EPICRISIS

Órgano de información del Colegio Médico Colombiano

Edición 42 | Diciembre 2026 - Febrero 2027 | #SaludDignaYA | ISSN: 2539-505X (en línea)

Cuando la luz modifica el cerebro: optogenética e identidad personal

Interrogantes neuroéticos del Nobel 2026





Manuel Latorre Quintana, MD, MSc–Docente- Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Investigador junior – Neuroética.
Jheremy S. Reyes, MD, Center for Image-Guided Neurosurgery, Department of Neurological Surgery, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, USA

Respetados lectores:

En esta oportunidad queremos celebrar con ustedes el más reciente Premio Nobel de Fisiología o Medicina, otorgado en 2026 a Karl Deisseroth, Peter Hegemann y Georg Nagel por sus descubrimientos relacionados con los canales iónicos activados por luz y el desarrollo de la optogenética. Este reconocimiento no solo celebra una extraordinaria historia de investigación básica, sino también una herramienta que ha transformado nuestra manera de estudiar el cerebro y que, al mismo tiempo, comienza a plantearnos interrogantes que trascienden el laboratorio.

La historia de este descubrimiento tiene uno de sus puntos de partida en una pregunta aparentemente sencilla: ¿cómo logra *Chlamydomonas*, un alga unicelular, orientarse y nadar hacia la luz? El estudio de este fenómeno llevó a Peter Hegemann, Georg Nagel y sus colaboradores a caracterizar las canalrodopsinas, proteínas sensibles a la luz capaces de funcionar como canales iónicos. Cuando estas proteínas reciben luz de determinadas longitudes de onda, modifican el flujo de iones a través de la membrana celular y, con ello, pueden alterar la actividad eléctrica de la célula.

Continúa en pág. 3

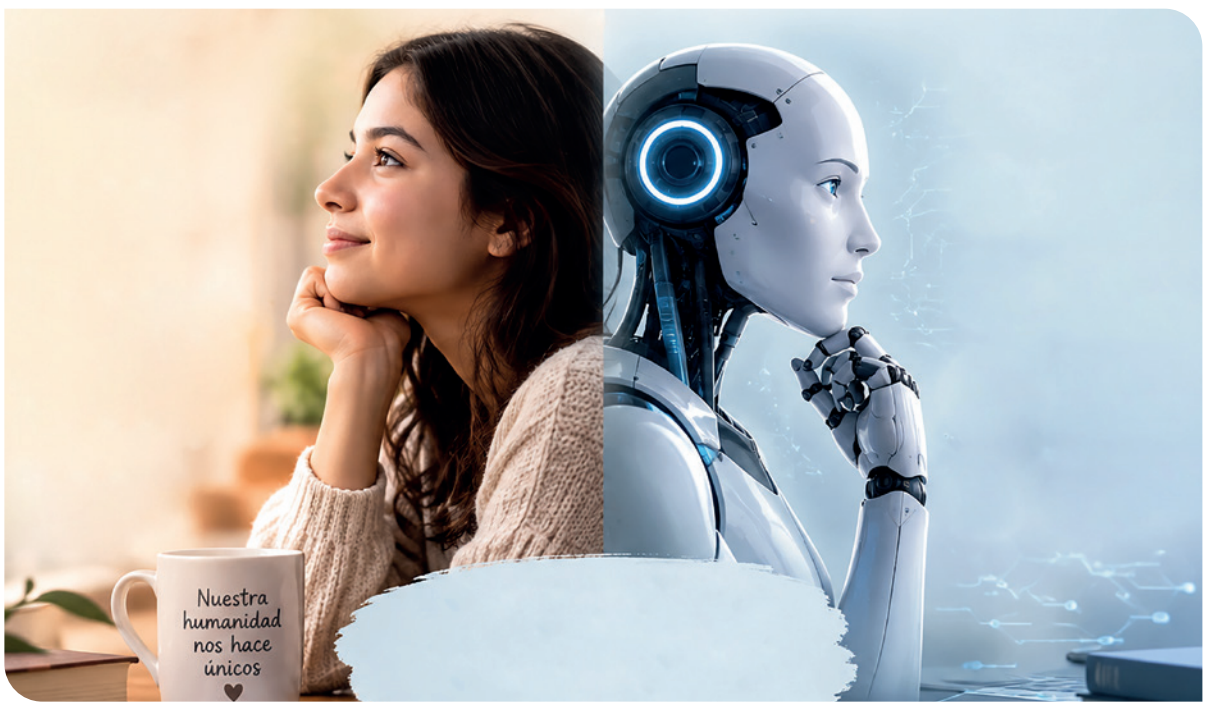
Si la IA es la superinteligencia... ¿qué somos los humanos?

Reflexiones vespertinas

Luis Eduardo Pino Villarreal MD, M.Sc, MBA, Médico Internista, Hematólogo y Oncólogo; MBA- Magíster en Inteligencia Artificial; Fundador y CEO de OxLER, Fundador de AIpocrates

Me senté a escribir estas palabras un miércoles, después de una amena conversación con dos personas interesantes con quienes compartimos diversas visiones sobre inteligencia artificial y el futuro. De aquel intercambio me quedó una pregunta: **¿qué podremos hacer los humanos con IA y qué perdurará siendo humano?** Quiero explorarla desde mi doble condición de médico y arquitecto de tecnologías: alguien que trabaja para ampliar nuestras capacidades y que, precisamente por eso, necesita preguntarse hacia dónde las estamos ampliando y para qué.

Una semana después, la pregunta adquirió un giro inesperado. El 29 de septiembre, tras reunirse con líderes tecnológicos, el presidente Donald Trump firmó una orden para que el poder ejecutivo estadounidense emplee la palabra "Superinteligencia" en lugar de "Inteligencia Artificial" en sus comunicaciones oficiales. La orden conserva provisionalmente la definición legal existente de IA y solicita elaborar una propuesta de nueva definición. Cambió el nombre que debe usar su administración; pero no demostró que las máquinas actuales posean todas las capacidades que solemos asociar con una verdadera superinteligencia...pero ese es otro tema.



Continúa en pág. 11

ÍNDICE

Editorial — Pág. 2-3
- ¿Cómo aliviar la presión financiera del sistema de salud sin sacrificar sus principios?
- Interrogantes neuroéticos del Nobel 2026

Actualidad — Pág. 4-5
- Política pública, educación interprofesional y práctica colaborativa en salud: la experiencia universitaria

Discusión — Pág. 6-7
- Cuando informar no basta: cuatro años construyendo capacidades para proteger las políticas de salud pública
- ¿Debe Colombia copiar buenas prácticas extranjeras de la región?

Entorno — Pág. 8-9
- Salud ambiental en Colombia: cuando conocer el riesgo no basta para prevenir la enfermedad

Promoción y Prevención — Pág. 10-11
- Si la IA es la superinteligencia... ¿qué somos los humanos?
- Lo que un título no dice

Contexto — Pág. 12-13
- ReTHUS: ¿Qué acredita y qué no sobre la formación de los médicos?
- Un espacio para la reflexión y el buen debate

Controversia — Pág. 14-15
- 6 de cada 10 ciberataques en Colombia van dirigidos al sector salud: más de 51 millones de historias clínicas están en juego
- La tormenta silenciosa de las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud mental en Colombia

Novedad — Pág. 16-17
- Valledupar y la UPC suman un nuevo programa para formar médicos

Avance — Pág. 18-19
- Una ecografía a tiempo puede evitar cirugías y discapacidades por displasia de cadera
- ¿Dignificación o continuidad de la precarización? El gremio médico frente a las promesas del nuevo Gobierno
- Constructo para el control del daño al sector salud
- Sociedades científicas: Setenta años cuidando la ciencia, la dignidad y el futuro del talento humano especializado en Colombia

Editorial

¿Cómo aliviar la presión financiera del sistema de salud sin sacrificar sus principios?



Por: doctor Germán Augusto Guerrero Gómez, médico especialista en economía de la salud y gestión hospitalaria- Director Ejecutivo del Colegio Médico Colombiano

La presión financiera del sistema de salud tiene múltiples causas y exige respuestas que no comprometan el acceso, la calidad ni la equidad. Colombia atraviesa un deterioro financiero estructural que amenaza la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

A esta situación se suman dos factores globales que quienes trabajamos en salud no siempre consideramos lo suficiente: las policrisis y los sistemas políticos dominantes. Las policrisis —la convergencia de problemas que se agravan entre sí— son cada vez más frecuentes. Entre sus manifestaciones están el envejecimiento no saludable, la baja natalidad, las enfermedades emergentes, los problemas de salud mental, el agotamiento, la pérdida del propósito personal, la destrucción de los ecosistemas, los cambios ambientales y el calentamiento global. A la vez, los sistemas políticos, sociales y ecológicos se han vuelto más frágiles, y ciertas decisiones políticas erosionan la confianza. Este contexto reduce nuestra capacidad para anticiparnos y responder de manera coherente; también debilita las condiciones necesarias para una vida saludable y afecta, por supuesto, la suficiencia de los recursos financieros.

En términos inmediatos, la presión financiera obedece a un desequilibrio entre ingresos y gastos: estos últimos crecen más rápido que los recursos disponibles.

La Ley 100 proyectaba que, para el año 2000, el 70 % de la población estaría afiliada al régimen contributivo. Esa meta no se alcanzó. A ello se sumaron el aumento de la cobertura del sistema —hoy cercana al 100 %— y la posterior igualación de los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo. Como resultado, fue necesario recurrir a otras fuentes de financiación. Las rentas cedidas a los departamentos, por ejemplo, comenzaron a destinarse al régimen subsidiado. También se acudió al Presupuesto General de la Nación (PGN), cuyos recursos deben distribuirse entre las necesidades de distintos sectores.

En el ámbito internacional se reconocen tres factores que impulsan el gasto en salud: la ineficiencia —que incluye prácticas clínicas de bajo valor y corrupción—, la transición demográfica y epidemiológica, y la presión tecnológica. Estos dos últimos factores seguirán presentes y continuarán elevando los costos de la atención.

Colombia enfrenta, además, la particularidad de la salud como derecho fundamental, en donde la Constitución Política protege este tipo de derechos, independiente de si el Estado tiene o no recursos financieros que soporten estos gastos. La población se ha acostumbrado a que el sistema cubra prácticamente todas sus necesidades y a realizar pocos pagos del bolsillo propio. Este rasgo, reconocido internacionalmente, plantea un desafío para alcanzar un nuevo acuerdo social sobre cómo financiar el sistema y garantizar sus prestaciones.

Alternativas para ampliar y diversificar el financiamiento

Es necesario evaluar medidas que amplíen y diversifiquen las fuentes de financiación, y que hagan su distribución más progresiva y equitativa. El giro directo, por sí solo, no constituye un mecanismo de saneamiento financiero.

La generación de empleo formal sigue siendo una estrategia válida. Si la proporción de afiliados al régimen contributivo llegara al 70 %, el sistema avanzaría de manera significativa. Para alcanzar esa meta, el Estado debe promover acciones que involucren a todos los sectores y al empresariado. También se necesitan recursos con destinación específica para la salud, distintos de los del PGN, para evitar que compitan con las necesidades de otros sectores.

El aumento del IVA a los licores y otras medidas incluidas en el proyecto de ley de ajuste fiscal, si se aprueban, entrarían en vigor a partir de 2028. Pero la necesidad de recursos es inmediata; hacen falta alternativas para lo que resta de este año y para 2027. Los impuestos saludables ya creados podrían destinarse a financiar el gasto en salud sin esperar hasta 2028.

En el caso de las clínicas privadas, podría promoverse el pago de las deudas de las EPS intervenidas —de responsabilidad pública— mediante el cruce de esas obligaciones con deudas tributarias ante la DIAN, también una entidad pública. Sería, por tanto, una transacción entre entidades públicas. Las clínicas podrían destinar los recursos recibidos, primero, al pago de sus trabajadores de la salud y, después, a la compra de insumos para la atención médica.

Aumentar los recursos debe ir de la mano de mejorar la eficiencia del sistema. Las ineficiencias pueden ser asistenciales —duplicación de servicios, eventos adversos y atención de bajo valor—; relacionadas con los recursos y la tecnología —por ejemplo, el uso inadecuado de insumos y equipos—; o administrativas y sistémicas, como los procesos deficientes y las fugas de recursos. La Academia Nacional de Medicina, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y Colegio Médico Colombiano han unido esfuerzos con tres proyectos mancomunados para generar valor en salud en cada acto médico. La experiencia internacional muestra que la eficiencia de los sistemas de salud depende en gran parte de quienes toman las decisiones clínicas. Los profesionales de la salud son, por tanto, los aliados estratégicos más importantes de la transformación institucional. Las tres instituciones proponemos incorporar estos proyectos como pilares estratégicos del sistema de salud colombiano, lo cuales son: Dilemas Éticos de la Priorización en Salud (DEPS) de la Academia Nacional de Medicina, Decisiones Acertadas de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y la Gobernanza Clínica del Colegio Médico Colombiano.

Cambios institucionales e incentivos para mejorar la eficiencia

Para mejorar la eficiencia del gasto y lograr mejores resultados en salud, es necesario revisar algunas modificaciones institucionales y los mecanismos de incentivo. Las EPS intervenidas, a mi juicio, no deberían liquidarse, como algunos han propuesto, en particular en el caso de Nueva EPS. Una liquidación podría elevar el riesgo sistémico para el sector. Estas entidades registran una siniestralidad elevada y deudas cercanas a los 47 billones de pesos. Su liquidación podría dejar sin pago las obligaciones con clínicas y hospitales, instituciones ya frágiles que podrían verse obligadas a cerrar parcial o definitivamente. La población y el talento humano en salud serían quienes sufrirían las consecuencias.



Tampoco conviene entregar la gestión de la salud a los políticos. En algunos hospitales públicos se han evidenciado prácticas indeseables. Asimismo, es necesario poner fin a la integración vertical que permite favorecer a las empresas propias. La Ley 100 se concibió sobre el principio de especialización de funciones, pero ese propósito no se materializó.

La atención primaria debe ser el eje del sistema y articularse mediante redes integradas. Para hacerlo, es preciso definir con claridad la gobernanza de las redes y las organizaciones, así como establecer quién administra los recursos financieros. La atención primaria, cuando se implementa adecuadamente, no es barata ni tiene como objetivo principal reducir costos, lo que busca es mejorar la calidad de vida de la población.

Las acciones sobre los determinantes sociales no están financiadas con la UPC, pero alguien debe asumirlas. Se requiere articular los recursos y las actividades de salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con las acciones de promoción y prevención (P y P) de las EPS. También deben asignarse recursos para coordinar el trabajo sobre los determinantes sociales, incluida la acción intersectorial y transectorial. Esta tarea debe involucrar a los responsables de las entidades territoriales y al presidente de la República. La inspección, vigilancia y control de las actividades articuladas debe estar a cargo de las entidades territoriales.

Por otra parte, la contratación de servicios puede hacer más eficientes las actividades clínicas. En ese sentido, el pago global prospectivo (PGP) es una de las estrategias más prometedoras. Se recomienda que las IPS participen en su diseño y fortalezcan tanto sus competencias para construir este modelo de contratación como sus sistemas de información hospitalaria.

La migración de médicos generales y enfermeras también representa un problema costoso para un país que necesita a estos profesionales. Es urgente encontrar soluciones. A esto se suma que el 28 % de los médicos especialistas se forma en otros países y luego regresa a Colombia para ejercer. El país tiene capacidad para formar a estos profesionales, pero es indispensable que el sistema educativo contribuya a construir el sistema de salud que queremos.

Todo lo anterior nos plantea una pregunta: ¿estamos ante un desafío o ante una oportunidad de cambio? La respuesta exige un cambio de paradigma: empoderar a las personas, las familias y las comunidades, y mantener el liderazgo médico en la búsqueda de soluciones.

Viene de pág. 1

Para quienes trabajamos en el área de la salud, el concepto de una proteína sensible a la luz no resulta completamente ajeno. En nuestra retina encontramos proteínas como la rodopsina y las fotopsinas, fundamentales para la visión. Sin embargo, existe una diferencia importante, dado que, en los fotorreceptores humanos, la absorción de luz desencadena una compleja cascada bioquímica mediada por proteínas G y segundos mensajeros; las canalrodopsinas microbianas, en cambio, pueden actuar directamente como canales iónicos activados por la luz. Sin embargo, el paso decisivo hacia la neurociencia ocurrió cuando Karl Deisseroth y sus colaboradores demostraron que genes que codifican estas proteínas podían expresarse en neuronas de mamíferos. De esta manera, determinadas poblaciones neuronales podían hacerse sensibles a la luz y su actividad podía ser controlada con una extraordinaria precisión temporal. Así se consolidó la optogenética, una nueva estrategia que combina genética y estimulación luminosa para activar o inhibir poblaciones celulares específicas y estudiar de manera causal su función dentro de los circuitos biológicos (The Nobel Assembly at Karolinska Institutet, 2026).

Hasta este punto, queremos expresar nuestra admiración por una historia científica que ejemplifica el valor de la investigación básica y traslacional. Una pregunta sobre el comportamiento de un microorganismo frente a la luz terminó contribuyendo al desarrollo de una de las herramientas más influyentes de la neurociencia contemporánea. La optogenética ha permitido explorar con una precisión antes difícil de imaginar procesos relacionados con la memoria, la conducta, las emociones, la toma de decisiones y la comunicación entre distintos órganos y el sistema nervioso.

Su relevancia, sin embargo, no termina en la comprensión de estos mecanismos. Uno de los aspectos más interesantes del desarrollo de la optogenética es su posible traslación a la medicina. Podemos distinguir, al menos de manera conceptual, dos caminos. El primero sería una traslación directa**,** en la que el propio principio optogenético se utiliza con fines terapéuticos. Un ejemplo particularmente ilustrativo proviene de los intentos por restaurar parcialmente la percepción visual en personas con retinosis pigmentaria mediante la introducción de proteínas fotosensibles en células de la retina y su posterior estimulación mediante luz. Por otro lado, el segundo camino podría entenderse como una traslación indirecta. En este caso, la optogenética funciona principalmente como una herramienta para identificar con gran precisión los circuitos neuronales implicados en determinadas funciones o enfermedades. Ese conocimiento puede posteriormente orientar intervenciones que ya tienen una aplicación clínica más inmediata, como la estimulación cerebral profunda, la neuromodulación o el desarrollo de tratamientos farmacológicos dirigidos a circuitos específicos.

Es precisamente en este tránsito entre conocer el cerebro humano y adquirir una capacidad cada vez mayor para intervenir sobre él, donde comienzan a surgir preguntas que no son exclusivamente técnicas. Si una tecnología permite identificar y modificar circuitos relacionados con la memoria, las emociones, la motivación o la conducta, surge un interrogante fundamental: ¿en qué momento una experiencia, una decisión o un rasgo de comportamiento dejan de ser reconocidos como propios y comienzan a percibirse como el resultado de una intervención externa? Entre los múltiples problemas que podrían discutirse a propósito de la optogenética, en este escrito queremos detenernos en uno particularmente complejo: la identidad personal.

