

Revista **Nuevos Tiempos**

Medellín (Colombia), Vol. 30. No. 1. Septiembre - Octubre 2024



Evolución del sistema de salud colombiano



Revista **Nuevos Tiempos**

Medellín (Colombia), Vol. 30. No. 1. Septiembre - Octubre 2024



Evolución del sistema de salud colombiano



Revista **Nuevos Tiempos**

Vol. 30. No. 1. Septiembre - Octubre 2024

La revista **Nuevos Tiempos** es una publicación de la COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA –COHAN

Gerente General:

Jamel Alberto Henao Cardona

Politécnico COHAN Ciencias de la Salud

Andrés Felipe Londoño Vélez

Rector

Comité Editorial:

Jamel Alberto Henao Cardona, Gerente General

Andrés Felipe Londoño Vélez, Rector Politécnico COHAN Ciencias de la Salud

Gabriel Jaime Guarín Alzate, Gerente de Planeación

Liliana Klinkert P., Comunicadora y Periodista

Sandra Milena Alzate S., Directora de Comunicaciones

Coordinación editorial:

Liliana Klinkert P.

Diseño e impresión:

COOIMPRESOS

cooimpresos@cooimpresos.com

Periodicidad:

Semestral

Correspondencia, suscripción y canje:

Revista Nuevos Tiempos, Cooperativa de Hospitales de Antioquia –COHAN

*En COHAN somos responsables con el medioambiente, por ello nuestra revista
Nuevos Tiempos es impresa en papel ecológico 100% de caña de azúcar.*

TABLA DE CONTENIDO

EDITORIAL

En la construcción o reforma del sistema de salud colombiano, la responsabilidad es de todos..... 5
Jamel Alberto Henao Cardona

El desarrollo histórico del sistema de salud en Colombia:
un recorrido con altos y bajos 7
Liliana M. Klinkert P.

Sistema de Salud colombiano: entre la complejidad y la evolución 16
Nadia Paola Guevara Umaña

Los hitos de la formación del personal de salud en Colombia 23
Andrés Felipe Londoño Vélez

El Sistema Municipal de Cuidado en La Ceja, Antioquia:
un modelo de solidaridad y bienestar comunitario..... 30
Mario Alberto Velásquez Duque

La evolución del sector farmacéutico como un aporte al bienestar humano..... 32
Mario Aguirre Santa

El personal de salud y los cambios laborales enfrentados en las últimas décadas 40
Andrés Felipe Londoño Vélez

Indicaciones para los autores 45

Cupón de suscripción 47

En la construcción o reforma del sistema de salud colombiano, la responsabilidad es de todos

Desde la implementación de la Ley 100 de 1993, Colombia ha registrado avances significativos en la prestación de los servicios de salud, logrando una alta afiliación de la población al Sistema de Seguridad Social. La ley introdujo un modelo descentralizado que combina un régimen contributivo y uno subsidiado, permitiendo que tanto trabajadores formales como aquellos en situación de vulnerabilidad accedan a la atención médica.

Aunque se avanzó en este objetivo principal de garantizar el acceso a la salud a un mayor número de personas, el sistema ha enfrentado críticas persistentes sobre su sostenibilidad y equidad, revelando desafíos que han perdurado a lo largo de los años.

La carencia en la capacidad financiera adecuada para asegurar la calidad de los servicios se traduce hoy con E.P.S. (Entidades Promotoras de Salud) que continúan acumulando deudas, lo que impacta negativamente la atención en hospitales y clínicas. Un problema que se agrava no solo por la limitación en la capacidad de respuesta de las instituciones, sino que también genera crítica y desconfianza frente a la gestión de los fondos disponibles.

Asimismo, la atención efectiva, especialmente en regiones apartadas, continúa siendo un desafío, y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud de calidad se mantiene como una preocupación constante. Otro aspecto crítico para sumar es la falta de un enfoque preventivo



robusto, requiriendo un fortalecimiento de los programas de prevención que eviten enfermedades y promuevan estilos de vida saludables.

