la Resolución 010 de 2026 del

Ministerio de Salud y Protección Social, que reglamenta el reconocimiento económico y garantiza la afiliación de los internos al Sistema de Seguridad Social Integral, incluyendo salud, riesgos laborales y pensión.

Con dicho decreto, la tarea para socializar lo referente al pago de planillas, la comunicación con las universidades y la educación a los internos del país, es una labor titánica. Labor que el actual presidente de ANIR, Santiago Moreno, decidió asumir al establecer canales directos y el uso de múltiples redes sociales para evitar que el desconocimiento impactara en el giro del rubro a los internos. Como resultado, el 26 de enero empezaron a darse los primeros pagos y fue muy gratificante ver la alegría de los estudiantes al recibir su primer pago, como motivación para continuar su proceso formativo con compromiso y entrega.

Finalmente, la función de nuestra asociación es poder avanzar en la calidad de la formación en salud, en la mejoría de condiciones vitales para quienes han decidido trasegar en este camino de vocación y servicio, ser puentes de comunicación y trabajo para que la dignidad gremial se mantenga. Desde nuestras propias historias, sabemos lo que implica migrar a otra ciudad, aumentar el gasto económico a las familias para apoyar la manutención, las largas jornadas que incluso vulneran la normatividad

actual sobre su extensión, y los sacrificios individuales, familiares y comunitarios, que implica poder completar la formación como médicos y médicas. Esperamos continuar aportando en condiciones tan urgentes como los escenarios de maltrato y la prevención en salud mental, que continuamos trabajando con el Proyecto de Ley “Dra Catalina”, el cual se espera, se discuta y apruebe este semestre, por lo que requerimos todo el apoyo del gremio y de la sociedad. Hoy, celebramos este triunfo que nos muestra cómo las cosas pueden mejorar, como el trabajo unido gremial permite que nuestras condiciones sean más óptimas y como podemos ir haciendo posible, lo que nos han dicho que es imposible.

Sabemos que aún hay retrasos, que algunas universidades aún no han pasado a tiempo o completos los documentos para el giro, conocemos las dificultades frente a afiliaciones y traslados de EPS, situaciones que esperamos sean solventadas lo más pronto posible por las instituciones que tienen dichas obligaciones, mientras continuamos la vigilancia y el acompañamiento de las situaciones, como hemos venido haciéndolo con los pagos a residentes, al igual que seguir y acompañar la protección del salario mínimo vital como derecho ya adquirido. Esperamos, además, que a puertas de un proceso electoral, los logros y esfuerzos de organizaciones y estudiantes, colegas, residentes, no sean cooptados por quienes en un discurso con miras a un voto, desconocen que la articulación de organizaciones hermanas y la organización gremial, son las que han llevado a este éxito histórico.





Pasos para reformar la salud en 100 días

Por: Roberto Díaz González, Delegado por el Huila, Colegio Médico Colombiano

El plan se basa en aplicar la gran cantidad de “leyes muertas” del sector salud que no se cumplen.

1. Darle la razón a la administración territorial

Aplicar la regla de tres a los reclamos de los gobernadores: a) Sostienen que los impuestos al licor y tabaco son fuentes de recursos territoriales para salud y educación. b) El Gobierno Nacional pide aumento de recursos para invertir en salud y superar la crisis, apropiándose de recursos territoriales. c) Los responsables de la red pública en su territorio son los gobernadores. d) Que el Gobierno Nacional autorice a los departamentos para aumentar sus impuestos y conseguir recursos para sus hospitales públicos, que son de su responsabilidad por principio constitucional (art. 49) y reglamentado en la Ley de Competencias 715/01. Para el año entrante inicia el aumento de las transferencias a los territorios.

2. Modificar la organización territorial en salud

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), Resolución 2367/23, que está en etapa de ajustes para su implementación, en la página 19 sobre la planificación multiescalar considera las ocho regiones naturales definidas por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC) según relieve, hidrografía, clima, vegetación, pisos térmicos, flora y fauna, tipificando la cultura y economía propia de la actividad agropecuaria. Estas regiones, adoptadas por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) como regiones y subregiones, **no** corresponden con la organización funcional para la gestión en salud, de acuerdo con la infraestructura instalada, la ubicación territorial, los centros de referencia y el talento humano en salud vinculado. Por ello, es imperativo reorganizar los **territorios sanitarios** (Dcto. 1033/21) como asociaciones de departamentos para la alta complejidad (10), subdivisiones para la mediana en provincias sanitarias (120), como asociaciones de municipios (Resolución 1789/25), en desarrollo de la Ley 1955/19, art. 249, y aplicando los instrumentos establecidos en la Ley 1545/11 y el Dcto. 1033/21. La misión impulsora de la OPS reconoce la organización de espacios subnacionales como un modelo innovador.

3. Transformar la red de ESE en EPS pública territorial

Antes de liquidar las EPS intervenidas, debe estar funcionando la red pública integral, integrada y

territorial como nueva modalidad de EPS-GESTORA. La Ley 100/93, art. 181, y el Dcto. 1876/94, art. 19, permiten agrupar las ESE con los tres niveles de complejidad de cada territorio sanitario como ente jurídico, con el fin de adquirir obligaciones y reclamar derechos. Es la única forma de generar poder en la red pública (Ley 1966/19, art. 7). Para cumplir los requisitos financieros está permitido utilizar el patrimonio fiscal, arrancando con cero deudas. Así se cumple la meta de poner fin a la intermediación financiera, recibiendo mensualmente el total de la UPC para tener presupuestos con saldo mensual cero. Para las ESE en riesgo financiero están vigentes la Ley 1450/11, art. 156, y para los territorios abandonados, los esquemas asociativos territoriales (EAT). Para la red de la Amazonia, está la Ley 1122/07, art. 14, sin funcionar.