Para Ruchsow y Hermle (2007), retomando el pensamiento de Charles Taylor, la identidad puede entenderse como *"aquella autoimagen práctica o autoconcepto a partir del cual un individuo obtiene sentido y orientación en el mundo, así como la capacidad para actuar de manera intencional"*. Desde esta perspectiva, la identidad no se limita a una colección de rasgos psicológicos ni a la mera continuidad biológica del individuo, sino que constituye el marco desde el cual una persona interpreta su experiencia en un momento determinado, orienta sus acciones y construye una narrativa sobre sí misma. No obstante, el concepto de identidad ha sido objeto de amplios debates en campos como la filosofía y las ciencias sociales. Las distintas aproximaciones han oscilado entre concepciones que enfatizan la continuidad del sujeto a través del tiempo y aquellas que destacan los atributos que permiten describir quién es una persona. En este sentido, Sollberger (2013) distingue una noción de identidad cualitativa, asociada a los rasgos, valores, ideales, hábitos, capacidades, experiencias y formas de vida que permiten comprender quién es alguien más allá de una mera descripción biológica.

Desde esta perspectiva, la optogenética abre un escenario especialmente relevante para la neuroética. La posibilidad de identificar y modular con gran precisión circuitos neuronales relacionados con las emociones, la motivación, la conducta, entre otros ya mencionados, obliga a preguntarnos hasta qué punto una intervención sobre estos procesos podría afectar elementos que participan en la construcción de la identidad personal. La manera en que sentimos, recordamos, interpretamos nuestras experiencias, tomamos decisiones y establecemos vínculos con los demás contribuye de forma decisiva a la imagen que construimos de nosotros mismos y a la narrativa mediante la cual damos continuidad a nuestra vida.

Reconocer esta posibilidad no implica asumir que toda modificación cerebral constituye una amenaza para la identidad. Las personas cambian constantemente a lo largo de su existencia. El aprendizaje, las relaciones humanas, los acontecimientos vitales, la enfermedad, el envejecimiento e incluso los tratamientos médicos transforman nuestra manera de pensar, sentir y actuar. En este sentido, el cambio forma parte de la propia condición humana y no necesariamente representa una pérdida de identidad. Por lo tanto, el desafío ético surge cuando esos cambios pueden producirse de manera deliberada, dirigida y cada vez más específica. En ese escenario, la cuestión deja de centrarse únicamente en qué circuitos somos capaces de modificar y comienza a extenderse hacia preguntas más profundas: ¿quién decide intervenir?, ¿con qué finalidad?, ¿bajo qué criterios?, ¿hasta qué punto una persona puede seguir reconociendo como propias las emociones, motivaciones o conductas que emergen después de la intervención?, entre muchas otras.

Estas inquietudes adquieren una complejidad aún mayor cuando se examina la frontera entre el tratamiento y la modificación. Restaurar una función perdida, aliviar el sufrimiento o reducir un síntoma incapacitante suele encontrar una justificación ética relativamente clara dentro de los fines tradicionales de la medicina. Sin embargo, la situación se vuelve menos evidente cuando la intervención busca modificar aspectos que no constituyen una enfermedad en sentido estricto, como determinados recuerdos, preferencias, rasgos conductuales o disposiciones emocionales. En tales circunstancias, conceptos como la autonomía, el consentimiento, la integridad y la continuidad personal no representan preocupaciones secundarias ni meramente teóricas, por el contrario, constituyen algunos de los pilares fundamentales de la reflexión bioética, neuroética y la práctica clínica moderna (Jotterand & Giordano, 2011).

El Premio Nobel de Medicina de 2026 reconoce una herramienta extraordinaria para estudiar y controlar la actividad de las células nerviosas. No obstante, una de sus contribuciones más profundas podría consistir en recordarnos que el avance científico nunca plantea únicamente preguntas sobre lo que podemos hacer, sino también sobre lo que deberíamos hacer. A medida que adquirimos una capacidad cada vez mayor para intervenir sobre los mecanismos biológicos que participan en la experiencia humana, el reto ya no será solamente identificar qué aspectos del cerebro pueden modificarse, sino reflexionar sobre el significado que esos cambios tienen para la persona que los experimenta. Porque, en última instancia, cuando la luz comienza a revelar y transformar los circuitos del cerebro, también ilumina una pregunta muy difícil de responder: **¿hasta dónde podemos modificar el cerebro sin modificar aquello que entendemos como "nosotros mismos"?**



Decaración de uso de IA:
Los autores informan que utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa únicamente como apoyo en tareas de edición, corrección de estilo, y organización de contenidos. Adicionalmente, estas herramientas fueron empleadas para facilitar la estructuración conceptual de material gráfico desarrollado posteriormente mediante Canva. La inteligencia artificial no participó en la búsqueda, selección o evaluación crítica de la literatura, ni en la generación del análisis, interpretaciones o conclusiones. Los autores son los únicos responsables de la veracidad, originalidad e integridad del documento presentado.

Actualidad

Política pública, educación interprofesional y práctica colaborativa en salud: la experiencia universitaria

Nathaly Rozo-Gutiérrez, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social, Correo electrónico: jrozo@minsalud.gov.co

Piedad Cecilia Serpa Pérez, Universidad de Santander, Coordinador Programa EIP-IS, Correo electrónico: pie.serpa@mail.udes.edu.co

Karol Andrea Méndez Leguizamón, Decana del Programa de Química Farmacéutica e investigadora del Grupo de Investigación Cuidado de la Salud y Desarrollo Sostenible, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., Bogotá, Colombia. Correo electrónico: karmendez@udca.edu.co

Jose Ricardo Urrego Novoa, Profesor del Programa de Química Farmacéutica y líder del Grupo de Investigación Cuidado de la Salud y Desarrollo Sostenible, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., Correo electrónico: jurrego@udca.edu.co

Christian Adiel Guevara de los Ríos, Director de División de Interacción Social–Universidad de Nariño Correo electrónico: christiandelosrios@udenar.edu.co

María Camila Díaz Delgado, Profesional División de Interacción Social–Universidad de Nariño, Correo electrónico: mcamiladiazd@udenar.edu.co

Sandra Maritza Gordillo-Hernández, Msc Salud Pública. Junta Directiva. Secretaria general. Asociación Colombiana de Salud Pública, Correo electrónico: smgordilloh23.1@gmail.com–secgeneral@saludpublicacolombia.org

John Francisco Ariza Montoya, Director de Desarrollo de Talento Humano en Salud (e). Ministerio de Salud y Protección Social, Correo electrónico: jariza@minsalud.gov.co

Inés Sofía Morales-Salcedo, Investigadora y Docente, PhD en Ciencias Sociales Especialidad Antropología. Líder Nodo Región Caribe REDEIPCOL–Grupo de Investigación Mujer, Género y Cultura–Universidad del Atlántico: inesmorales@mail.uniatlantico.edu.co

Astrid Vanessa Cienfuegos-Gallet, Universidad de Antioquia, Grupo Primario Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa. Correo electrónico: astrid.cienfuegos@udea.edu.co

Angie Vanessa Briñez Valderrama, RN, MSN, Phd (@) de Doctorado en Educación y Sociedad, Universidad de Barcelona (UB). Profesora Asociada, Líder de la línea de investigación APIES, Grupo de Investigación CUIDARTE, Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: angie.brinez@juanncorpas.edu.co



Formación del Talento Humano en Salud como pilar del sistema de salud

Afirmar que el talento humano es el pilar del sistema de salud va más allá de una expresión retórica. Detrás de cada acción y de cada proceso de atención hay personas que interpretan necesidades, toman decisiones y acompañan a otras en momentos de vulnerabilidad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud ven limitada su capacidad para generar resultados positivos cuando quienes integran y gestionan sus equipos no cuentan con las competencias científicas, éticas, comunicativas y colaborativas necesarias. Por ello, la formación integral del talento humano constituye una condición estructural para garantizar el derecho a la salud y ofrecer una atención segura, humanizada, pertinente y de calidad.

La Política Pública del Talento Humano en Salud, adoptada mediante la Resolución 1444 de 2025, busca fortalecer la disponibilidad, distribución equitativa y formación integral según las necesidades poblacionales. Su línea formativa articula atención primaria en salud, salud pública, interculturalidad, determinantes sociales y atención centrada en la persona, incorporando la educación interprofesional (EIP) y la práctica colaborativa interprofesional (PCI) para promover atención integral, humanizada y resolutiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Esta orientación responde a problemas identificados por el Modelo de Acción Integral Territorial: fragmentación, baja capacidad de atención en el primer nivel de atención y brechas de talento humano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

La EIP permite que estudiantes de distintas profesiones aprendan con, de y sobre los demás para colaborar frente a necesidades complejas. No consiste en reunir programas, sino en desarrollar objetivos compartidos, reconocimiento de funciones, comunicación respetuosa y responsabilidad colectiva. Su finalidad es preparar equipos capaces de responder con seguridad y calidad a situaciones reales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Esta formación favorece la seguridad del paciente al prevenir fallas de comunicación; fortalece la continuidad mediante transiciones coordinadas; mejora la eficiencia al distribuir responsabilidades; incrementa la resolutividad al integrar miradas; y favorece la satisfacción al ofrecer información coherente y cuidado humanizado. Sin embargo, colaborar exige tiempo, liderazgo, recursos y condiciones laborales dignas.

El desafío para universidades y servicios de atención en salud consiste en superar actividades aisladas y construir una arquitectura formativa continua: mapear competencias, ofrecer experiencias progresivas, evaluar el desempeño colectivo y medir cambios en la manera de comunicarse, decidir y cuidar. Formar talento humano significa construir capacidad de sistema y convertir la colaboración en currículo, práctica y cultura institucional.

Metodología

Este artículo de reflexión se desarrolló mediante una revisión narrativa de literatura científica, documentos técnicos, marcos normativos sobre la EIP y la formación del talento humano en salud, con publicaciones de la última década y documentos estratégicos como la Agenda 2030, la Estrategia Workforce 2030 y la Resolución 1444 de 2025. De forma complementaria, se incorpora la reflexión sobre una experiencia institucional de implementación de la EIP-PCI en una universidad pública colombiana desarrollada entre 2023 y 2026, analizada en tres ejes: formación de formadores, desarrollo de experiencias educativas interprofesionales y construcción participativa de lineamientos institucionales.

Transformaciones actuales en la educación interprofesional y la práctica colaborativa en salud

La EIP y la PCI se han posicionado como enfoques esenciales para fortalecer la colaboración entre profesionales y mejorar la calidad de los servicios (Szarek, 2017). En este marco, la simulación se destaca como modalidad eficaz para desarrollar competencias de trabajo en equipo y comunicación, con evidencia de mejoras en el rendimiento grupal, el manejo de crisis y la seguridad del paciente (Gautama et al., 2023; Lampridis et al., 2024).

Las estrategias que integran simulación, rediseño curricular y capacitación continua han mostrado incrementos en conocimientos, habilidades y actitudes, y consolidan la EIP como estrategia pedagógica esencial para renovar la formación y responder a los desafíos contemporáneos de los sistemas sanitarios (Chen et al., 2024; Parada-Baños, 2026; Rodríguez-Morales et al., 2018). No obstante, persisten obstáculos como limitaciones logísticas, resistencia docente y dificultades en la evaluación (Sadikan & Ariffin, 2024), mientras la formación aislada genera silos profesionales que afectan la comunicación, la comprensión de roles y la seguridad del paciente (Wilbur et al., 2022).

La Política Pública del Talento Humano en Salud: una apuesta por transformar la formación

Los sistemas de salud enfrentan desafíos asociados al envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas, las inequidades sociales y el cambio

climático. La Agenda 2030 reconoce al talento humano en salud como recurso estratégico para avanzar hacia la cobertura universal, mientras la Estrategia Workforce 2030 enfatiza la necesidad de transformar los modelos educativos tradicionales hacia enfoques basados en competencias, centrados en las personas y orientados al trabajo en equipo (Naciones Unidas, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

En Colombia, la Resolución 1444 de 2025 integra la formación clínica con la salud pública, la APS y la salud colectiva mediante escenarios de práctica diversos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Su aporte más innovador es la incorporación de la EIP y la PCI en los procesos de formación continua, lo que trasciende las experiencias académicas aisladas hacia un marco que institucionaliza el desarrollo de competencias colaborativas —valores y ética compartidos, claridad de roles, comunicación interprofesional y trabajo en equipo— esenciales para la atención integral y centrada en las personas (Interprofessional Education Collaborative [IPEC], 2023).

Su implementación requiere transformaciones curriculares, el fortalecimiento de la relación docencia-servicio, el desarrollo docente y la gobernanza compartida entre salud y educación (Azzam et al., 2022; Bouton et al., 2023; Olson & Bialocerkowski, 2014). Como respuesta a este contexto se ha consolidado la Red Nacional de Educación Interprofesional de Colombia (REDEIPCOL), la red que articula instituciones formadoras, prestadoras de servicios, entidades territoriales, asociaciones científicas y agremiaciones. Organizada mediante una coordinación nacional y nodos regionales —Bogotá, Caribe, Centro-Andina, Eje Cafetero, Pacífica y Orinoquía-Amazonía—, promueve la cooperación académica, la investigación y el intercambio de experiencias, y se constituye en plataforma estratégica para institucionalizar modelos formativos orientados al trabajo colaborativo.

Experiencia institucional: la EIP-PCI en una universidad pública colombiana

La experiencia analizada de la Universidad de Antioquia, con larga tradición en la formación en salud, reúne en su área de la salud nueve unidades académicas — medicina, enfermería, odontología, microbiología, salud pública, ciencias farmacéuticas y alimentarias, ciencias agrarias, y educación física y deporte —, cada una con su propio calendario, ambientes de aprendizaje y cultura profesional. Esa riqueza representa, a la vez, un desafío para diseñar estrategias de EIP intencionadas. Reconociendo la complejidad creciente de los problemas de salud, las limitaciones del modelo de formación en silos y el nuevo marco normativo, la universidad formuló una experiencia estructurada en tres fases.

La primera fase (2023) se orientó a la formación de formadores mediante un Curso de Formación Interprofesional desarrollado en colaboración con la Red Académica de Educación Interprofesional en Salud de las Américas (UNIREDEIP) y gratuito para instituciones de Colombia y América Latina, ha certificado a cerca de 215 profesores en EIP-PCI.

La segunda fase (2024-2025) comprendió el Primer Campamento de EIP-PCI, con participación de programas del área de la salud y de ciencias sociales y humanas que trabajaron cinco dominios interprofesionales.

La tercera fase consistió en la construcción participativa del Lineamiento de EIP-PCI para el área de la salud, que define el objetivo institucional, los niveles y líneas de formación, siete resultados de aprendizaje organizados en cinco dominios —comunicación; valores y ética; reflexión; clarificación de roles; y trabajo en equipo— y un modelo de evaluación formativa.

Persisten retos: la coordinación entre nueve unidades con calendarios distintos, la transformación de la cultura profesional hacia experiencias no jerárquicas, la sostenibilidad frente a los cambios directivos y la heterogeneidad de los puntos de partida.

La participación en REDEIPCOL ha propiciado, además, vínculos de cooperación con otras instituciones del país, incluidos talleres conjuntos de formación docente que fortalecen la estrategia en la región.

Conclusiones

El análisis conjunto de la política pública, la literatura y la experiencia universitaria muestra que transformar la formación del talento humano implica cuestionar un modelo que privilegia la suficiencia disciplinar frente a problemas que exigen respuestas interdependientes. La EIP no solo desarrolla habilidades de trabajo en equipo: modifica la manera de comprender la responsabilidad frente al cuidado. Esta transformación, sin embargo, permanece incompleta si las competencias colaborativas encuentran después servicios organizados desde la fragmentación.

La evidencia respalda la EIP-PCI como pilar para fortalecer la colaboración, la comunicación y la seguridad del paciente. En Colombia, el impulso normativo y el trabajo articulado de REDEIPCOL posicionan este enfoque como eje para superar los silos, siempre que se acompañe de transformación curricular, formación docente y condiciones institucionales favorables. El cambio comienza cuando la colaboración deja de depender de iniciativas individuales y se incorpora a las estructuras, decisiones y culturas institucionales.

El desafío para el país no radica únicamente en incorporar la EIP-PCI como orientación normativa, sino en generar condiciones sostenibles para traducirla en prácticas pertinentes a las necesidades de las personas y los territorios. No bastará con multiplicar cursos o encuentros: se requieren trayectorias curriculares progresivas, articulación entre universidades y servicios de salud y procesos de seguimiento e investigación. En última instancia, se trata de lograr que aprender y cuidar colaborativamente formen parte de un mismo proceso de transformación del sistema, en perspectiva de contribuir al derecho a la salud.

De esta forma, reconociendo las dinámicas territoriales, el despliegue de EIP y la PCI podría integrar la diversidad de perfiles y niveles de formación que participan en los procesos de atención, diferenciando claramente sus competencias, responsabilidades, ámbitos de actuación y niveles de autonomía, pero promoviendo su articulación alrededor de objetivos compartidos de cuidado y salud.

La política pública debe avanzar de una concepción centrada exclusivamente en las competencias individuales hacia una concepción que reconozca también las capacidades colectivas requeridas para el funcionamiento efectivo de los equipos de salud. Frente a este horizonte, cabe preguntarse:

¿Las experiencias de relación docencia-servicio están preparando al talento humano para integrarse a equipos territorialmente pertinentes, diversos y capaces de responder a las necesidades reales de las personas, familias y comunidades?
¿En qué medida la transición hacia un modelo de educación interprofesional y práctica colaborativa en Colombia está transformando efectivamente los indicadores de seguridad, calidad y pertinencia en la atención, y cómo rescatan las comunidades en los territorios la humanización del cuidado en su vivencia cotidiana del sistema de salud?



Discusión

Cuando informar no basta: cuatro años construyendo capacidades para proteger las políticas de salud pública

Luz Gelys Palacio Jiménez, enfermera magister en política social
María Isabel Calderón, enfermera magister en política social





Hablar de determinantes comerciales de la salud implica reconocer una realidad que con frecuencia queda por fuera de las explicaciones tradicionales sobre la enfermedad: las decisiones individuales no se producen en el vacío. Están condicionadas por entornos económicos, políticos y sociales en los que diferentes actores cuentan con capacidades desiguales para incidir sobre las decisiones públicas.

Esta reflexión es primordial en el control del tabaco. Durante décadas, la industria tabacalera ha desarrollado estrategias para promover sus intereses e influir en los procesos de formulación e implementación de políticas públicas. Frente a esta realidad, el artículo 5.3 del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT-OMS) establece la obligación de proteger las políticas de salud pública relativas al control del tabaco frente a los intereses comerciales y otros intereses creados de esta industria. En Colombia, este compromiso fue incorporado al ordenamiento jurídico mediante la Ley 1109 de 2006.

Sin embargo, contar con una norma no significa necesariamente estar preparados para aplicarla. Entre la existencia de una obligación jurídica y su implementación cotidiana existe un espacio en el que se juegan capacidades institucionales, conocimiento, coordinación, identificación de conflictos de interés y, sobre todo, la posibilidad de anticipar situaciones que pueden afectar la autonomía de las decisiones públicas.