A pesar de los problemas, la cobertura se ha mantenido como una estrategia clave, y se han realizado esfuerzos para unificar los planes de beneficios y mejorar la movilidad entre regímenes. Sin embargo, es crucial que todos los actores del sistema asumamos un rol activo y colaborativo para avanzar en los cambios que demanda hoy el sistema en pro del cuidado de la salud y el bienestar de la población.

El Gobierno debe garantizar la financiación adecuada y la regulación efectiva del sistema, promoviendo políticas que prioricen la salud

pública y la prevención. Las E.P.S. y otros actores en salud deberán buscar alternativas para mejorar la gestión de los recursos, impulsando la innovación y la tecnología, y trabajando en programas integrales en red para ofrecer servicios de calidad y asequibles para toda la población.

Los profesionales de la salud, por su parte, pueden enfocarse en una atención humanizada y centrada en el paciente, promoviendo la educación en salud y la prevención de enfermedades. Y, finalmente, como sociedad, estamos llamados a participar activamente en la construcción del sistema de salud, exigiendo

nuestros derechos y fomentando una cultura de prevención.

Contar con un sistema de salud con un enfoque más equitativo y sostenible, que promueva el acceso a la salud y la prevención, deberá ser el pilar de cualquier reforma o acción que se implemente para asegurar a los colombianos y a quienes habitan nuestros territorios el disfrute digno del derecho a la salud.

Solo a través de un esfuerzo conjunto y coordinado de todos los actores podremos enfrentar los retos actuales y garantizar un futuro más saludable para todos.



Jamel Alberto Henao Cardona
Gerente General
Cooperativa de Hospitales de Antioquia



El desarrollo histórico del sistema de salud en Colombia: un recorrido con altos y bajos

Liliana M. Klinkert P.¹

Colombia ha dado pasos significativos hacia el logro de la cobertura universal en salud, conforme a las metas que se ha trazado el mundo a instancias de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, en especial, en lo que respecta a los objetivos de desarrollo sostenible.

Según explica Jairo Humberto Restrepo Zea, profesor de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia y experto en Economía de la Salud, Políticas Públicas y Economía del Sector Público, “hoy decimos que todo colombiano está protegido por un seguro de salud que le brinda atención en todos los niveles y para todas las patologías con una

cobertura muy importante de los procedimientos y tecnologías disponibles. Estamos diciendo que, en torno al 95 % de procedimientos, medicamentos, tecnologías disponibles en el país, están cubiertos, están garantizados por el Plan de Beneficios en Salud. Eso sin duda es un avance significativo, que en los últimos 10 a 15 años se vino, digamos, a culminar lo que fue el sueño de la Ley 100”.

El gran hito: la Ley 100

El sistema de salud vigente en Colombia empezó a implementarse en enero de 1995 con el desarrollo de la Ley 100, expedida en diciembre de 1993, concebida en medio de los cambios que

¹ Comunicadora y Periodista

se sucedieron en el país tras la promulgación de la Constitución de 1991.

La Ley 100 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con los objetivos de dar condiciones de acceso al servicio a toda la población y en todos los niveles de atención y regular el servicio público de salud, con un plan de beneficios igual para todos y de carácter obligatorio. En este proceso, los hospitales públicos dejarían de depender exclusivamente del Ministerio de Salud, y se convertirían en Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) como entes autónomos, con presupuesto propio, cuyos gastos serían financiados mediante la contratación de servicios con las E.P.S., lo que contribuiría a la descentralización territorial (derivada de la nueva Constitución) e implicaría para los municipios asumir competencias en salud, de acuerdo con la Ley 60 de 1993.

El Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía) serviría para financiar el plan y asignar los pagos a las E.P.S. para garantizar la atención de los afiliados, con recursos provenientes de los empleados y empleadores afiliados. Se planteó objetivo de la cobertura universal hacia el año 2000. Sin embargo, dado lo ambicioso de esa meta, pero también debido a la crisis económica que tuvo el país entre 1998 y 1999, el alcance de la misma estuvo en suspenso durante más de una década.