4. Generar poder territorial en salud

Los Consejos Territoriales de Salud (CTS), creados por la Ley 100/93, art. 175, quedaron huérfanos y decorativos; se les asignan funciones para realizar tres veces al año (art. 2.10.1.1.18, Dcto. 780/16). Están vigentes y no se necesita nueva ley para actualizar sus funciones. Es necesario completar el Dcto. 1757/94 con el tema de gobernanza en salud en los órdenes nacional, departamental, distrital y municipal, como modelo novedoso para regular asuntos públicos mediante la coordinación del Estado, la sociedad civil y el mercado. Es un mecanismo para planificar objetivos, asignar recursos, evaluar resultados y promover el desarrollo sostenible y el respeto por los derechos humanos, más allá de la simple administración gubernamental. Se deben completar las modalidades de participación comunitaria establecidas en el art. 2.10.1.1.2, adicionando otro capítulo en el título 1 de la parte 10 del libro 2 del Dcto. 780/16, reglamentando así a los CTS renovados, tripartitos y únicos por territorio, como recomienda la OPS para redes con gestión basada en territorios, en desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2022 (págs. 41 y 44).

5. Control a las IPS orgánicas de la EPS gestora de vida

Primero, desmontar las normas financieras de Basilea, diseñadas para el sector bancario, asegurador y bonos de inversión, creadas por los decretos 1485/94 y 574/07. Son inefectivas para el control de los recursos a cargo de las EPS, pues permiten inversiones con dineros públicos de la salud y generan burbujas financieras de crédito, detectadas años después. Es



necesario controlar en qué gastan las IPS los dineros parafiscales de la seguridad social, midiendo sistemáticamente y semanalmente los costos operacionales y calculando el EBITDA. Así se determina el valor de insumos, medicamentos, mano de obra y costos administrativos directos. Se debe conciliar la productividad del capital financiero con la del capital humano para lograr una escala salarial única por territorio sanitario, terminando con el mercado de ganar contratos cobrando menos y precarizando el trabajo o no pagando. Es la única forma de garantizar el compromiso con la Atención Primaria en Salud renovada (OMS, Astaná- Kazajistán, 2018), que requiere servicios de calidad con profesionales bien formados, competentes, motivados, con vinculación digna, remuneración adecuada, apoyo tecnológico y medicamentos de calidad suficientes.

Opciones a la vista

En los debates de candidatos a la Presidencia se escucha que lo primero que harían es entregar medicamentos, pero la mayoría no aclara de dónde saldrán los recursos. Algunos proponen crear bonos de deuda pública; los más atrevidos afirman que los tomarán del presupuesto general de la nación o del ADRES, considerando que pueden utilizar recursos públicos como si fueran personales para financiar las obligaciones de EPS privadas. Seguramente se aplicará la fórmula universal del gran capital, donde se socializan las pérdidas para “salvar el sistema”. Ninguno menciona invertir en la red pública, pero la realidad indica que ese dinero se perdió. Tenemos un modelo estructurado que genera burbujas financieras por crédito y que estallan cíclicamente, funcionando con una metodología corrupta que enriquece a los administradores. Esto ha ocurrido una y otra vez: con el Seguro Social, con las ESE que lo escindieron, con Caprecom, Femec, Saludcoop, Cafesalud, etc.

Los aspirantes al Congreso proponen diálogos con todos los agentes del sistema para llegar a acuerdos, pero no tienen claro cómo reformar el sistema. Seguramente veremos de nuevo cursos remediales sobre temas académicos como los cuatro niveles de prevención, Leaver y Clark; factores genéticos, epidemiológicos y estadísticos de la medicina predictiva, Jean Dausset; promoción de la salud derivada de la biología, ambiente, estilos de vida y sistemas sanitarios, Merck Lalonde; determinantes sociales, culturales, económicos y políticos de la salud, Howard Waitzkin; y el decálogo sobre salud para todos de la OMS, Alma Ata 1978, traducido como Atención Primaria, confundida con primer nivel o baja complejidad, pero nada sobre administración financiera ni el elemento territorial en la gestión en salud.

El sistema de salud colombiano demuestra la validez del concepto: “a las fallas del Estado las corrige el mercado y a las fallas del mercado, los gremios”. En el Legislativo se reciclan “leyes muertas”; es el Ejecutivo al que le ha faltado voluntad política para cumplir promesas electorales. Los gremios del sector salud, agrupados en Acuerdos Fundamentales, tienen claro que la decisión acertada es desarrollar la Ley Estatutaria en Salud 1754/15, atendiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 1438/11. Continuarán los debates ideológicos para eliminar la corrupción y rehacer la asignación de recursos para lograr eficiencia en la prestación, entre privatizadores que ven oportunidades para conglomerados financieros al rematar clínicas y hospitales quebrados si hay garantía de retorno, y nacionalizadores que consideran que lo público corrige los flagelos del sector. En definitiva, seguiremos con un modelo mixto donde se compita o colabore entre lo público y lo privado, lo cual no es una Asociación Público-Privada (APP).



Diplomado

Roles del Médico en la Industria Farmacéutica



Explora nuevas oportunidades en tu carrera profesional y lidera en un sector lleno de innovación y crecimiento

ESTRUCTURA



Duración
4 meses



6 módulos
100% virtual y en directo



Modalidad híbrida
90 horas (equivalentes a un Diplomado) -
24 horas de trabajo autónomo



Diploma como:
Pharmaceutical Medical Advisor



Dirigido a
Profesionales de la salud en ejercicio o en formación,
que quieran explorar nuevos caminos de la medicina.



Recibir
asesoría
personalizada



Información
detallada de
nuestro curso