Este fue uno de los aprendizajes que dio origen a la estrategia desarrollada entre 2023 y 2026 por el Instituto Nacional de Cancerología, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante cuatro versiones del seminario-taller sobre gobernanza, prevención y gestión de la interferencia de la industria tabacalera. Lo que comenzó como un ejercicio de sensibilización fue transformándose progresivamente en una experiencia de fortalecimiento de capacidades, análisis de casos, diálogo intersectorial y aplicación práctica. En 2026, la vinculación de la OPS/OMS permitió además ampliar la cooperación técnica y la perspectiva regional de la estrategia.

De reconocer el problema a aprender a responder

La primera versión, realizada en 2023 de manera virtual, permitió aproximar a los participantes a las tácticas de interferencia de la industria tabacalera. Más que entregar conceptos, dejó una primera inquietud: ¿qué ocurre después de reconocer una situación de interferencia?

Esa pregunta orientó la evolución de las versiones siguientes.

En 2024 participaron 35 personas y se incorporaron ejercicios grupales, análisis de casos y espacios de discusión. En 2025, la participación presencial aumentó a 61 personas y se añadió transmisión en vivo. Estas experiencias mostraron que conocer el artículo 5.3 era necesario, pero insuficiente: también se requerían herramientas para interpretar situaciones concretas, reconocer riesgos, fortalecer la vigilancia y articular respuestas institucionales.

En 2026, con 92 participantes, la experiencia alcanzó un nuevo momento. El crecimiento numérico fue significativo —163 % frente a 2024—, pero el cambio más relevante fue otro: quiénes comenzaron a sentarse alrededor de la misma conversación.

Participaron entidades relacionadas con salud, planeación, tributación, relaciones internacionales, regulación, seguridad y gestión territorial; representantes del Congreso y del Concejo de Bogotá; universidades; organizaciones de la sociedad civil y actores territoriales. Esta diversidad permitió comprender de manera más clara que proteger una política pública de salud no es una responsabilidad exclusiva del sector sanitario.

Una decisión sobre impuestos involucra autoridades fiscales. Una regulación comercial involucra entidades de inspección y vigilancia. Una discusión legislativa compromete al Congreso. Las decisiones internacionales demandan capacidades diplomáticas. La implementación territorial requiere instituciones locales.

La interferencia, por tanto, también debe entenderse desde la gobernanza.

El problema no es solo saber más, sino tener capacidad para actuar

Uno de los aprendizajes más importantes de estos cuatro años ha sido reconocer la asimetría existente entre las capacidades institucionales y las de determinados actores comerciales.

La industria tabacalera dispone de recursos económicos, estructuras organizacionales, conocimiento especializado y capacidades de comunicación y relacionamiento que pueden ser utilizadas para promover sus intereses. Frente a ello, pedirle al Estado únicamente "estar informado" resulta insuficiente.

Fortalecer capacidades significa algo más profundo: contar con servidores públicos que reconozcan posibles conflictos de interés; instituciones capaces de establecer procedimientos claros; mecanismos de coordinación entre sectores; capacidad para analizar información y evidencia; herramientas para documentar situaciones de interferencia y condiciones que permitan que las decisiones se adopten con transparencia e independencia.

Por eso, la principal transformación de la estrategia entre 2023 y 2026 quizá no pueda medirse únicamente en número de asistentes. Su evolución puede leerse como un tránsito desde conocer el problema hacia construir capacidades para enfrentarlo. Y este tránsito nunca termina.

Las estrategias de los actores comerciales cambian, los productos evolucionan, aparecen nuevos argumentos y nuevos espacios de incidencia. Las capacidades institucionales, por tanto, tampoco pueden permanecer estáticas. El fortalecimiento debe entenderse como un proceso permanente de aprendizaje, actualización y coordinación.



Proteger la salud también significa proteger la decisión pública

La experiencia deja una reflexión que trasciende el control del tabaco.

Los determinantes comerciales de la salud obligan a pensar la prevención desde una perspectiva más amplia. No basta con informar a las personas sobre los riesgos de determinados productos si los entornos en los que toman decisiones continúan favoreciendo su consumo. Tampoco basta con expedir normas si las instituciones encargadas de formularlas, implementarlas y defenderlas no cuentan con herramientas suficientes para protegerlas frente a intereses comerciales.

En este sentido, los seminarios-taller tampoco deberían entenderse como actividades aisladas. Su valor aparece cuando forman parte de una estrategia más amplia que articula formación continua, generación de evidencia, vigilancia, gestión de conflictos de interés, fortalecimiento normativo, coordinación intersectorial y cooperación técnica.

El artículo 5.3 del CMCT recuerda que existe un conflicto fundamental entre los intereses de la industria tabacalera y los objetivos de las políticas de control del tabaco. Convertir ese principio en una práctica institucional cotidiana requiere algo más que conocer su contenido: requiere instituciones capaces de reconocer cuándo una decisión pública puede estar siendo influenciada, identificar quién participa en ella, valorar los intereses presentes y proteger el interés público.

Después de cuatro versiones, quizá ese sea el aprendizaje más importante: proteger las políticas de salud pública implica también proteger la capacidad del Estado para decidir de manera autónoma, transparente y basada en evidencia.

El desafío para Colombia no es únicamente continuar formando personas. Es transformar ese conocimiento en capacidades institucionales sostenibles, ampliar la coordinación entre sectores y construir mecanismos que permitan anticipar, prevenir y gestionar la interferencia.

Porque frente a los determinantes comerciales de la salud, informar es indispensable, pero ya sabemos que no basta.

¿Debe Colombia copiar buenas prácticas extranjeras de la región?

El rol de las navegadoras en el paciente oncológico

En un reciente viaje laboral a Guatemala me invitaron a dar una charla sobre cáncer de próstata metastásico a las navegadoras del Hospital San Juan de Dios, el hospital público de la capital. Fue ahí, frente a ellas, donde nació esta columna. Pero vayamos por partes, porque para entender la importancia de esa figura, hay que mirar primero el sistema en el que trabajan.

Por: Juan Martín Montoya Osorio–Médico, especialista en epidemiología y candidato a magíster en salud pública y en políticas públicas.



Al llegar, me topé con un sistema de salud bastante distinto al colombiano. Como todo en la vida, cada uno tiene sus ventajas y sus desventajas, sus beneficios y sus trampas. Sin embargo, a vuelo de pájaro, no sería osado decir que el sistema colombiano es mejor. O, al menos, es más solidario y de mayor cobertura.

En sistemas como el guatemalteco las personas sin empleo formal, desempleadas o en situación de calle o pobreza quedan reservadas a una atención que, en sus propias palabras y del gobierno, se limita a la caridad. Hospitales públicos que, en el mejor de los casos, cuentan apenas con medicinas básicas, adquiridas por las mismas instituciones vía licitación o donaciones, sin un sistema que las abastezca, las asegure o las respalde. El resultado es una atención precarizada, segmentada y excluyente. Algo muy parecido a lo que ocurría en Colombia antes de la Ley 100 de 1993.

Solo quien trabaja formalmente o puede pagar un seguro privado, accede —de manera limitada— a la atención y al alto costo médico. En buena parte de Centroamérica y el Caribe no existe, al menos con ese nombre, el concepto de medicina prepagada, que entre nosotros se siente casi propio. Existen si, ciertos tipos de seguros o pólizas que cubren un monto determinado, que se va deduciendo hasta agotar su capacidad, el cual es asequible para muy pocos ciudadanos. Todo lo anterior configura un escenario de vulnerabilidad creciente para poblaciones donde las enfermedades crónicas de alto costo y el cáncer no dejan de aumentar (las proyecciones de la OMS hablan de una duplicación para 2050).

Lo traigo a colación como una pequeña síntesis de una realidad que casi siempre es ajena a nuestros ojos. A los ojos del colombiano promedio, que no valora un sistema que, en medio de sus múltiples defectos —como todos los sistemas del mundo, públicos, privados o mixtos—, ofrece una cobertura amplia y un acceso garantizado.

Ahora sí, volvamos a esas navegadoras del San Juan de Dios. Entre las observaciones que he venido haciendo en estos viajes, identifiqué roles que en Colombia no conozco o, al menos, no veo con frecuencia. Uno de los más importantes es justamente el de ellas o ellos: profesionales —generalmente enfermeras o trabajadoras sociales— que guían al paciente y a su familia a través del laberinto sanitario. Su función es derribar barreras de acceso, coordinar citas, brindar apoyo emocional y asegurar que la atención llegue a tiempo. No son cuidadoras, son navegadoras.

Y aquí aparece una paradoja que me parece muy importante mencionar. La navegación no nació en los sistemas más solidarios, sino en los más fragmentados del mundo. La inventó el cirujano Harold Freeman en 1990, en el Hospital de Harlem, en Nueva York, precisamente para que los pacientes pobres no se perdieran —ni se murieran— en las grietas de un sistema extremadamente hostil. Su razón de ser es compensar las barreras de acceso. Por eso la pregunta no es si Colombia debe copiar esta práctica a pesar de tener un mejor sistema, sino si nuestro propio laberinto burocrático de autorizaciones, remisiones, tutelas y trámites no la vuelve, en realidad, más necesaria de lo que creemos.

Revisando la evidencia, encontré que la producción colombiana sobre el tema es casi inexistente. Hay una revisión de alcance o scoping review publicada en 2021 por dos enfermeras de la Universidad Nacional, Moreno-Castro y Carrillo-González, que —conviene precisarlo— partió de más de nueve mil quinientos resultados y terminó incluyendo apenas veintisiete estudios que cumplían sus criterios, en su enorme mayoría de Estados Unidos y Canadá.

No es que en el mundo se hayan escrito solo veintisiete artículos sobre navegación, es que, filtrado con lupa, la evidencia sólida se concentra en unos pocos países, y Colombia no es, como de costumbre, uno de ellos. Su conclusión, a pesar de todo, es contundente: *"El rol del enfermero navegador en oncología es un puente entre los pacientes y las instituciones que puede mejorar la calidad del cuidado y los resultados clínicos. Por tanto, debe ser incluido en los equipos de trabajo multidisciplinarios, lo que requiere voluntad de las instituciones de atención para realizar su implementación, estrategias de divulgación y delimitación de las tareas específicas y los requisitos necesarios para el ejercicio".*

En mayo de 2025, la Secretaría Distrital de Salud lanzó en Bogotá el programa Navegadores de Bienestar, dentro del modelo MAS Bienestar, con tres figuras —un navegador clínico, uno social y uno de bienestar— para acompañar al paciente. Es un comienzo, pero acotado. Su primera fase atiende a mujeres con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama o cérvix en condición de vulnerabilidad. Un piloto valioso que, dicho sea de paso, todavía deja por fuera a buena parte de los pacientes oncológicos del país —entre ellos los hombres con cáncer de próstata metastásico, el mismo del que fui a hablarle a las navegadoras guatemaltecas—. Para el resto del territorio, el rol sigue siendo casi desconocido.

Y es una lástima, porque el valor de las navegadoras es enorme. En muchos casos construyen con el paciente un vínculo más cercano y claro que el propio médico tratante, y desde ahí logran cosas difíciles: que el paciente entienda su enfermedad, entienda el sistema y sus trabas, y sostenga la adherencia al tratamiento y la oportunidad de la atención. Eso se traduce en diagnósticos más tempranos, en menos tutelas y demandas, en un sistema un poco más eficiente y equilibrado, y en que la experiencia de la enfermedad se vuelva un poco menos tortuosa de lo que ya es, por pura biología, para cualquier ser humano, incluso pueden resultar siendo una fuente de empleo importante en el sector.

La invitación es esta: es menester que el sistema de salud y seguridad social colombiano, en medio de las reformas que se debaten —salgan bien o salgan mal—, se nutra de las buenas prácticas de la región. Sistemas que, paradójicamente, sin ser más robustos que el nuestro, sirven de espejo para entender en qué estamos bien, qué podemos mejorar y de dónde, de manera sencilla y práctica, podemos adoptar aquello que haga de la prevención, el seguimiento y el desenlace de la enfermedad algo mejor de lo que hoy son. A veces la mejor lección no viene del sistema más rico, sino del que, con menos, ha tenido que ingeniárselas para intentar con ahínco, no dejar a nadie por fuera

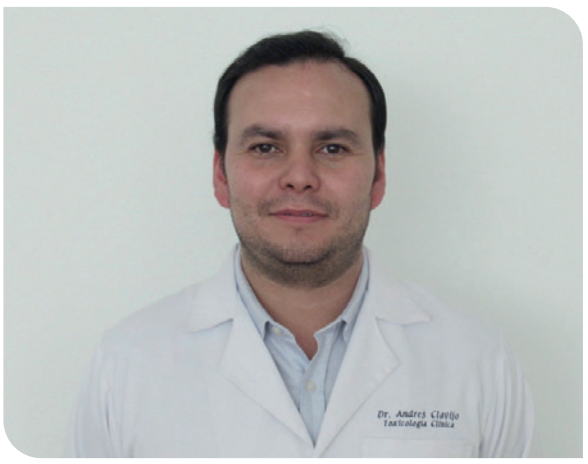
Adenda: los químicos farmacéuticos también deberían asumir un papel más activo en el sistema. Su conocimiento de los procesos químicos y de la estructura molecular de las distintas terapias puede aportar mucho a la aprobación, la seguridad y el seguimiento de los medicamentos nuevos que hoy llegan al país —y no son pocos—. Pero eso es tema de otra columna.



Entorno

Salud ambiental en Colombia: cuando conocer el riesgo no basta para prevenir la enfermedad

Por: Doctor Andrés Camilo Clavijo Rodríguez, médico especialista en toxicología clínica de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS)- Ministerio de salud y protección social.



Son las seis de la mañana y una sala de urgencias comienza a llenarse. Una mujer consulta por dificultad respiratoria después de varios días en una zona con elevada contaminación atmosférica. En otro municipio, un niño presenta enfermedad diarreica tras consumir agua cuya calidad no puede garantizarse. Mientras tanto, en una comunidad minera, una familia continúa expuesta a sustancias tóxicas asociadas con la extracción de oro.

Para cada paciente existe una historia clínica, un diagnóstico y, eventualmente, un tratamiento. Sin embargo, detrás de cada caso puede existir una historia más extensa: la del ambiente en el que la persona vive, trabaja, estudia y envejece.

La salud ambiental analiza la interacción entre los seres humanos y los factores físicos, químicos, biológicos y sociales del ambiente, así como las prácticas mediante las cuales las sociedades utilizan y transforman sus territorios. Por eso, no se refiere únicamente a la contaminación. También comprende el agua, el aire, los alimentos, las sustancias químicas, la vivienda, las condiciones laborales, las actividades productivas y las desigualdades sociales que pueden convertirse en exposiciones y, posteriormente, en enfermedad.

Colombia cuenta con un marco institucional y normativo que reconoce esta relación. La Ley 9 de 1979 incorporó medidas sanitarias orientadas a proteger las condiciones ambientales relacionadas con la salud humana. El Plan Decenal de Salud Pública, por su parte, reconoce la salud ambiental como un campo transectorial e interdisciplinario dirigido a materializar el derecho a un ambiente sano. Sin embargo, la existencia de normas y políticas no garantiza por sí misma que una comunidad tenga agua segura, aire limpio o protección frente a sustancias peligrosas. El problema central no consiste únicamente en identificar los riesgos ambientales, sino en comprender por qué, a pesar de disponer de evidencia científica, regulación e instituciones responsables, persisten exposiciones prevenibles que producen enfermedad y muerte. El principal desafío está en cerrar la brecha entre el reconocimiento institucional del riesgo y su transformación efectiva en acciones preventivas, territoriales e intersectoriales.

Del territorio al paciente

La atención sanitaria se ha orientado históricamente hacia la identificación, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades una vez que se manifiestan. La salud ambiental obliga a ampliar esa perspectiva. Una persona no enferma únicamente por una característica biológica individual; también puede hacerlo porque respira determinado aire, consume agua contaminada, trabaja con sustancias peligrosas, habita una vivienda inadecuada o desarrolla su actividad económica en un ambiente degradado.

La evidencia disponible permite dimensionar la importancia de esta relación. El Instituto Nacional de Salud estimó que alrededor de 17.549 muertes anuales estaban asociadas a factores ambientales relacionados con la calidad del aire, la calidad del agua, los combustibles y los metales. Esa cifra equivalía aproximadamente al 8 % de la mortalidad anual considerada en el estudio. También se identificaron asociaciones entre la contaminación del aire y las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como entre la calidad del agua y la enfermedad diarreica aguda.

Estos resultados no significan que cada caso individual pueda atribuirse directamente a una exposición ambiental específica. Sí muestran, sin embargo, que el ambiente constituye un componente relevante de la carga de enfermedad poblacional.

El verdadero desafío comienza después de identificar el riesgo: ¿cómo convertir la evidencia científica en decisiones que protejan efectivamente a las poblaciones expuestas?

El problema aparece cuando el dato epidemiológico permanece separado de la decisión sanitaria. Saber que la contaminación del aire contribuye a determinadas enfermedades no es suficiente si esa información no conduce a fortalecer el monitoreo, modificar las fuentes de emisión, proteger a las poblaciones vulnerables y orientar la vigilancia epidemiológica. Del mismo modo, reconocer que la mala calidad del agua puede producir enfermedad no resuelve la situación de las comunidades que continúan sin sistemas adecuados de abastecimiento y saneamiento.

Caracterizar un riesgo ambiental no significa controlarlo. La evidencia adquiere verdadero valor para la salud pública cuando se traduce en decisiones oportunas, intervenciones concretas y acciones coordinadas que reduzcan o eliminen las exposiciones antes de que se conviertan en enfermedad. Para ello se necesita definir qué hacer, quién debe actuar, con qué recursos y en qué momento.

Los riesgos ambientales no se distribuyen de manera homogénea. Tampoco lo hacen las capacidades para enfrentarlos. No es equivalente vivir en una ciudad con sistemas de monitoreo, servicios especializados y redes de transporte que residir en una zona rural dispersa donde obtener agua segura implica recorrer largas distancias y acceder a un servicio sanitario requiere desplazarse durante horas. Tampoco es igual la capacidad de una familia con recursos para mejorar su vivienda que la de otra que depende de combustibles contaminantes o vive en condiciones de precariedad.

Los datos de pobreza ilustran esta desigualdad territorial. En 2024, la incidencia nacional de pobreza multidimensional fue de 11,5 %, pero en los municipios PDET alcanzó 24,4 %. En los centros poblados y zonas rurales dispersas de esos municipios llegó al 29,9 %. Estas cifras no prueban por sí mismas una causalidad ambiental, pero ayudan a comprender por qué las posibilidades de prevención, protección y respuesta no son iguales entre territorios.

La salud ambiental no puede abordarse únicamente mediante indicadores de contaminación. También es necesario preguntar quiénes están expuestos, durante cuánto tiempo, en qué condiciones sociales y territoriales ocurre la exposición y qué capacidad tienen las personas y comunidades para prevenirla o reducir sus efectos.

Una política universal aplicada de manera idéntica en territorios profundamente diferentes puede reproducir desigualdades. La equidad exige reconocer que las necesidades de una comunidad minera del Bajo Cauca, una población indígena de la Amazonía, una comunidad ribereña del Chocó o una familia que vive en una gran ciudad no son necesariamente las mismas.

El enfoque territorial no debe ser un componente decorativo de las políticas de salud ambiental. Debe orientar qué se vigila, cómo se interviene, qué actores participan y qué resultados pueden considerarse aceptables.

Sustancias químicas y desigualdad sanitaria

Uno de los ejemplos más evidentes es la exposición al mercurio asociado con la minería de oro artesanal y de pequeña escala. Este problema atraviesa varias dimensiones. Puede existir exposición ocupacional durante la actividad minera, exposición comunitaria por contaminación ambiental y exposición alimentaria relacionada con la transformación del mercurio en metilmercurio y su acumulación en la cadena alimentaria.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que las comunidades vinculadas a esta actividad pueden estar expuestas principalmente por la inhalación de vapores de mercurio. Posteriormente, el contaminante puede incorporarse a los ecosistemas y a los alimentos.

El problema no puede solucionarse exclusivamente desde una consulta médica. El médico puede reconocer signos compatibles con intoxicación, solicitar biomarcadores, establecer una conducta clínica y realizar seguimiento. El toxicólogo puede ayudar a caracterizar la exposición, el laboratorio medir concentraciones y la autoridad sanitaria desarrollar vigilancia. Pero ninguna de estas acciones elimina por sí sola la fuente de contaminación.

Esta situación revela una limitación del modelo exclusivamente asistencial. El profesional sanitario puede intervenir sobre el efecto, pero eliminar la causa requiere decisiones de las autoridades ambientales, mineras, laborales, territoriales y sanitarias, además de la participación de las comunidades.

Por eso, la salud ambiental exige pasar de una lógica exclusivamente clínica a una lógica de gestión del riesgo. El paciente deja de ser únicamente un individuo con una enfermedad y se convierte también en un indicador de una exposición que puede estar afectando a una familia, una comunidad o un territorio.

La paradoja de la regulación

Colombia no carece de regulación ambiental y sanitaria. La Ley 9 de 1979 estableció disposiciones para preservar, restaurar y mejorar las condiciones sanitarias relacionadas con la salud humana, además de regular situaciones asociadas con residuos y materiales capaces de afectar el ambiente. El Decreto 780 de 2016 consolidó buena parte de la regulación del sector salud y la protección social. A estas normas se suman políticas y estrategias relacionadas con el agua, el aire, la seguridad química, el hábitat, las zoonosis y el cambio climático.

El problema no puede reducirse, entonces, a afirmar que no existen normas. El verdadero desafío está en la implementación. Una disposición nacional puede establecer obligaciones, pero su aplicación ocurre en territorios con capacidades técnicas, financieras e institucionales diferentes. Una autoridad territorial puede tener responsabilidades claramente definidas y, al mismo tiempo, enfrentar dificultades para realizar vigilancia, contratar personal, producir información o coordinarse con otras instituciones.

Así se genera una paradoja: puede existir una política técnicamente correcta con una respuesta territorial insuficiente.

La responsabilidad termina fragmentándose. El sector salud identifica el daño; el sector ambiente, la contaminación; el sector laboral, el riesgo ocupacional, y las autoridades territoriales enfrentan las consecuencias sociales. Sin coordinación efectiva, cada institución puede cumplir parcialmente su función mientras el problema permanece.



Los efectos del ambiente sobre la salud requieren una agenda intersectorial permanente. No pueden considerarse únicamente un asunto de prestación de servicios sanitarios.

El papel del profesional de la salud

En este escenario, el profesional de la salud ocupa una posición particular. No es responsable de solucionar todos los problemas ambientales, pero tampoco puede limitarse a tratar sus consecuencias.

Un médico que atiende repetidamente pacientes con síntomas respiratorios en una zona determinada debería preguntarse si existe un patrón de exposición. Un profesional que identifica intoxicaciones por sustancias químicas debería considerar la posibilidad de que haya otros individuos expuestos. Un equipo de atención primaria en una comunidad rural debería reconocer las condiciones de agua, saneamiento, vivienda y actividad económica que pueden modificar el perfil de riesgo.

Esto requiere competencias que van más allá del diagnóstico clínico: lectura epidemiológica, identificación de exposiciones, comunicación del riesgo, trabajo intersectorial y comprensión del territorio.

Sin embargo, no sería razonable convertir al profesional en responsable de corregir fallas estructurales. El personal sanitario enfrenta sobrecarga laboral, limitaciones de tiempo, información incompleta, barreras administrativas, dificultades para acceder a pruebas diagnósticas y restricciones institucionales.

El desafío consiste en evitar dos extremos: considerar que el profesional no tiene ninguna responsabilidad frente al ambiente o atribuirle una responsabilidad que corresponde al Estado y a otros sectores.

Su papel debe ser el de actor sanitario y agente de gestión del riesgo, capaz de identificar señales, generar evidencia, activar rutas institucionales, educar a la comunidad y participar en decisiones intersectoriales. Su responsabilidad no termina al formular un tratamiento cuando la causa de la enfermedad continúa presente.

Desarrollo y salud: una tensión necesaria

Algunas posiciones sostienen que ciertos riesgos ambientales son un costo inevitable del desarrollo económico. Actividades como la minería, la industria, el transporte y la agricultura generan empleo, ingresos y bienes necesarios para la sociedad. Desde esta perspectiva, exigir controles más estrictos podría afectar la productividad y las oportunidades económicas de comunidades que dependen de esas actividades.

Este argumento debe considerarse. La salud ambiental no puede desconocer las condiciones económicas de las poblaciones ni asumir que todas las actividades productivas pueden detenerse sin consecuencias sociales.

Sin embargo, aceptar que existe una relación entre desarrollo y riesgo no significa admitir que toda exposición sea inevitable ni que sus costos deban ser asumidos principalmente por las poblaciones más vulnerables.

El desafío consiste en avanzar hacia modelos productivos capaces de reducir exposiciones, incorporar tecnologías más seguras y distribuir de manera justa los beneficios y riesgos del desarrollo. La OMS señala que la reducción de la exposición al mercurio requiere promover técnicas de extracción de oro que eviten su utilización y fortalecer las medidas de prevención donde todavía exista exposición.

La discusión, por tanto, no debería plantearse como una elección simple entre ambiente o desarrollo. La pregunta pertinente es qué tipo de desarrollo se desea construir y quién está pagando sus costos sanitarios y ambientales.

De tratar el daño a prevenir el riesgo

La transformación de la salud ambiental colombiana requiere modificar la lógica de intervención. El sistema sanitario suele medir aquello que llega a sus servicios: consultas, hospitalizaciones, diagnósticos, intoxicaciones, enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas y mortalidad. Una política ambientalmente orientada debe medir también lo que ocurre antes: la exposición, la concentración de contaminantes, la calidad del agua, las emisiones, las condiciones de vivienda, la exposición ocupacional y la vulnerabilidad territorial.

Esto implica fortalecer la vigilancia de los riesgos ambientales y conectarla con la vigilancia epidemiológica. También exige producir información útil para cada territorio. No basta con saber que existe contaminación en Colombia; es necesario conocer dónde se concentra, qué poblaciones están expuestas, qué fuentes la generan, qué grupos son más susceptibles y cuáles intervenciones producen mejores resultados.

La salud ambiental puede convertirse en un punto de encuentro entre epidemiología, toxicología, medicina, enfermería, ingeniería, ciencias ambientales, salud ocupacional, ciencias sociales y participación comunitaria. La respuesta no debe comenzar únicamente cuando aparece el paciente enfermo, sino cuando se identifica una exposición que todavía puede evitarse.

Conclusión

La salud ambiental en Colombia expresa una de las contradicciones más profundas de la salud pública: se sabe que determinadas condiciones ambientales producen enfermedad, existen instituciones encargadas de intervenirlas y hay normas que reconocen la necesidad de proteger la salud y el ambiente. Aun así, las exposiciones prevenibles continúan afectando a comunidades enteras.

El problema no es exclusivamente científico ni normativo. Es, sobre todo, de implementación, coordinación, equidad y capacidad para convertir la información en decisiones.

La enfermedad puede comenzar mucho antes de que aparezca el primer síntoma: en una fuente de agua contaminada, una emisión atmosférica, una vivienda inadecuada, una jornada laboral sin protección o una actividad productiva que expone durante años a una comunidad.

El desafío no consiste únicamente en identificar qué contamina, quién está expuesto o qué enfermedades pueden derivarse. Consiste en reconocer el riesgo antes de que se convierta en daño y transformar ese conocimiento en decisiones capaces de prevenirlo.

El mayor desafío no es únicamente tratar mejor a quienes enferman por causa del ambiente, sino reconocer cuándo el ambiente está enfermando a una población y contar con la capacidad institucional, científica y política para intervenir antes de que el daño sea irreversible.

Promoción y prevención

Viene de pág. 1

Pero también sería cómodo reducir todo a una operación de mercadeo. Los sistemas actuales ya nos obligan a revisar nuestra idea de capacidad humana. Pueden reunir información a una escala que ninguna persona puede sostener, explorar hipótesis, escribir código, analizar imágenes y coordinar tareas mediante agentes. En investigación biomédica podrían ayudarnos a formular mejores preguntas, buscar moléculas o encontrar señales que permanecían dispersas. Equipos pequeños podrán abordar problemas antes reservados a organizaciones con recursos impresionantes. Personas que tenían una idea, pero no todas las habilidades para ejecutarla, podrán convertirla en un proyecto.

Esa democratización de la capacidad de crear me entusiasma y también me preocupa profundamente.

Me preocupa porque una capacidad extraordinaria puede ponerse al servicio de un propósito mediocre. Podemos usar agentes para reducir trámites absurdos o para producirlos a una velocidad inédita. Podemos identificar antes a una persona que necesita ayuda o seleccionar con mayor precisión a quién resulta conveniente atender o excluirla de un servicio. Podemos liberar tiempo en el consultorio o llenar cada minuto recuperado con más pacientes por hora. La tecnología multiplica posibilidades; las prioridades de quienes la implementan determinan cuáles terminan convertidas en realidad.

Por eso me sorprende que discutamos tanto sobre productividad y tan poco sobre el destino de sus beneficios. Cuando un sistema ahorra tiempo, ¿quién recibe ese tiempo? Cuando disminuye un costo, ¿se traduce en mejor acceso, en mejores condiciones para el equipo clínico o únicamente en un indicador financiero? Una organización puede declarar exitoso un proyecto de IA mientras el paciente sigue esperando y el profesional termina su jornada más agotado. Eso no es IA centrada en el humano, y menos superinteligencia.

En medicina esta tensión tiene rostro. Imaginemos una consulta en la que la IA organiza la historia, identifica posibles interacciones y ayuda a contrastar alternativas. El médico dispone entonces de más atención para comprender qué teme esa persona, qué puede sostener su familia y qué significa para ella vivir mejor. Ese sería un progreso que celebraría sin duda. Pero exige una decisión institucional: permitir que el tiempo recuperado se convierta en cuidado. Ningún algoritmo puede garantizar esa elección. En un modelo médico industrial, hipertrofiado por las corporaciones y también por nosotros mismos, el tiempo libre suele interpretarse como capacidad disponible para aumentar el volumen.

La OMS ha reconocido las posibilidades de los grandes modelos de lenguaje y sus capacidades multimodales para la atención, la investigación y la salud pública, y al mismo tiempo ha pedido atención a sus riesgos y a su gobernanza. En un hospital, la discusión no termina al comprobar que un modelo responde bien durante una demostración. Comienza cuando preguntamos cómo se comporta con nuestra población, qué información omite, cómo expresa incertidumbre y qué hará el equipo cuando su recomendación sea errónea.

Pensemos en una junta oncológica. La IA puede sintetizar estudios, ordenar alternativas y señalar una opción que nadie había considerado. Eso amplía la capacidad del grupo. Pero la persona que recibirá el tratamiento no es un promedio estadístico: tiene una trayectoria de enfermedad, otras condiciones médicas, preferencias, posibilidades de desplazamiento y una familia que participará en el cuidado. Una respuesta técnicamente sofisticada puede seguir siendo una mala decisión si no representa esa vida concreta, si no hay contexto.

La otra parte de mi pregunta es ¿qué permanecerá humano?

Aquí solemos refugiarnos en palabras tranquilizadoras: creatividad, empatía, intuición. Entiendo la reacción, aunque me parece una defensa frágil. Si nuestra dignidad depende de ejecutar mejor una tarea, cada avance tecnológico se convierte en una amenaza existencial. Prefiero pensar que el valor de una persona no necesita ganar una competencia de desempeño. Un niño, una persona con demencia o un paciente al final de su vida conservan íntegro su valor, aunque no produzcan más, aprendan más rápido o resuelvan mejor ningún problema.

Tal vez debamos buscar lo humano en nuestra condición misma: tenemos cuerpo, historia, vínculos y un tiempo limitado. Una enfermedad transforma nuestros planes porque nos ocurre a nosotros. Una despedida importa porque esa presencia era irrepetible. Un abrazo contiene años de recuerdos, conflictos y reconciliaciones. Podemos describir esas experiencias y desarrollar sistemas capaces de responder a ellas con enorme sofisticación. La pregunta por la experiencia subjetiva de las máquinas merece investigación y prudencia; no necesitamos resolverla de manera apresurada para reconocer el peso de nuestra propia experiencia.

El cuerpo importa especialmente en medicina. Para un sistema, el dolor puede ser una descripción, un patrón o una señal en los datos. Para quien lo padece, interrumpe el sueño, modifica el carácter y cambia lo que puede hacer mañana. Esto no significa que la IA sea incapaz de ayudarnos a tratarlo. Significa que una representación del sufrimiento y el sufrimiento vivido ocupan lugares distintos en la decisión clínica. Si olvidamos esa diferencia, podremos construir servicios extraordinariamente precisos para medir a las personas y sorprendentemente torpes para cuidarlas.

También vivimos entre otros y debemos responder por lo que hacemos. Si una recomendación algorítmica perjudica a alguien, necesitamos responsabilidades identificables: profesionales, desarrolladores, directivos e instituciones. Me inquieta imaginar un futuro repleto de decisiones técnicamente explicadas y moralmente huérfanas. El médico no debería cargar en soledad con los errores de una herramienta que no escogió, no pudo evaluar o fue obligado a usar. La institución tampoco puede refugiarse en que "lo dijo el algoritmo". Cuanto mayor sea nuestra capacidad de delegar tareas, más claras deben volverse las obligaciones de quienes diseñan y gobiernan esa delegación.



Hay otro riesgo menos visible: acostumbrarnos a una vida intelectualmente cómoda. Que alguien redacte siempre nuestra primera idea, resuelva cada duda y confirme nuestras intuiciones puede resultar seductor. Pero pensar requiere atravesar momentos de confusión. Aprender exige equivocarse, revisar y volver a intentar. Convivir supone escuchar a quien no siempre coincide con nosotros. Me preocupa el ciudadano que dispone de respuestas excelentes mientras pierde disposición para formular preguntas difíciles.

En la formación médica, esa preocupación es muy concreta. Un estudiante puede producir una presentación impecable sobre un caso y no haber desarrollado el razonamiento que permite reconocer cuándo ese caso cambia. Un residente puede recibir un diagnóstico diferencial ordenado y no saber qué dato obligaría a abandonar la primera hipótesis. La IA puede ser un tutor extraordinario si nos ayuda a explicitar nuestros argumentos y a examinar nuestros errores, pero una muleta peligrosa si sustituye cada esfuerzo inicial antes de que hayamos formado criterio o adquirido competencias.

Hacia 2030 me gustaría que midiéramos nuestra madurez tecnológica por la calidad de nuestras decisiones colectivas. Sería inquietante llegar allí con asistentes extraordinarios, ciudadanos dependientes y una profunda incapacidad para acordar qué problemas merecen nuestra inteligencia y nuestros recursos. La pregunta decisiva debe moverse a cuánto juicio hemos cultivado nosotros al trabajar con estas capacidades sintéticas.

Por eso propongo tres compromisos:

El primero es **educativo**: enseñar a trabajar con IA junto con la capacidad de cuestionarla. Sueño con estudiantes que argumenten, contrasten fuentes, reconozcan incertidumbres y expliquen por qué aceptan una conclusión con y sin ayuda tecnológica. También con espacios donde ensayen su propio razonamiento antes de pedir una respuesta. La autonomía se construye practicando decisiones, recibiendo retroalimentación y comprendiendo los límites de lo que uno sabe.

El segundo es **organizacional**: medir qué ocurre realmente con la eficiencia soportada en IA. En un hospital observaría si mejora la conversación clínica, la seguridad y la continuidad del cuidado, o si, por el contrario, las deteriora. En una empresa, si aumenta el espacio para aprender y crear. En el Estado, si disminuye la carga que soporta el ciudadano. Necesitamos indicadores que permitan discutir quién recibe el beneficio de la eficiencia y quién sigue pagando sus costos.

El tercero es **personal**: cultivar deliberadamente aquello que queremos



conservar. Reservar tiempo para escribir una idea propia, conversar sin interrupciones, leer algo que nos contradiga y acompañar a alguien sin intentar optimizar el encuentro. Propongo estas prácticas como parte de una vida tecnológicamente avanzada. La presencia, el criterio y la paciencia merecen tanta intención como la adquisición de nuevas competencias digitales.

Quisiera recordar finalmente las cinco dimensiones que podrían seguir siendo una contribución singular de nuestra condición humana: **La experiencia de vivir en un cuerpo:** hambre, cansancio, placer, vulnerabilidad y conciencia de nuestra finitud. **El vínculo con alguien libre:** una relación con otra persona que tiene necesidades, historia y capacidad de cambiarnos. **La responsabilidad por las consecuencias:** la obligación de responder y reparar cuando una decisión causa daño. **La construcción compartida de lo valioso:** deliberar sobre la sociedad en la que queremos vivir, sabiendo que la eficiencia por sí sola no define la justicia. **Nuestra biografía irrepetible:** el significado de un acto depende también de quién lo realiza y de la historia que hemos vivido juntos.

No presento estas dimensiones como una lista definitiva de capacidades que ninguna tecnología podrá tocar jamás. Sería otra forma de fingir que conocemos el futuro. Las propongo como asuntos que merecen protección activa mientras ampliamos lo que las máquinas pueden hacer. Esta debe ser nuestra salvaguarda como seres humanos.

Salí de aquella conversación del miércoles con ganas de defender un futuro ambicioso. Admiro la IA y quiero que amplíe nuestra curiosidad, nuestra capacidad científica y nuestras posibilidades de cuidar. Quiero que más personas puedan construir, investigar y participar en decisiones que afectan sus vidas. Precisamente por eso desconfío de cualquier nombre, por grandioso que sea, que nos invite a omitir las preguntas difíciles.

Si la llamamos superinteligencia, hagámosle preguntas a la altura de ese nombre. ¿Qué sabe hacer de manera fiable? ¿Dónde se equivoca? ¿A quién beneficia? ¿Quién puede corregirla? ¿Qué clase de médico, paciente y ciudadano nos ayuda a formar? ¿qué es capaz de crear en condiciones restrictivas?...

El mayor desafío que estamos enfrentando, y que seguirá creciendo, será elegir qué merece realmente nuestro tiempo, nuestra dedicación y nuestro esfuerzo cuando podamos "saber y crear" casi cualquier cosa. Tal vez ahí resida una tarea profundamente humana: decidir qué vale la pena hacer con tanto poder y asumir juntos las consecuencias de esa elección si es equivocada, y disfrutarnos ese error como los humanos que somos.

Lo que un título no dice

Por: José Manuel Quintero C. , Coordinador del Comité de Dolor y Anestesia Regional de la S.C.A.R.E.



Imagine a una mujer de sesenta años a quien le acaban de programar una cirugía. Antes de firmar el consentimiento, su hija entra a la consulta pública del ReTHUS para saber quién va a atender a su madre. Encuentra el nombre del médico, una lista de títulos y unas siglas: ESP, MTA, UNV. Cierra el computador con la misma duda con la que lo abrió.

No debería ser así. Un paciente no necesita conocer las normas educativas y de salud para saber quién está preparado para atenderlo. Tampoco una clínica, un asegurador o una secretaría de salud deberían descifrar códigos para establecer si un título corresponde a una especialidad médico-quirúrgica, a una maestría de investigación o a un curso de educación continua. Sin embargo, hemos construido un sistema en el que diferencias que en el hospital son evidentes se desdibujan al llegar al formulario.

El asunto parece burocrático hasta que recordamos qué está en juego: la seguridad del paciente.

La diferencia se aprende frente al paciente

Una especialidad médico-quirúrgica no es simplemente un título posterior al pregrado en medicina. La Ley 1917 de 2018 define al residente como el médico que cursa una especialización médico-quirúrgica con prácticas formativas de tiempo completo en instituciones de salud, dentro de una relación docencia-servicio. La misma ley fija límites de doce horas por turno y sesenta y seis por semana.

Esa intensidad refleja la formación que exige una especialidad médico-quirúrgica: una complejidad que ninguna sigla de tres letras alcanza a expresar. Durante la residencia, estudiar y atender son la misma cosa. El residente evalúa, diagnostica, prescribe, opera e interviene, reconoce complicaciones y aprende —quizá lo más difícil— cuándo no intervenir. Todo bajo una supervisión que se retira gradualmente a medida que la responsabilidad crece.

Una residencia no es una maestría con más guardias. Es otra cosa.

Una maestría de investigación responde a otra lógica, igualmente valiosa: forma para comprender problemas complejos, dominar métodos, analizar evidencia y producir conocimiento. Sin ella, la medicina no avanza. Pero investigar a fondo una enfermedad no equivale, por ese solo hecho, a haberse entrenado durante años para diagnosticarla, tratarla y resolver sus complicaciones en pacientes reales.

Reconocer esa diferencia no degrada la maestría. La respeta. No se trata de decidir qué formación vale más, sino de decir con claridad qué acredita cada una.

El problema no es el título, sino lo que hacemos creer que significa

Aquí entra el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. El ReTHUS cumple una función pública esencial, y la información que contiene es, en general, verdadera. El problema es otro: una base de datos puede contener información verdadera y, aun así, comunicarla mal.

El trabajo conjunto de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), el Colegio Médico Colombiano y, anteriormente, la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (A.C.C.P.) ha documentado esta falla. Hoy, el registro clasifica los títulos con códigos genéricos que no le dicen al ciudadano si una especialización es médico-quirúrgica ni si una maestría es de investigación o de profundización. Los títulos aparecen sin jerarquía, uno al lado del otro, como si fueran intercambiables.

No es un defecto de las personas registradas ni de las universidades. Es un defecto de diseño del sistema de información.

Y aquí está lo paradójico: el Estado ya conoce esas diferencias. El Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) distingue expresamente las especializaciones médico-quirúrgicas de las demás especializaciones, y las maestrías de investigación de las de profundización. El dato existe. Simplemente no llega, con su significado, a la pantalla que consulta el paciente.

Corregirlo no exige inventar información nueva. Exige que dos sistemas del mismo Estado se hablen.

Las competencias clínicas no se acumulan

La educación médica se ha diversificado como nunca: maestrías, diplomados, certificaciones, entrenamientos en técnicas específicas, cursos presenciales y virtuales. Muchos son excelentes. La medicina obliga a estudiar toda la vida.

Pero la suma de credenciales no puede convertirse, por descuido, en una vía paralela para atribuir competencias asistenciales que exigen entrenamiento clínico formal. Un curso puede enseñar una técnica; un diplomado, actualizar conocimientos; una maestría, dar un dominio profundo de un campo. Nada de eso debe menospreciarse. Pero tampoco debe presentarse como lo que no es.

Por eso, la propuesta elaborada a partir del análisis jurídico de la S.C.A.R.E. plantea separar en el ReTHUS los títulos académicos médico-quirúrgicos de la formación continua y dejar explícito que registrar un curso no equivale a inscribir un título ni autoriza por sí mismo a ejercer una especialidad.

Esa transparencia protege a todos: al especialista que dedicó años a formarse; al investigador, cuya maestría merece reconocerse por lo que realmente es; a las universidades; a las instituciones que contratan. Y, sobre todo, al paciente.

Otros países ya resolvieron esta pregunta

En Estados Unidos, los programas de residencia y fellowship tienen un sistema propio de acreditación, distinto del resto de los posgrados. En el Reino Unido, el regulador médico mantiene un Registro de Especialistas separado del registro general, de modo que cualquiera puede verificar si un médico está reconocido como especialista.

No se trata de copiar modelos. La lección es más simple: donde la formación clínica especializada se trata de manera diferenciada, es porque produce competencias distintas, y esas competencias afectan directamente la seguridad de las personas.

Colombia tampoco parte de cero. Nuestra legislación ya reconoce la particularidad de las especializaciones médico-quirúrgicas. Lo que falta es coherencia entre la educación superior, la relación docencia-servicio, el registro del talento humano y la consulta pública.

Una reforma posible y concreta

Una de las vías en discusión es modificar la Resolución 3030 de 2014 y sus anexos técnicos, que definen cómo se reporta la información al ReTHUS.

Por eso, la propuesta elaborada a partir del análisis jurídico de la S.C.A.R.E. plantea diferenciar adecuadamente los distintos títulos académicos y separarlos de la formación continua, dejando explícito que registrar un curso no equivale a inscribir un título ni autoriza por sí mismo a ejercer una especialidad. También propone distinguir entre maestrías de profundización y de investigación, incluir la denominación oficial del programa, la institución y el código SNIES, y separar la formación continua de los títulos académicos. Esto implica, por supuesto, ajustes en normas concordantes y reglas para registros históricos y títulos extranjeros.

Si ese es el instrumento jurídico adecuado o existe uno mejor, deberá definirse con el Ministerio de Salud y los demás actores competentes. Lo esencial no es defender una norma, sino alcanzar un resultado: que cualquier colombiano pueda ver, al consultar a un profesional, cuál es su profesión, si está debidamente registrado para ejercerla, qué especialidades médico-quirúrgicas tiene reconocidas, qué otros títulos académicos posee y qué formación continua ha registrado.

Sin mezclarlos. Sin ocultarlos. Sin convertir unos en otros.

Llamar cada cosa por su nombre

Reconocer de manera diferenciada las especialidades médico-quirúrgicas no es construir una aristocracia académica dentro de la medicina. Es llamar las cosas por su nombre. Una maestría merece reconocerse como maestría; un doctorado, como doctorado; la formación continua, como formación continua. Y una especialidad médico-quirúrgica, como la formación asistencial intensiva que realmente es.

No sobran casillas. Falta que digan lo que el paciente necesita saber.

Esta discusión no debería degenerar en una disputa semántica ni en una defensa gremial. Los ministerios de Salud y de Educación, el Colegio Médico Colombiano, las universidades, los hospitales universitarios y las sociedades científicas tienen hoy la oportunidad de construir juntos un registro que diga la verdad completa.

Volvamos a la hija que buscaba al médico de su madre. Lo que necesitaba no era una sigla, sino una respuesta: ¿está esta persona entrenada para lo que va a hacer?

No porque el especialista merezca un privilegio, sino porque quien entrega su cuerpo, su dolor o su vida a un médico tiene derecho a saber qué formación respalda las decisiones que se tomarán sobre él.

El Estado tiene la obligación de hacer inequívoca esa respuesta. A las instituciones médicas y académicas nos corresponde contribuir a construirla.



Contexto

ReTHUS: ¿Qué acredita y qué no sobre la formación de los médicos?



En entrevista con el **Colegio Médico Colombiano, la doctora Sandra Ximena Jaramillo** Rincón**, directora científica de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.),** explica por qué el reconocimiento académico de un posgrado no implica su incorporación automática en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) ni habilita nuevas competencias clínicas. También plantea la necesidad de coordinar los criterios de los educación y salud, distinguir maestrías, especialidades y formación avanzada, y mejorara la verificación de las credenciales sin perder de vista la seguridad de los pacientes.

CMC: ¿Qué normas, criterios o procedimientos regulan actualmente la inclusión de títulos de posgrado en el ReTHUS, en particular las maestrías relacionadas con administración o gestión en salud?

Doctora Jaramillo: En Colombia, el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), creado por la Ley 1164 de 2007 y reglamentado por el Decreto 780 de 2016, permite verificar el cumplimiento de los requisitos legales para ejercer profesiones y ocupaciones del área de la salud.

La normativa contempla el registro de títulos de posgrado del área de Ciencias de la Salud. Para determinar si un programa puede inscribirse, es relevante su clasificación oficial en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES). Algunas maestrías en administración o gestión en salud no son susceptibles de inscripción porque están clasificadas en el área de Economía, Administración, Contaduría y Afines. La clasificación debe verificarse caso por caso, pues puede variar entre instituciones y programas con denominaciones similares.

En salud ocupacional y seguridad y salud en el trabajo también deben considerarse las disposiciones específicas que regulan esos campos. En suma, la inscripción no depende únicamente del nombre del título o de su relación con el sector salud, sino de su clasificación y de los criterios normativos aplicables.

CMC: ¿Qué funciones cumplen los ministerios de Educación y de Salud respecto de los títulos y el registro del talento humano en salud?

Doctora Jaramillo: El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social tienen competencias distintas y complementarias. El Ministerio de Educación otorga el registro calificado, que autoriza a las instituciones de educación superior a ofrecer programas en Colombia, previa verificación de sus condiciones de calidad. En la formación clínica, esta evaluación debe considerar, entre otros aspectos, los escenarios de práctica y la relación docencia-servicio. El Ministerio también realiza la convalidación de títulos de educación superior obtenidos en el extranjero. Este trámite reconoce esos títulos en Colombia y no debe confundirse con el registro calificado, que corresponde a programas ofrecidos en el país.

El Ministerio de Salud establece lineamientos sobre el ejercicio del talento humano en salud y administra el ReTHUS, con la participación de las entidades autorizadas para inscribir y actualizar la información. El registro permite verificar que una persona cumple los requisitos legales para ejercer y consultar los títulos de posgrado que, según la normativa, deben reportarse. No es un registro de todos los títulos académicos ni certifica por sí mismo todas las competencias adquiridas durante la formación.

El ReTHUS aporta transparencia a la verificación de credenciales, facilita procesos de vinculación laboral y contribuye a la seguridad de los pacientes. También sirve para caracterizar el talento humano y apoyar la planificación de políticas públicas. Sin embargo, no necesariamente refleja toda la trayectoria académica y formativa de cada profesional.

En los programas con componentes clínicos, puede existir una brecha entre los criterios de aseguramiento de la calidad educativa y las condiciones necesarias para el entrenamiento asistencial. La evaluación debe considerar las particularidades de los entornos clínicos, la supervisión, la exposición a pacientes y la valoración de competencias en escenarios reales, especialmente cuando la formación se desarrolla principalmente en instituciones prestadoras de servicios de salud.

CMC: ¿El reconocimiento de una maestría por parte del Ministerio de Educación implica que deba incorporarse automáticamente al ReTHUS?

Doctora Jaramillo: No. El reconocimiento académico acredita la obtención de un título de posgrado; la inscripción en el ReTHUS se rige por criterios distintos, establecidos para el registro del talento humano en salud.

Conviene distinguir entre título académico, competencia profesional y autorización para ejercer. El título acredita la culminación de un programa; la competencia es la capacidad demostrada para aplicar conocimientos y habilidades en un contexto determinado; y la autorización define las actividades que pueden realizarse conforme a la ley.

Las maestrías y los doctorados pueden contribuir a la investigación, la docencia, la gestión y la profundización disciplinar, pero no equivalen necesariamente a una especialidad médico-quirúrgica. Si incluyen componentes clínicos, las competencias desarrolladas deben establecerse y evaluarse. El título no confiere automáticamente nuevas atribuciones asistenciales. Por lo tanto, el reconocimiento de una maestría no implica su inscripción automática en el ReTHUS ni autoriza, por sí mismo, el ejercicio de competencias clínicas adicionales.

CMC: ¿Qué dificultades han identificado los médicos especialistas al solicitar el registro de estas maestrías? ¿Hay diferencias entre el reconocimiento del título, su denominación y el campo de ejercicio?

Doctora Jaramillo: Una dificultad frecuente es la falta de claridad sobre los criterios para incorporar títulos de posgrado al ReTHUS. Algunas maestrías relacionadas con administración, gestión o salud ocupacional no se inscriben porque su clasificación académica no corresponde al área de Ciencias de la Salud, aunque sus contenidos estén vinculados al sector de la salud.

Esto puede generar confusión entre la denominación del programa, su clasificación en el SNIES y el campo en que trabaja el profesional. Un título puede incluir la palabra «salud» y estar clasificado en otra área; a la inversa, un programa con otra denominación puede pertenecer formalmente a Ciencias de la Salud.

También preocupa que algunas maestrías con nombres asociados a áreas clínicas especializadas tengan una orientación principalmente académica o investigativa, pero se interpreten como equivalentes a una formación clínica avanzada. En especialidades que requieren práctica supervisada —como las que incluyen procedimientos intervencionistas—, conocer una técnica o investigarla no equivale a demostrar capacidad para ejecutarla de manera autónoma y segura. Para ello se requieren práctica clínica, supervisión, experiencia y evaluación específica de competencias.

Por eso, deben diferenciarse el reconocimiento académico del título, los resultados de aprendizaje del programa y las competencias clínicas efectivamente demostradas. Así se evita que la denominación de una maestría se interprete como autorización para realizar procedimientos sin acreditar la formación correspondiente.



CMC: ¿Cómo debería diferenciarse una maestría académica o administrativa de una especialidad médico-quirúrgica, y qué implica esa distinción para el ejercicio profesional y el ReTHUS?

Doctora Jaramillo: La diferencia está en el propósito formativo, los resultados de aprendizaje y las competencias que desarrolla cada programa. Las maestrías profundizan conocimientos en un campo disciplinar o profesional. Según su modalidad, pueden orientarse a la aplicación de conocimientos y la resolución de problemas, o a la formación investigativa, el análisis crítico y la generación de conocimiento. En salud pueden abordar ámbitos clínicos, administrativos, educativos o de investigación, pero su denominación no implica necesariamente nuevas competencias asistenciales.

Los doctorados forman investigadores capaces de desarrollar investigación original y autónoma. Aunque representan el nivel más alto de formación académica, no constituyen por sí mismos una especialización clínica ni otorgan atribuciones asistenciales adicionales.

Las especialidades médico-quirúrgicas, en cambio, desarrollan competencias para atender pacientes en campos específicos de la medicina. Requieren práctica clínica, exposición progresiva a situaciones asistenciales, supervisión, evaluación del desempeño y adquisición de autonomía profesional.

Los programas de formación avanzada, cada vez más extendidos en educación médica, suelen estar dirigidos a médicos especialistas que buscan profundizar en áreas clínicas específicas mediante entrenamiento estructurado, práctica supervisada y evaluación. No necesariamente conducen a un título formal de posgrado reconocido dentro del sistema de educación superior. De ahí que su naturaleza y efectos sobre el ejercicio profesional deben quedar claros.

Estas modalidades no son intercambiables ni deben equipararse solo por su nivel o denominación. Una maestría con contenidos clínicos no reemplaza la formación requerida para una especialidad médico-quirúrgica, así como una especialidad clínica no sustituye la formación investigativa de un doctorado.

Las atribuciones clínicas deben corresponder a la formación recibida, las competencias demostradas y los requisitos legales aplicables. En el ReTHUS, los títulos deben registrarse según su naturaleza y clasificación académica, sin que la inscripción se interprete como certificación de competencias clínicas no adquiridas.

CMC: ¿Qué consecuencias puede tener para los médicos que una maestría no esté inscrita en el ReTHUS?

Doctora Jaramillo: La falta de inscripción no invalida el título ni desconoce la formación recibida, siempre que se haya otorgado o reconocido conforme a la normativa educativa. Tampoco limita por sí sola el ejercicio de la medicina o de una especialidad cuyos requisitos legales ya cumpla el profesional. Sin embargo, puede generar dificultades en procesos de selección, contratación o promoción si una institución utiliza el ReTHUS como único medio para verificar credenciales. Así pueden surgir barreras administrativas para acreditar títulos válidos que, por su clasificación académica, no son susceptibles de inscripción.

También es necesario distinguir la acreditación de un título de la demostración de competencias. El ReTHUS permite consultar información sobre formación y requisitos legales, pero no evalúa por sí mismo el desempeño profesional. Las competencias clínicas, sobre todo para actividades de alta complejidad, deben valorarse mediante mecanismos que consideren la práctica, la experiencia y la evaluación del desempeño.

La situación puede ser más compleja para los programas de formación avanzada, dado que, aunque incluyan entrenamiento estructurado, supervisión y evaluación, no siempre otorgan un título formal de especialización. Esto puede dificultar que se reconozcan en los sistemas tradicionales de registro y verificación de credenciales.

La formación de posgrado y el entrenamiento avanzado también representan inversiones de tiempo y recursos que no siempre se reflejan en las condiciones de contratación o remuneración. El reconocimiento laboral debería considerar las funciones desempeñadas, las competencias demostradas, el nivel de autonomía, la complejidad de los procedimientos y las responsabilidades asumidas. En el caso de maestrías y doctorados, también debe valorarse su aporte a la investigación, la docencia y la gestión, según el cargo y las funciones del profesional.

La ausencia de inscripción no debería impedir que se reconozca el valor académico o laboral de una maestría. A la vez, las competencias adquiridas mediante formación avanzada requieren mecanismos verificables de valoración, sin confundirlas con los requisitos legales para ejercer una especialidad.

CMC: ¿Cómo podría mejorarse la coordinación entre los ministerios de Educación y de Salud para que los títulos y los criterios de registro sean claros y previsibles?

Doctora Jaramillo: La coordinación debería basarse en criterios compartidos que distingan el reconocimiento académico de los títulos, las competencias desarrolladas y los requisitos para el ejercicio profesional. Una medida prioritaria es mejorar la interoperabilidad entre el SNIES y el ReTHUS. Esto permitiría consultar la clasificación de los programas, verificar los títulos reconocidos y establecer cuáles pueden inscribirse, reduciendo interpretaciones dispares y trámites innecesarios.

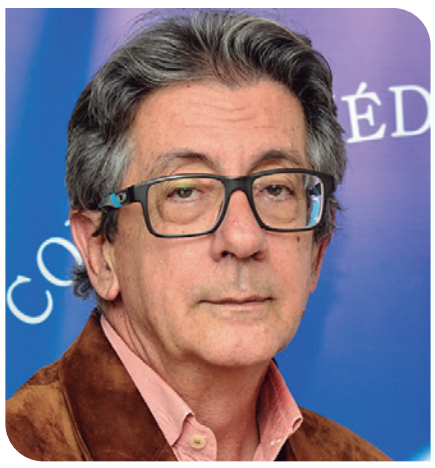
El Ministerio de Salud también debería participar en la revisión de los marcos de formación y ejercicio profesional, teniendo en cuenta las condiciones de habilitación de los servicios, la complejidad de los procedimientos y los escenarios asistenciales necesarios para una atención segura y de calidad. En los programas clínicos, la evaluación debería considerar la idoneidad de los sitios de práctica, la supervisión, la exposición a pacientes y la evaluación de competencias. El registro de un título acredita una trayectoria formativa, pero no sustituye la evaluación de la calidad del entrenamiento o del desempeño clínico.

También se requiere mayor articulación en la convalidación de títulos extranjeros. Aunque este trámite corresponde al Ministerio de Educación, la valoración de especialidades médico-quirúrgicas debería contar con criterios técnicos del sector salud sobre la duración y naturaleza del programa, sus escenarios de práctica y las competencias desarrolladas. La equivalencia académica no debe confundirse con la demostración de competencias clínicas específicas, especialmente cuando difieren los modelos de formación entre países.Además, conviene establecer criterios para reconocer los programas de formación avanzada, que desarrollan competencias en áreas clínicas complejas sin ajustarse siempre a las categorías tradicionales de posgrado. La participación de instituciones de educación superior, escenarios de práctica, colegios profesionales y asociaciones científicas permitiría acordar criterios que respondan a las exigencias académicas, las necesidades del ejercicio profesional y la seguridad de los pacientes.

Ágora

Un espacio para la reflexión y el buen debate

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



Atención Primaria en Salud, gobernanza en redes y talento humano en salud (THS)

De pronto, el tema de la crisis y las reformas necesarias al sistema de salud ha desaparecido de nuestras preocupaciones y comunicaciones gremiales. Tal vez, para ciertos propósitos e intereses, ya no resulte útil mantenerlo presente, pues esos cambios —o la posibilidad de llevarlos a cabo— han quedado archivados por el nuevo Gobierno y, en el plano legislativo, por el Congreso anterior.

Sin embargo, observo que entre algunos colegas ha persistido la preocupación por avanzar en el propósito reformista del sistema, no caer en el negacionismo de la crisis y seguir esclareciendo, mediante el estudio y el debate de ideas, los criterios y lineamientos generales y específicos que deberíamos formular como política gremial para dicha reforma.

En el marco de este propósito reformista, comprendo la importancia del tema abordado hace unos días por los doctores Julio Rincón y Gabriel Carrasquilla, en una sesión audiovisual de la Academia Nacional de Medicina, sobre la APS resolutiva, la cual debería constituirse en la pieza básica o el eje de un sistema nacional y racional de cuidado de la salud, orientado a garantizar universalmente el derecho fundamental, con justicia, sostenibilidad, equidad, participación y alta calidad.

El sistema debería articular integralmente, en los ámbitos funcional y presupuestal, todas sus líneas y objetivos estratégicos: la APS, en todos sus componentes y niveles de atención; la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la atención de las afectaciones de la salud física y mental; la rehabilitación y el mantenimiento de las mejores condiciones posibles de salud; los cuidados paliativos, y la asistencia al final de la vida.

La atención integral a la salud debe dirigirse a personas, familias y comunidades —sanas o enfermas—, teniendo en cuenta su diversidad cultural y los distintos territorios en los que viven. Debe prestarse tanto en los hogares como en las instituciones, bajo un modelo participativo que incorpore a la ciudadanía en la gobernanza y en las acciones concretas de los planes territoriales de salud. Para ello, se requiere personal sanitario suficiente, capacitado y distribuido de manera adecuada y equitativa, así como modelos de contratación laboral dignos e incentivos apropiados que motiven y favorezcan un mejor desempeño.

La APS debe articularse en redes de servicios integradas e integrales, mediante mecanismos asociativos, con equipos interprofesionales y multidisciplinarios, y con una gobernanza vinculante y efectiva. Redes que requieren talento humano en salud suficiente y distribuido de acuerdo con las necesidades de la población en cada territorio. Dicho personal —técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas— debe contar con una formación de alta calidad, y estar organizado y preparado para trabajar en equipos, cumpliendo cabalmente sus funciones misionales.

La APS debe concebirse como una estrategia distinta del primer nivel de atención, pero articulada a él y transversal a todo el sistema y a todos sus niveles. Para implementarla, como ocurre con cualquier estrategia, es necesario traducirla en actividades y programas concretos, integrados en las distintas rutas de atención, lo cual exige mecanismos de planificación, presupuestación y evaluación en instancias intersectoriales, principalmente en los ámbitos municipal, veredal y barrial.

La integralidad supone que no haya un Plan Decenal de Salud Pública, desvinculado de los planes territoriales de salud. Del mismo modo, los planes de desarrollo distritales y municipales deberían incorporar el plan de salud correspondiente como un capítulo o anexo. Así, las acciones de salud podrían concretarse en veredas, corregimientos, localidades, comunas y divisiones zonales. La participación ciudadana y comunitaria, con carácter vinculante, es un componente básico tanto de la APS como de la gobernanza. Debe implementarse en las redes territoriales, con sus distintos niveles, como en las actividades de salud planificadas en todas las rutas de atención.

Los médicos, profesionales y especialistas de la salud deben gozar de autonomía y ejercer la gobernanza clínico-científica en el diseño y la operación de las rutas de atención de las redes. Para ello, deben actuar a través de los comités de autorregulación profesional, con sus respectivas guías, protocolos y programas.

Controversia

6 de cada 10 ciberataques en Colombia van dirigidos al sector salud: más de 51 millones de historias clínicas están en juego

Conozca qué datos se exponen de su historia clínica, cómo protegerse y por qué un sistema caído puede retrasar una cirugía o un procedimiento médico.

Por: Dorian Rallón, CEO de Biofile

A las tres de la mañana, un médico de urgencias recibe a una mujer con dolor en el pecho y necesita saber tres cosas: qué medicamentos toma, a qué es alérgica y qué antecedentes tiene. Si el sistema no está disponible, puede quedarse sin acceso inmediato a esa información. Tendrá que reconstruirla con una paciente asustada o con un familiar que quizá no la recuerde. En salud, esa incertidumbre puede costar tiempo clínico.

Esa escena explica por qué la disponibilidad segura de la información —más que la simple conectividad— no es un lujo, una comodidad ni un símbolo de modernización: es un insumo clínico. Sin ella pueden demorarse el acceso a la historia, una remisión, la telemedicina o el control de los medicamentos. Hablar de transformación digital en salud sin hablar de seguridad y continuidad es construir sobre una base incompleta.

Colombia dio un paso relevante en esa dirección. El 15 de abril venció el plazo fijado por la Resolución 1888 de 2025 para que los actores obligados integraran sus sistemas al mecanismo nacional de interoperabilidad. No se intercambia la historia clínica completa, sino el Resumen Digital de Atención: un documento estandarizado con información esencial de cada consulta, urgencia, hospitalización o procedimiento. Es una buena noticia, pero también multiplica los puntos que deben protegerse.

Los números dimensionan el riesgo. Un reciente reporte sectorial, que cita el índice X-Force de IBM, estimó que el 60 % de los ciberataques registrados en Colombia tuvo como blanco a instituciones de salud, un sector que maneja información de más de 51 millones de afiliados. Eso no significa que todas sus historias hayan sido comprometidas.

El 27 de marzo, la Superintendencia Nacional de Salud detectó accesos no autorizados que permitieron descargar el 1,6 % de su bodega documental. Los archivos estaban asociados a peticiones, quejas, reclamos y denuncias, y podían contener datos personales o sensibles. La entidad calificó el incidente como de alta criticidad, presentó una denuncia penal y reportó, como una medición diferente, más de 23 millones de intentos sistemáticos de ataque durante el mes anterior.

El fenómeno es global. Comparitech rastreó 410 ataques y reivindicaciones de ransomware contra prestadores y empresas de salud durante el primer semestre de 2026: 2,3 diarios y cerca de 14 % más que en el semestre anterior. Al publicarse el informe, 77 estaban confirmados. IBM, por su parte, estimó en 4,65 millones de dólares el costo promedio de una filtración en América Latina, con base en una muestra de 28 organizaciones de distintos sectores.

Una filtración puede revelar diagnósticos, medicamentos, alergias, procedimientos y datos de identificación. El usuario no controla la seguridad de una clínica, pero puede reducir su exposición: ingresar por portales oficiales, no reutilizar contraseñas, activar la verificación en dos pasos, desconfiar de mensajes que pidan códigos o datos clínicos y evitar el envío de historias completas por canales personales cuando exista una vía institucional segura.

La seguridad también se mide en continuidad

En marzo de 2024, un ransomware vulneró la infraestructura tecnológica de un reconocido hospital del departamento de Caldas. La institución restringió el acceso a la red, recurrió a respaldos e implementó registros manuales para mantener la atención mientras recuperaba sus plataformas. La lección es clara: si la contingencia falla, no solo se cae un computador; pueden aplazarse cirugías, demorarse remisiones o interrumpirse entregas de medicamentos.





Después de 18 años trabajando para que la tecnología acompañe el recorrido del paciente, me queda una pregunta incómoda: no cuántos sistemas tiene una institución, sino cuánto tiempo podría seguir atendiendo si mañana dejaran de estar disponibles. La tecnología solo acompaña al paciente si permanece accesible cuando más se necesita.

La respuesta no puede improvisarse el día del ataque ni puede ser genérica. No es lo mismo una clínica de alta complejidad que un hospital público, un laboratorio o un consultorio rural. Cada institución necesita un diagnóstico propio, respaldos verificados y un plan de respuesta y continuidad clínica que haya sido entrenado y probado.

Tampoco es tarea exclusiva del área de sistemas. Un correo falso abierto por un funcionario, una contraseña reutilizada o un equipo sin actualizar pueden abrir la red entera. Y hay un riesgo del que se habla poco: el silencio. Cuando alguien no reporta una anomalía por miedo o vergüenza, el daño crece. A eso se suman el uso apresurado de inteligencia artificial y los servicios externos en los que pueden terminar copiados datos de pacientes sin autorización ni controles suficientes.

Cumplir la norma es indispensable, pero no basta. Una entidad puede tener políticas impecables y quedar expuesta por un respaldo mal configurado o por permisos excesivos. Las preguntas importantes son otras: ¿podemos saber quién consultó cada dato?, ¿podemos detectar un comportamiento anormal?, ¿podemos seguir atendiendo mientras se recupera el servicio?, ¿podemos informar con claridad a las personas afectadas? No debería ser necesario escoger entre velocidad y privacidad: en salud se necesitan ambas.

Una institución preparada no es la que supone que nunca será atacada, sino la que conoce sus riesgos, mantiene sus operaciones críticas y se recupera sin poner en peligro la atención. Porque proteger un dato clínico no es cumplir un trámite administrativo: es proteger la decisión que se toma a las tres de la mañana.

Un impuesto invisible del 3,9 % del PIB del 2020 – 2050 sobre nuestra economía:

La tormenta silenciosa de las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud mental en Colombia

Por: Giana Henríquez-Mendoza, médica salubrista, candidata a doctora en Ciencias Humanas y Sociales – UNAL, Instituto Nacional de Cancerología.

En el número anterior (41) de EPICRISIS se publicó un ensayo sobre la *Participación significativa en las políticas sanitarias de las personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles* que difundió ese desarrollo conceptual y empírico de la OMS, que promueve un cambio trascendental en la formulación de esas políticas para aminorar el impacto nefasto de esas enfermedades en la salud de las poblaciones. Pero dichas enfermedades deben ser valoradas no solamente en el valor intrínseco que su control aportaría al goce y la satisfacción de una vida más larga y saludable, sino en su valor instrumental de mejorar el bienestar social y económico de las sociedades. Por ello, se justifica conocer la publicación de la Organización Panamericana de la Salud – OPS *Una gran tormenta acecha en el horizonte: Las cargas macroeconómicas y de salud de las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud mental en América del Sur*, informe de política fundamentado en el trabajo de la profesora Maddalena Ferranna *The macroeconomic burden of noncommunicable diseases and mental health conditions in South America*, a partir de ellos, este artículo presenta los resultados para Colombia.

El trabajo se concibió como un modelo analítico que estimó los efectos macroeconómicos de las tasas crecientes de las enfermedades crónicas no trasmisibles – ENT y los problemas de salud mental para el periodo 2020 – 2050 para diez países de América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Su propósito fue examinar más allá de los riesgos para la salud, destacando las importantes consecuencias negativas que tienen para el crecimiento económico los grupos poblacionales afectados por los cinco grupos más importantes de estas enfermedades: cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y enfermedades renales y trastornos mentales.

En resumen, los tres elementos claves del modelo macroeconómico, incluyeron: primero la medición del daño en la salud poblacional con el número total de Años de Vida ajustados por discapacidad – AVAD para esas cinco enfermedades por cada país, que estimaron sumando dos desenlaces vitales, los años perdidos por muertes prematuras (entre 25 y 65 años), y los años perdidos por vivir con discapacidad (personas en seguimiento y tratamiento médico permanente) y su respectivo gasto en salud. El segundo elemento clave del modelo es la reducción de la oferta laboral y de la inversión de capital físico (bienes duraderos) consecuencia lógica del anterior (daño y gasto en salud). El tercer elemento se configura en el menor crecimiento económico es a su vez consecuencia del segundo (menos oferta laboral e inversión en capital físico).

Hace décadas, los tomadores de decisiones de las políticas mundiales reconocieron que los amplios beneficios instrumentales de la educación son mucho mayores que los beneficios intrínsecos, que se miden de forma reducida, por ejemplo, cobertura de educación básica o secundaria. Cuando se comprendió la magnitud de estos beneficios económicos no apreciados debido a los escasos fondos destinados a la educación, se observó un aumento exponencial de la educación tanto en cantidad como en calidad.

Llegó el momento de comprender la subestimación de los beneficios más allá de la salud del control de las enfermedades crónicas no transmisibles – ENT y salud mental. El modelo resumido en los tres elementos mencionados logró estimar como las ENT y problemas de salud mental afectan la perspectiva económica de un país por dos razones, En primer lugar, la muerte prematura y la discapacidad (que causa jubilaciones anticipadas, reducción de jornadas laborales o menor productividad) llevan a perdida de personas o de tiempo laboral para el desarrollo de las actividades productivas, reduciéndose así la oferta laboral. En segundo lugar, los grupos de población con una mala salud tienen menos ahorros, inversiones y acumulación de capital físico porque se ven obligados a gastar más en atención de salud. Estos dos principales mecanismos conjugan sus efectos al reducir aún más el ahorro y la inversión, lo que refuerza la disminución del crecimiento económico. Estos efectos son particularmente perjudiciales para las personas y los hogares económicamente vulnerables.

La simulación tomó las proyecciones del Producto Interno Bruto – PIB del Fondo Monetario Internacional – FMI, para calcular el costo macroeconómico de las ENT y problemas de salud mental se simula el PIB de cada país a los largo de tres decenios (2020 – 2050) en dos situaciones: una estacionaria y otra contrafáctica. En la estacionaria no se ejecuta ninguna intervención y la prevalencia de las ENT y problemas de salud mental evoluciona según lo previsto. En la situación contrafáctica se presupone la completa eliminación de las ENT y problemas de salud mental sin costo alguno. El costo macroeconómico de las ENT y problemas de salud mental se define como la diferencia acumulada en el PIB en ambas situaciones.

Veamos, tres resultados claves. El primero, la pérdida del PIB por país atribuible a las enfermedades no transmisibles (ENT) y salud mental en el período 2020-2050, después el segundo resultado la pérdida del PIB per cápita, calculado para superar el problema del tamaño poblacional, y el tercero la pérdida del PIB como porcentaje del PIB total.

El primero, la pérdida del PIB por país atribuible a las enfermedades no transmisibles (ENT) y salud mental 2020 – 2050 las mayores pérdidas fueron Brasil, Argentina y Colombia, US$ 3,7 billones en Brasil; US$ 1,1 billones en Argentina y US$ 889 mil millones en Colombia. En el segundo resultado del PIB per cápita, mostró a Colombia con US$ 15 500, dentro del mismo rango con Brasil y Paraguay, con mayor perdida per cápita que el grupo de Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela, pero menor pérdida per cápita en comparación con Argentina, Uruguay y Chile. En el tercer resultado Colombia obtuvo el 3,9 % de pérdida de producto interno bruto (PIB) atribuible a las enfermedades no transmisibles (ENT) y salud mental expresada en porcentaje del PIB total en el período 2020-2050, compartiendo rango con Bolivia y Uruguay, con mayor pérdida que el grupo de Ecuador, Perú y Venezuela y con menor pérdida en comparación al grupo de Paraguay, Argentina, Chile y Brasil.

Para poner en contexto que significa para nosotros en Colombia, un ejemplo. El Informe sobre Clima y Desarrollo del Banco Mundial estima que si no se realizan inversiones en adaptación, para 2050 el cambio climático reducirá el producto interno bruto (PIB) del país entre un 1,5 % y un 2,5 %, como mínimo.

El efecto económico de las enfermedades no transmisibles puede entenderse como una especie de impuesto invisible sobre la economía. Una pérdida equivalente al 3,9% del PIB significa que una parte considerable de la capacidad productiva que Colombia podría generar desaparece como consecuencia de enfermedad, discapacidad, mortalidad prematura y sus efectos sobre la población y el trabajo. Pero sobre el avance inexorable de la carga de estas enfermedades y sus efectos macroeconómicos, silencio total.

Un informe del 2011 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) resume varios factores interrelacionados que influyen en el aumento de las ENT y los problemas de salud mental, que pueden ser intervenidos por políticas poblacionales: el consumo de tabaco, la inactividad física, una alimentación poco saludable (con niveles desproporcionados de grasas, azúcar y sal) y el consumo de bebidas alcohólicas. Estos factores influyen a su vez en los factores de riesgo biológicos, como la obesidad, el aumento de la presión arterial y de la glucemia. Los riesgos derivados del estilo de vida se ven influenciados aún más por tendencias sociales como la urbanización, la globalización, la innovación tecnológica y el desarrollo económico. Estos cambios han reforzado el sedentarismo y la mala alimentación, y no han permitido reducir las desigualdades en materia



de educación, condiciones de vida y de trabajo, y acceso a una atención de salud de calidad, e incluso las han aumentado. La contaminación también es un factor de riesgo de trastornos neurológicos como la pérdida de la función cognitiva y la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y las demencias relacionadas, por no mencionar las enfermedades respiratorias. Por último, el envejecimiento es otro factor de riesgo biológico fundamental de las ENT y los problemas de salud mental.

Una tormenta silenciosa nos acecha. Ferranna et al estimó, a partir de las tasas de morbilidad y mortalidad especificas por cada enfermedad del Global Burden Disease – 2019, en su trabajo menciona que ese impuesto invisible sobre la economía colombiana del 3,9 % del PIB entre 2020 – 2050, se distribuyen con el primer lugar para diabetes/enfermedad renal con el 0,39 %, cáncer 0,33 %, problemas de salud mental 0,29 %, enfermedades cardiovasculares 0,25 % y enfermedad respiratoria crónica 0,09 % .

Por lo anterior, el país debe profundizar y garantizar las políticas poblacionales (reducir el consumo de tabaco, alcohol, alimentación poco saludable – comida chatarra – e inactividad física) y la alineación de incentivos del sistema de salud (atención de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas) para avanzar en la ruta establecida por el plan de acción mundial de la OMS en cuatro objetivos claros: acelerar las intervenciones para abordar los factores de riesgo y los determinantes subyacentes de la salud en relación con las ENT y los problemas de salud mental; segundo, fortalecer los sistemas de salud, incluida la ampliación de la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud; tercero, fortalecer la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas para abordar las ENT y los problemas de salud mental; y mejorar la recopilación de datos, el seguimiento y la evaluación de las ENT y los problemas de salud mental, así como la investigación, en particular la relativa a las tendencias y las causas de estas enfermedades y problemas.

Novedad

Valledupar y la UPC suman un nuevo programa para formar médicos

Doctora Hedilka Judith Jiménez, vicerrectora académica

La Universidad Popular del Cesar (UPC) plantea su nuevo programa de medicina como una apuesta para formar médicos con preparación científica, vocación de servicio y conocimiento directo de las realidades sanitarias y culturales del Cesar y la región Caribe. La propuesta, según explica la **doctora Hedilka Judith Jiménez Ríos, vicerrectora académica de la UPC,** articula formación, investigación y trabajo comunitario, con énfasis en la atención primaria, la prevención y la salud familiar.

El programa busca responder a un territorio marcado por desigualdades sociales, población rural dispersa y enfermedades relacionadas con condiciones ambientales y socioeconómicas. También propone fortalecer la investigación sobre problemas de salud locales y abrir espacios de diálogo entre la medicina académica y los conocimientos de comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas.

La iniciativa parte de una transformación del enfoque formativo; además de preparar profesionales para diagnosticar y tratar enfermedades, pretende que puedan prevenirlas, acompañar procesos de rehabilitación y contribuir a la gestión de la salud en el primer nivel de atención. La meta es que el médico egresado comprenda los factores sociales que influyen en la salud y pueda responder a ellos desde la práctica clínica, la investigación, la educación y la administración sanitaria.

Formación médica con pertinencia territorial

El diseño curricular responde a las necesidades nacionales y regionales, pero también busca incorporar los cambios que atraviesan la educación médica y los servicios de salud. La UPC propone una formación integral en atención primaria en salud, en concordancia con el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) y las políticas nacionales. El énfasis estará en promoción, prevención, diagnóstico, salud familiar y gestión de la atención, con especial atención a las comunidades que enfrentan barreras de acceso.

"La articulación entre formación, investigación y proyección social se convierte en una estrategia fundamental para formar médicos con conciencia crítica, sentido humanístico y compromiso con la salud colectiva", señala Jiménez Ríos. En esa perspectiva, la pertinencia territorial no se limita a estudiar las enfermedades más frecuentes, sino que comprende los determinantes sociales, las condiciones de vida y la diversidad cultural de la población.

La región presenta retos epidemiológicos que exigen capacidades para reconocer y atender enfermedades tropicales e infecciosas. Dengue, malaria, leishmaniasis, chikunguña, zika y tuberculosis forman parte de los problemas identificados, junto con infecciones respiratorias y gastrointestinales. La transmisión de algunos de estos agentes está relacionada con factores climáticos, ambientales y socioeconómicos, que pueden afectar con mayor fuerza a poblaciones vulnerables.

El programa prevé impulsar investigación orientada a comprender esas dinámicas y generar conocimiento aplicable a la prevención, el control y el tratamiento. La apuesta, sostiene la vicerrectora, es que la universidad contribuya al bienestar y al desarrollo sostenible del territorio, y que los futuros médicos comprendan cómo las características locales influyen en la atención sanitaria.

En el plan de estudios, las áreas de epidemiología, salud pública, medicina social y medicina familiar ayudarán a interpretar los perfiles de salud de la región. El aprendizaje activo y contextualizado incluirá metodologías como el aprendizaje basado en problemas, el trabajo colaborativo, la investigación formativa y las salidas de campo. La intención es que los estudiantes relacionen conceptos científicos con situaciones concretas y desarrollen criterio para tomar decisiones clínicas y comunitarias.

Uno de los componentes distintivos será la línea de profundización en saberes ancestrales, que se desarrollará en tres niveles y sumará seis créditos. Allí se estudiarán prácticas de salud de comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas mediante actividades académicas y trabajo en territorio. El propósito es que los estudiantes comprendan los fundamentos y usos de esos conocimientos, y aprendan a diseñar estrategias de atención que respeten la diversidad cultural.

La línea se vincula con asignaturas como problemas sociocolombianos, socioantropología, epidemiología y salud pública, medicina familiar y saberes ancestrales. También se proyecta como un área de investigación, pues la universidad busca construir puentes entre el conocimiento académico y los saberes tradicionales, desde el respeto y la reciprocidad, sin reducir las prácticas culturales a objetos de estudio aislados de sus comunidades.

La iniciativa reconoce que el diálogo intercultural puede aportar a la salud, la educación, la sostenibilidad y la preservación de la identidad. Entre los resultados esperados están la producción de publicaciones académicas, documentales, cartillas y materiales pedagógicos elaborados con las comunidades y para ellas. La UPC también plantea que la investigación contribuya a visibilizar conocimientos que han sostenido históricamente la vida de los pueblos del Caribe colombiano.

La carrera tendrá una duración de doce semestres. Los dos últimos, XI y XII, conformarán el año de internado. Cada periodo académico comprenderá 18 semanas y tendrá una carga de entre 20 y 24 créditos. Cada crédito equivale a 48 horas de trabajo académico, que incluyen actividades con docentes y trabajo independiente.



El currículo está organizado en cinco componentes. La formación básica comprende 51 créditos, equivalentes al 18,6 % del programa, y busca desarrollar capacidades de análisis y resolución de problemas a partir de fundamentos teóricos. El componente profesional concentra 179 créditos, el 65,5 %, y reúne las competencias cognitivas y técnicas necesarias para el ejercicio médico.

La formación complementaria suma 13 créditos, el 4,7 %, y permite profundizar en saberes transversales; la institucional aporta 20 créditos, el 7,3 %, y promueve la formación ética, humanística, social y ambiental; mientras que la investigativa incluye 10 créditos, el 3,6 %, para fortalecer la indagación y el desarrollo de proyectos con potencial de impacto social. En conjunto, estos componentes buscan que la preparación clínica se apoye en una comprensión amplia de la sociedad y de las responsabilidades profesionales.

La proyección social será transversal al proceso formativo. De acuerdo con la política institucional de extensión y proyección social, adoptada por la UPC, los estudiantes deberán llevar los aprendizajes teóricos a escenarios reales y participar en actividades que acerquen el conocimiento universitario a las comunidades. La Facultad de Ciencias de la Salud plantea integrar prácticas clínicas y extramurales, brigadas y otras acciones con las iniciativas institucionales y las necesidades de la región.

Para asegurar los escenarios de práctica, la universidad informa que ha suscrito convenios de docencia-servicio con distintas instituciones reconocidas. Estos acuerdos permitirán las rotaciones de los estudiantes y definirán la participación de los equipos asistenciales y docentes en los espacios formativos. El objetivo es que la experiencia clínica se desarrolle en coordinación con las instituciones prestadoras y con responsabilidades establecidas para cada parte.

Laboratorios, docentes e impacto esperado

La formación práctica se apoyará en laboratorios y recursos tecnológicos destinados a fortalecer las competencias científicas y clínicas. Entre ellos figura el Anatomage Table, una plataforma de visualización anatómica tridimensional y disección virtual, con









aplicaciones para estudiar anatomía, fisiología y radiología. También se contempla el sistema Biopac Student Lab, que permite realizar experimentos fisiológicos no invasivos y analizar señales del sistema cardiovascular, muscular, nervioso y respiratorio.

La UPC cuenta además con un laboratorio de microbiología cuyo inventario técnico de 2025 registra equipos, materiales e insumos en estado funcional. El espacio permitirá desarrollar habilidades relacionadas con el manejo de muestras, la identificación de microorganismos y las pruebas de susceptibilidad a antimicrobianos, procesos relevantes para el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas.

Para histopatología, asignatura ubicada en tercer semestre, se prevé utilizar microscopía virtual mientras el programa prepara sus propias muestras. Esta modalidad permite explorar preparados a distintos aumentos y recorrerlos en un dispositivo electrónico, de manera similar a la observación con un microscopio convencional. La posibilidad de examinar la preparación completa y acercarse a zonas específicas facilita el reconocimiento de células y tejidos y su relación con la función.

La simulación clínica será otro componente central. La universidad dispone de un laboratorio de simulación destinado al programa de enfermería, con diez áreas o módulos y equipos de baja, mediana y alta tecnología. Sin embargo, la institución reconoce que ese espacio no tiene capacidad ni dotación suficientes para atender las necesidades de medicina. Por ello, proyecta adecuar una sala específica para el nuevo programa, con capacidad prevista para 40 estudiantes simultáneamente, aunque el ingreso inicial será de 30.

La sala permitirá practicar y evaluar habilidades en un entorno controlado antes de las rotaciones clínicas y comunitarias. La dotación prevista incluye simuladores para auscultación cardiaca, pulmonar e intestinal; atención neonatal; obstetricia y parto; y escenarios pediátricos. También se incorporará Body Interact, una plataforma con casos de pacientes virtuales para entrenar la toma de decisiones y el pensamiento crítico en distintos contextos clínicos.

La propuesta contempla, además, un laboratorio de salud digital concebido como un espacio físico y virtual para integrar tecnologías emergentes a la formación, la investigación y la atención. Entre sus componentes previstos están estaciones de trabajo, equipos para telemedicina, plataformas de telesalud, historias clínicas electrónicas, sensores biomédicos, sistemas de información geográfica y herramientas de análisis de datos e inteligencia artificial. Su propósito es desarrollar competencias digitales y explorar soluciones que puedan contribuir a mejorar el acceso y la eficiencia de los servicios.

El perfil de egreso apunta a profesionales capaces de desempeñarse en ámbitos clínicos, investigativos, administrativos y educativos. La UPC plantea formar médicos que resuelvan problemas de salud de manera innovadora y pertinente, y que estén preparados tanto para curar como para cuidar y servir. El componente humanístico y la ética profesional se presentan como ejes del ejercicio, junto con el pensamiento crítico y la capacidad de responder a un entorno en transformación.

La calidad de la enseñanza dependerá también de la selección y vinculación del cuerpo docente. La universidad cuenta con un reglamento profesoral que reconoce la libertad de cátedra y establece modalidades de dedicación exclusiva, tiempo completo, medio tiempo y cátedra, además de otras formas de vinculación. El proceso de selección docente contempla convocatoria pública, recepción y validación de hojas de vida, verificación de requisitos y valoración de la formación académica, la experiencia docente y profesional, y la producción investigativa.

En los escenarios de práctica, la participación de profesionales vinculados a las instituciones prestadoras estará regida por los convenios de docencia-servicio y por las obligaciones asistenciales y docentes acordadas. La universidad señala que estos mecanismos buscan vincular perfiles pertinentes a las necesidades del programa y dar soporte a la formación en los distintos niveles de atención.

En investigación, el programa priorizará dos campos relacionados con las características del territorio: los saberes ancestrales y las enfermedades tropicales e infecciosas. En el primero, la UPC espera contribuir al reconocimiento y preservación de prácticas y conocimientos de pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes y población campesina. En el segundo, busca fortalecer el conocimiento científico sobre enfermedades prevalentes, mejorar la respuesta ante brotes y epidemias, formar talento humano investigador y aportar evidencia para las políticas públicas regionales.

Estos propósitos conectan la formación médica con los desafíos cotidianos de las comunidades urbanas y rurales del Cesar. La expectativa es que las prácticas, los proyectos de investigación y la extensión universitaria se traduzcan en respuestas más pertinentes para poblaciones que enfrentan desigualdades de acceso, dispersión geográfica o riesgos epidemiológicos particulares.

El nuevo programa representa, en palabras de la vicerrectora académica, una apuesta pública y regional: preparar médicos con bases científicas sólidas, capacidad clínica y sensibilidad ante las condiciones sociales y culturales en las que ejercerán. Su alcance dependerá de la consolidación de los espacios de práctica, la puesta en marcha de la infraestructura proyectada y la articulación sostenida entre universidad, servicios de salud y comunidades. La propuesta define así una formación orientada no solo al ejercicio profesional, sino también a la investigación y al compromiso con la salud colectiva del Cesar y la región Caribe.

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



MIRI ®: Tu asistente personalizado con IA para tu preparación MIR

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@medicapanamericana.com.co
mercadeomp@medicapanamericana.com.co

Desde 1953 +70 AÑOS Formando Profesionales de la Salud

EDITORIAL MEDICA panamericana

Avances

Una ecografía a tiempo puede evitar cirugías y discapacidades por displasia de cadera



La detección de la displasia de cadera durante las primeras semanas de vida puede cambiar por completo el curso de esta enfermedad, ya que permite iniciar un tratamiento oportuno, menos complejo y con altas posibilidades de que el bebé desarrolle caderas sanas. Por eso, el doctor **César Eduardo Álvarez Quintero, ortopedista y traumatólogo, coordinador nacional de Ortopedia Infantil del grupo Keralty y expresidente de la Sociedad Colombiana de Ortopedia Infantil,** promueve el tamizaje ecográfico de todos los recién nacidos entre la cuarta y la octava semana de edad.

La displasia del desarrollo de la cadera no es una sola alteración, sino un espectro que puede ir desde una formación anormal de la articulación hasta la subluxación o la luxación. En algunos casos, la cabeza del fémur y la cavidad de la pelvis conservan su relación, aunque la articulación no se haya desarrollado de manera adecuada. De ahí que el examen físico puede ser normal y no basta para descartar la enfermedad, pues el diagnóstico puede requerir imágenes.

La ecografía permite examinar la cadera del bebé sin radiación ionizante y sin causarle daño. Cuando se realiza con el método de Graf —una técnica estandarizada que analiza distintos parámetros de la articulación—, puede identificar alteraciones en una etapa temprana, antes de que aparezcan limitaciones evidentes o se requieran tratamientos más invasivos.

La ventana del diagnóstico temprano

El doctor Álvarez señala que la ecografía debe hacerse entre la cuarta y la octava semana de vida y que el método de Graf requiere profesionales con entrenamiento específico. El momento del estudio importa porque la cadera del recién nacido tiene una gran capacidad de remodelación durante los primeros meses. Su potencial de maduración es máximo antes de las 12 semanas, una ventana que favorece la respuesta al tratamiento.

Cuando la displasia o la luxación se detectan oportunamente, es posible tratarlas con un arnés que mantiene la cadera en una posición adecuada mientras continúa su desarrollo. En manos expertas, explica el especialista, este abordaje puede corregir la alteración y permitir que la articulación se desarrolle con normalidad.

En cambio, cuando el diagnóstico llega después del tercer o cuarto mes, el manejo puede volverse más prolongado y complejo. Puede requerir férulas u otras ortesis y, en algunos casos, cirugía. La intervención quirúrgica en un bebé es la última opción y, con frecuencia, refleja que la enfermedad se identificó tarde o que no respondió a medidas menos invasivas.

El retraso no solo cambia el tratamiento. También puede afectar la movilidad y la función de la cadera, generar discapacidades y exigir procesos largos de recuperación. En niños y adolescentes, algunos procedimientos quirúrgicos y sus cuidados posteriores pueden interferir con la asistencia escolar y las actividades cotidianas. Para sus familias, implican tiempo de cuidado, desplazamientos y ausencias laborales.



Una causa prevenible de artrosis y reemplazo articular

Las consecuencias pueden extenderse hasta la adultez. Según Álvarez, la displasia de cadera está entre las principales causas de artrosis de esta articulación y se relaciona con más de la mitad de los reemplazos articulares de cadera. Muchos de esos casos corresponden a personas cuya displasia no fue diagnosticada o se identificó tardíamente.

La carga también se refleja en el sistema de salud; los diagnósticos tardíos pueden requerir más consultas, tratamientos complejos y procedimientos quirúrgicos. En los hogares, la atención prolongada supone una demanda para madres, padres y cuidadores. El impacto combina limitaciones funcionales, costos de atención y consecuencias laborales y sociales.

Por eso, el tamizaje no debe entenderse como una prueba para confirmar una sospecha evidente, sino como una oportunidad de detectar una alteración que puede no ser reconocible mediante el examen físico. Si se espera a que aparezcan síntomas o signos más notorios, puede perderse el periodo en el que el tratamiento suele ser más sencillo.

El riesgo no siempre es visible

Entre los factores que ameritan especial consideración están el sexo femenino, la presentación de pelvis al momento del parto, el nacimiento por cesárea y los antecedentes familiares de reemplazo articular de cadera. Estos datos deben comunicarse al médico tratante y orientar una valoración cuidadosa.

Sin embargo, el planteamiento del doctor Álvarez es que la ecografía no se limite a los bebés con factores de riesgo. Como la displasia puede presentarse sin antecedentes identificables y el examen físico puede no detectarla, propone que todo recién nacido tenga acceso al estudio entre la cuarta y la octava semana, sin distinción de género, raza o condición socioeconómica.

La recomendación exige que las familias conozcan el momento adecuado para solicitar la ecografía y que los profesionales que acompañan los controles del bebé recuerden la importancia de realizarla antes de los dos meses.

La principal barrera para implementar el método de manera amplia, sostiene el especialista, es la disponibilidad de personal entrenado. La ecografía de cadera por el método de Graf requiere formación específica para obtener e interpretar las imágenes de forma estandarizada. Puede realizarla un radiólogo u ortopedista que haya completado el entrenamiento correspondiente.

Desde el punto de vista del equipamiento, se necesita un ecógrafo con un transductor lineal de 7.5 Mhz. El desafío está, sobre todo, en formar profesionales y organizar rutas de atención que permitan que el bebé llegue a tiempo al examen y, si se detecta una alteración, al tratamiento apropiado.

Álvarez indica que se están promoviendo cursos básicos y avanzados del método de Graf a través del capítulo de Ortopedia Infantil de la Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. También destaca el trabajo del Grupo Keralty en la implementación del método entre sus afiliados y el programa que adelanta la Secretaría de Salud de Bogotá con especialistas entrenados en el Hospital de Meissen. La aspiración es ampliar estas iniciativas a escala nacional.

Una medida preventiva que debe llegar a todos

Para el especialista, incorporar el tamizaje en las políticas públicas de salud tendría un impacto preventivo considerable. La difusión debe dirigirse tanto a las familias como a los equipos que participan en promoción y prevención: medicina general, pediatría, enfermería, radiología y ortopedia. La capacitación continua puede ayudar a que la recomendación no dependa de que una familia conozca de antemano la enfermedad o pueda buscar por su cuenta un servicio especializado.

El llamado también se dirige a las entidades responsables de organizar la atención. Una política que garantice la ecografía en el periodo indicado podría reducir la proporción de diagnósticos tardíos y, con ello, la necesidad de tratamientos más prolongados y cirugías que quizá se habrían evitado con una intervención temprana. Para avanzar, el doctor Álvarez señala que está trabajando con los organismos gubernamentales correspondientes en propuestas para respaldar el tamizaje mediante normas de alcance nacional.

El mensaje final del ortopedista es directo: todo bebé merece una ecografía de cadera entre la cuarta y la octava semana de vida, incluso si no presenta factores de riesgo. Para que esa oportunidad se convierta en atención efectiva, el estudio debe realizarse con el método de Graf por personal capacitado y estar conectado con una valoración especializada cuando sea necesario.

La detección temprana puede marcar la diferencia entre un tratamiento oportuno, con buenas posibilidades de desarrollo normal de la cadera, y años de manejo complejo, limitaciones funcionales y posibles cirugías. En palabras del doctor Álvarez, el tiempo de inicio del tratamiento sí importa.

¿Dignificación o continuidad de la precarización?

El gremio médico frente a las promesas del nuevo Gobierno

Por: doctor Juan Nicolás Durán Sandoval, médico anestesiólogo y presidente de Anir.



¿Estamos ante un Gobierno verdaderamente comprometido con la dignificación del talento humano en salud o ante uno dispuesto a subordinar las promesas de campaña a los intereses que históricamente se han beneficiado de la precarización del trabajo médico?

La pregunta resulta pertinente a la luz de una de las primeras decisiones del Gobierno del presidente Abelardo de la Espriella: la modificación del Decreto 661 de 2026, que había establecido restricciones para impedir la utilización de contratos sindicales como mecanismos de intermediación laboral ilegal. Mediante el Decreto 1432 de 2026, el nuevo Gobierno amplió hasta octubre de 2028 el régimen de transición, permitiendo que las instituciones de salud continúen prorrogando o celebrando contratos sindicales durante ese periodo.

Aunque jurídicamente no constituye una derogatoria integral de las prohibiciones contra la intermediación laboral ilegal, esta decisión representa un precedente que merece un profundo cuestionamiento desde el gremio médico. ¿Por qué aplazar durante dos años la aplicación de medidas orientadas a proteger los derechos laborales de quienes sostienen diariamente el sistema de salud?

La continuidad de los servicios asistenciales es una responsabilidad ineludible del Estado, pero invocarla para aplazar la formalización laboral durante dos años no es una medida técnica: es una decisión política que protege a los intermediarios. Detrás de los contratos sindicales se ha consolidado un entramado de intereses económicos cuya rentabilidad depende directamente de la precariedad de los trabajadores de la salud.

La dignificación del talento humano en salud no puede ser una consigna electoral. Debe traducirse en decisiones concretas, incluso cuando estas impliquen confrontar intereses particulares o dar continuidad a políticas acertadas de administraciones anteriores.

Este precedente nos obliga a reflexionar sobre el papel que debemos asumir los médicos del país, particularmente frente a las transformaciones prometidas para la educación médica estrechamente ligadas con dignificar la medicina en Colombia.

Desde la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR) hemos insistido en que Colombia necesita una reforma estructural de su Sistema Nacional de Residencias Médicas. Una reforma que supere las intervenciones fragmentarias y reconozca que la calidad de la formación especializada está estrechamente relacionada con las condiciones humanas, académicas, económicas y laborales en las que esta se desarrolla.

La excelencia médica no es incompatible con la dignidad humana. Por el contrario, una educación verdaderamente rigurosa debe garantizar condiciones que favorezcan el aprendizaje, el pensamiento crítico, la autonomía progresiva y la seguridad de los pacientes.

Por ello, la reforma que hemos venido promoviendo debe incorporar herramientas efectivas para prevenir, denunciar, investigar y sancionar la violencia, el acoso, la discriminación y las distintas formas de maltrato en los escenarios de formación. Asimismo, resulta indispensable establecer límites razonables a las jornadas de formación y asistencia, garantizar tiempos de descanso y resignificar la relación universidad-hospital superando los actuales convenios docencia-servicio. La residencia médica no puede continuar siendo interpretada como una fuente de mano de obra y fuente de ingresos que compensa las deficiencias de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Otro componente fundamental es la regulación de los costos de matrícula en las facultades de medicina y los programas de especialización de las universidades privadas. El acceso a la educación médica no debería estar determinado predominantemente por la capacidad económica de las familias ni por la disposición de los profesionales a asumir cargas financieras desproporcionadas que los ata a pagar intereses elevados en detrimento de su propio bienestar.

Esta discusión debe acompañarse de una política decidida de fortalecimiento de la educación médica pública, mediante mayor financiación, ampliación responsable de cupos, inversión en infraestructura, desarrollo de escenarios de práctica y fortalecimiento de las capacidades docentes y de investigación.

De igual manera, consideramos prioritario avanzar en la construcción de un Examen Nacional Único de Residencias Médicas, con criterios transparentes, técnicamente sólidos y equitativos, que contribuya a disminuir las barreras económicas y administrativas derivadas de la multiplicidad de procesos de admisión. Su implementación deberá acompañarse de mecanismos de evaluación integral y garantías de igualdad de oportunidades.

Estas reivindicaciones no son concesiones a un gobierno: son una agenda gremial construida durante años, legítima más allá de cualquier coyuntura electoral. No podemos ser espectadores de las reformas que definirán nuestro futuro.

Como médicos debemos consolidar una organización que trascienda coyunturas, defienda conquistas y construya una educación médica más justa, democrática y de calidad. La dignidad de quienes cuidan la salud no puede seguir siendo una promesa renovada cada cuatro años: se mide por derechos garantizados, reformas materializadas y condiciones de vida y trabajo transformadas. Al gremio le corresponde evitar que esa diferencia pase inadvertida.

ADARVE
Impulsamos tus finanzas e inversiones

¿CUÁL ES TU PLAN DE RETIRO?

Del 78% de los Médicos que se logran pensionar

más del 60% recomiendan que si tuvieran una segunda oportunidad de recibir una asesoría y así mejorar su liquidación pensional

LA TOMARÍAN SIN PONER EXCUSAS



¿Qué debes hacer si tienes un CDT en pesos?



SU FUTURO NO ESPERA.
DECÍDALO HOY.

La economía cambia.
Sus decisiones hoy definen su tranquilidad mañana.

La inflación, la devaluación y la volatilidad de los mercados impactan su poder adquisitivo y su patrimonio. Estar informado es el primer paso para proteger lo que ha construido con tanto esfuerzo.



CIFRAS QUE IMPORTAN PARA SU FUTURO FINANCIERO

INFLACIÓN a junio de 2026
5,32 %
es la variación anual del IPC a junio de 2026 en Colombia. La inflación continúa afectando el poder adquisitivo de los hogares.
Fuente: DANE – IPC (Junio 2026)

DÓLAR PROMEDIO mayo 2026
2014 $ 1.880 | MAYO 2026 $ 3.800
+102,1 %
de depreciación del peso colombiano frente al dólar en los últimos 12 años.
Fuente: Superfinanciera (TRM 28/05/2014 vs 31/05/2026)

RENTABILIDAD S&P 500 a junio de 2026
+12,61 %
es la rentabilidad acumulada del índice S&P 500 en lo corrido del año 2026 (YTD).
Fuente: Investing.com (Al 20/06/2026)

ESTRATEGIAS PARA CONSTRUIR TRANQUILIDAD FINANCIERA

PROTECCIÓN PATRIMONIAL
Preserve su patrimonio frente a riesgos económicos y financieros.

PLANEACIÓN FINANCIERA
Diseñamos un plan para alcanzar sus metas y construir tranquilidad.

DIVERSIFICACIÓN INTERNACIONAL
Acceda a mercados globales y proteja sus ahorros de la devaluación.

CONSTRUCCIÓN DE RETIRO
Creamos estrategias para que su retiro sea tan sólido como su carrera profesional.

ASESORÍA PERSONALIZADA
Acompañamiento experto, cercano y adaptado a su situación.

LO QUE HA CONSTRUIDO MERECE PROTECCIÓN.
NOSOTROS LE AYUDAMOS A HACERLO CRECER.

En ADARVE acompañamos a profesionales de la salud con estrategias financieras diseñadas a la medida de su realidad y sus objetivos.

TOME DECISIONES HOY, DISFRUTE TRANQUILIDAD MAÑANA.
Agenda una asesoría informativa y descubra cómo fortalecer su estrategia financiera.

Escanee y agende su asesoría fácilmente.

ÚNICO NÚMERO AUTORIZADO
+ (57) 318 844 5101

ÚNICO CORREO AUTORIZADO
finanzas@gremiosalud.com

La información aquí presentada es de carácter informativo y no constituye asesoría financiera personalizada. Las decisiones deben tomarse con base en su situación particular y con el apoyo de un profesional.



Aprende a administrar tus ahorros y patrimonio de manera inteligente.

TODAVÍA ESTÁS A TIEMPO

HAZ CLIC Y AGENDA CONSULTORÍA SIN COSTO

Único autorizado:
Arley Torres

www.adarveseguros.com



Constructo para el control del daño al sector salud

Por: doctor Roberto Díaz González, especialista en finanzas, experto en reforma a la salud, delegado del Huila a la Junta Directiva Nacional del Colegio Médico Colombiano, presidente (e) de la Federación Colombiana de Sindicatos Médicos

La expresión milagro económico alude a un crecimiento alto y sostenido que, en pocos años, impulsa el progreso socioeconómico. Suele ser resultado de una combinación de políticas públicas estables, equilibrio fiscal, competitividad, educación de calidad, articulación entre los sectores público y privado, participación laboral de las mujeres, salarios dignos, disciplina y esfuerzo colectivo. Estos factores, junto con la infraestructura, la tecnología y el aumento de la calidad y productividad del capital humano, permiten acumular riqueza. Colombia perdió esta senda en el sector salud, en parte, por fallas en la intermediación financiera.

Un plan de choque no debe limitarse a restablecer el flujo de caja. Su objetivo central debe ser proteger de manera duradera al sector real de la economía: clínicas y hospitales, donde se concentra la inversión pública y privada, se brinda atención a la población, se desarrolla la capacidad de atender a pacientes nacionales y extranjeros y se forma talento humano en salud que compite internacionalmente. No es coherente seguir creando burbujas financieras mediante el crédito ni permitir que los recursos se desvíen por corrupción o ineficiencia. Con el déficit fiscal actual, el Estado no está en capacidad de cubrir por sí solo las deudas entre EPS e IPS.

Es necesario aplicar ajustes microquirúrgicos, aprovechando leyes muertas vigentes que no se han implementado, para restituir la capacidad de pago de las IPS, recuperar la confianza de los inversionistas y corregir los desequilibrios financieros. La propuesta toma como referencia el llamado milagro alemán; tanto Estado como sea necesario y tanto mercado como sea posible. Esto implica fortalecer las redes públicas y privadas y desarrollar otros tipos de EPS previstos en el artículo 181 de la Ley 100 de 1993, incluidas las creadas por entidades territoriales y las entidades de medicina prepagada. También plantea que el sector real de la economía pueda ser propietario de EPS bajo una modalidad corporativa, de acuerdo con el artículo 62 de la Ley 1438 de 2011.

Según este planteamiento, la gestión articulada de las redes permitiría reducir la intermediación financiera, mejorar la capacidad de pago de clínicas y hospitales y avanzar en el giro directo previsto en las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1606 de 2013 y 2294 de 2023.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), establecida en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) aún no se han desarrollado plenamente. Una alternativa es organizar redes por territorios sanitarios, constituidas como personas jurídicas y habilitadas para operar como EPS mediante la asociación de Empresas Sociales del Estado (ESE), conforme al artículo 19 del Decreto 1876 de 1994. Estas redes podrían facilitar una atención oportuna, integral, segura y de calidad, así como condiciones laborales dignas. A la vez, permitirían ajustar progresivamente las redes en crisis y recibir al inicio de cada mes el 100 % de la capitación. Los recursos se distribuirían periódicamente entre los niveles de alta, mediana y baja complejidad, la promoción y prevención, y los gastos administrativos, de acuerdo con la población asignada a cada IPS.

La administración financiera del sector salud debe proteger dos principios: el equilibrio económico y la asignación adecuada de los recursos, de modo que exista correspondencia entre los recursos disponibles y las necesidades de atención. El modelo de las aseguradoras no resulta plenamente aplicable al sistema de salud, pues opera mediante la delimitación del riesgo, el cálculo de primas, topes de indemnización y constitución e inversión de reservas. Además, supone reglas sobre aseguramiento que, según esta interpretación, no fueron autorizadas por el Congreso.

La Ley 100 de 1993 creó entidades promotoras de salud. Sin embargo, el Decreto 1485 de 1994 autorizó a aseguradoras de vida a explotar el ramo de salud, bajo vigilancia de la Superintendencia Bancaria; a asociaciones de cajas de compensación familiar, vigiladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar, y a entidades comerciales, bajo la vigilancia de la Superintendencia de Sociedades. El mismo decreto incorporó reglas regulatorias de Basilea para organizar las EPS.

La sostenibilidad fiscal, contemplada en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, orienta la administración financiera de los recursos públicos destinados a la salud. En la Sentencia C-288 de 2012, la Corte Constitucional examinó la relación entre la Constitución económica y los fines del Estado social y democrático de derecho, y reconoció la sostenibilidad fiscal como herramienta de planeación. Esta busca disciplinar las finanzas públicas, reducir el déficit, equilibrar los ingresos y el gasto, preservar la estabilidad macroeconómica y mantener la capacidad de pago del Gobierno. Su aplicación debe contribuir al uso eficiente de recursos limitados sin menoscabar, restringir ni negar la protección efectiva del derecho fundamental a la salud.

Los mecanismos de asignación de recursos en salud son complejos y complementan el modelo de sostenibilidad fiscal. Un principio básico consiste en mantener un saldo mensual equilibrado entre los ingresos y los gastos presupuestados. Los recursos de la salud constituyen un capital autónomo con destinación específica; no son propiedad de una entidad y no pueden desviarse de la finalidad prevista en la ley estatutaria. Tampoco conforman, por sí mismos, una empresa o persona jurídica.

La asignación requiere gobernanza. La CEPAL la define como un modelo dinámico en el que el Estado comparte la toma de decisiones con la sociedad civil, el sector privado y la academia para resolver problemas públicos, administrar recursos y generar valor. En este marco, el artículo 175 de la Ley 100 de 1993 creó los Consejos Territoriales de Salud (CTS) como mecanismos de participación comunitaria. No obstante, estos consejos han quedado sin renovación y tienen carácter consultivo. Se propone fortalecerlos como instancias tripartitas, integradas por el Estado, las organizaciones comunitarias y el talento humano en salud, con funciones permanentes de planeación, medición de costos de producción, seguimiento al uso de los recursos y adopción de medidas correctivas en cada territorio sanitario.

Por último, la gobernanza clínica, concepto desarrollado por el Colegio Médico Colombiano, propone que las organizaciones gremiales participen en los CTS y contribuyan a equilibrar la relación entre las organizaciones de pacientes y usuarios y las autoridades sanitarias territoriales. Su actuación se fundamentaría en el profesionalismo, el liderazgo técnico y científico, el humanismo, la ética, la lex artis, la seguridad del paciente y la autorregulación. El propósito es que la gobernanza clínica contribuya de manera efectiva a la sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de salud.

Sociedades científicas: Setenta años cuidando la ciencia, la dignidad y el futuro del talento humano especializado en Colombia

Por: doctor Agamenón Quintero Villarreal, MD- Presidente de la ACSC, 2024-2026

El 19 de noviembre de 2026, celebramos el septuagésimo aniversario de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC). Setenta años no son solo una cifra en el calendario: representan décadas de compromiso inquebrantable con la excelencia médica, la investigación científica, la educación continua de los especialistas y, sobre todo, con el desarrollo profesional orientado al bienestar de nuestros pacientes y de la comunidad en general. Este compromiso va de la mano con la defensa inclaudicable de la dignidad y el bienestar de los especialistas que sostienen el sistema de salud de nuestra Patria Milagro Colombia.

Desde su fundación, en 1956, nuestra agremiación ha sido un faro y una voz que orienta el rigor científico en Colombia. Cada generación de médicos especialistas ha encontrado en este espacio un hogar común donde la ciencia se une con la vocación y la pasión por el servicio. Hemos visto transformarse la medicina, desde los albores de las primeras especialidades hasta la alta complejidad que hoy caracteriza la atención médica en nuestro país. En cada vida salvada, en cada unidad de cuidados intensivos, quirófano, sala de urgencias o consultorio, ha estado presente el sello de rigor científico, humanismo y profesionalismo que promueve esta Asociación.

Sin embargo, nuestra historia también nos exige mirar hacia adelante con coraje y lucidez. El talento humano en salud, columna vertebral de cualquier sistema y su recurso más valioso, es también uno de los más vulnerados y hoy enfrenta desafíos sin precedentes. La sociedad debe reconocer que los especialistas de Colombia no son solo la cúspide de la atención médica; son el motor del conocimiento, la innovación y la docencia que forma a las futuras generaciones.

Por ello, hoy más que nunca, la voz de las sociedades científicas debe resonar con fuerza y claridad. No podemos hablar de calidad en la salud ni de sostenibilidad del sistema si no se garantizan la dignificación laboral, la autonomía profesional, unas condiciones de trabajo justas y una remuneración adecuada para quienes han dedicado una década o más de sus vidas a formarse y servir con excelencia.

Fortalecer el talento humano especializado significa proteger su salud mental, respaldar su ejercicio clínico frente a cargas desmedidas y asegurar



que la docencia sea un espacio de respeto, equidad y rigor académico. Es claro que defender a nuestros especialistas es, en última instancia, defender el derecho fundamental a la salud de los colombianos.

Hagamos de este septuagésimo aniversario no solo una celebración del pasado glorioso que nos precede, sino también un pacto renovado por el futuro. Sigamos siendo una voz firme, técnica, independiente, ética y no partidista, que actúe como mediadora entre la sociedad y el Estado y exija siempre que se respete el conocimiento científico y que quienes lo portan sean tratados con la dignidad que su elevada misión merece. A todos los especialistas de Colombia; a los fundadores que nos legaron este camino; a quienes hoy sostienen, con su esfuerzo diario, el prestigio de nuestra medicina y de nuestra Asociación; y a nuestro presidente, Jaime González, y su Junta Directiva: eterna gratitud.

Que estos 70 años nos impulsen a seguir construyendo, con ciencia y unidad, un mejor horizonte para la salud de Colombia.