Avances en la normatividad

El profesor Restrepo considera que la evolución que ha tenido el sistema de salud en términos de sus normas ha resultado positiva. “A partir de 2012 o 2013, cuando se frustró un intento de reforma a la salud, siendo ministro Alejandro Gaviria, se comenzó a establecer una serie de normas que permitían corregir algunas barreras o rigideces que presentaba el sistema para facilitar, justamente, el propósito de la cobertura universal. La sentencia 760 de 2008, la Ley 1438

de 2011 y los planes que siguieron al año 2010 han ayudado a ese logro planteado en la Ley 100”.

Por su parte, según explica Luis Hernán Sánchez Montoya, director ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESA), “la normatividad en Colombia ha evolucionado, unas veces para bien y otras veces para mal. El sistema de salud colombiano es uno de los sistemas más reglados del mundo, tenemos un sinfín de normas para cada tema; de las cosas buenas que podemos resaltar de las normas son las diferentes ampliaciones de los planes de beneficios en salud para los usuarios y la garantía del derecho fundamental a la salud establecida en la Ley estatutaria en salud 1751 de 2015, entre muchas otras, pero también algunas de las normas que se contradicen con otras y afectan el normal desarrollo del sistema de salud; en los últimos años hemos observado cómo muchas normas han favorecido a los aseguradores en detrimento de los hospitales públicos y demás prestadores de servicios de salud. Se podrían simplificar un poco más las normas, lo que facilitaría el normal desarrollo del sistema de salud”.

La movilidad entre regímenes es una evolución en esta normatividad. Antes se hablaba de las E.P.S. exclusivamente para población del régimen contributivo. Para el régimen subsidiado se hablaba de Administradores del Régimen Subsidiado (ARS), pero se borró la expresión ARS y se generalizó para los dos regímenes la expresión E.P.S., permitiendo que una misma E.P.S. tenga población de los dos regímenes, como sucede hoy con Nueva EPS, que incluye a cerca de la mitad de la población en un régimen y la otra mitad en el otro régimen. Este tipo de prácticas facilitan la atención e impiden prácticas como la evasión.

Se mejoró la cobertura de los mayores de 18 años integrantes del grupo familiar y de los menores de 25 cubiertos por los padres en cuanto a trámites,

“se empezó a cruzar información en bases de datos y se han creado una serie de normas, gracias a las cuales no se hacen necesarias unas grandes reformas sino por la vía de decretos, o por las leyes del Plan de Desarrollo 2014 -2018 donde también se estableció un ajuste. Hay unas normas, de alguna manera, cada vez más claras, una regulación que está buscando precisamente el buen desenvolvimiento del sistema”, afirma el profesor Restrepo.

En cobertura y atención

La evolución del sistema de salud muestra una estabilidad en el aseguramiento como estrategia para garantizar el acceso a los servicios de salud, que es uno de los dos objetivos principales a los que apunta la Ley 100.

En los últimos diez años ha mejorado la cobertura del aseguramiento en salud para los habitantes en el territorio colombiano, ha aumentado la cobertura en el régimen subsidiado, en el régimen contributivo, incluso, para la población migrante. Podemos decir que la cobertura en aseguramiento en Colombia es cercana al 98 % de la población, según afirma el doctor Sánchez Montoya. No así ha sucedido en el acceso a la atención médica y la prestación de los servicios en salud, ya que esto no solo obedece a la amplia dispersión geográfica de algunos territorios y la falta de presencia de prestadores de salud y profesionales de las diferentes áreas de la medicina en los lugares más alejados de la geografía colombiana, sino que la situación también se presenta en las grandes ciudades y ciudades intermedias donde las diferentes aseguradoras y algunos prestadores de servicios de salud ponen barreras de acceso a la población para la atención de diferentes cirugías, procedimientos, tecnologías y medicamentos que requieren.

Todo lo que se ha soñado frente a salud pública, a promoción de la salud y prevención de la



enfermedad está escrito en la Ley 100. Sin embargo, de acuerdo con la doctora Marta Cecilia Castrillón Suárez, magíster en Administración en Salud, exgerente de la E.S.E. Metrosalud, consultora y asesora en gestión para entidades del sector salud, en términos de salud pública, por ejemplo, “nos concentramos en cómo nos convirtieron de hospitales a Empresas Sociales del Estado y que teníamos que evidenciar lo que hacíamos y facturar, en lugar de concentramos en desarrollar procesos que soportaran la atención de los pacientes, y el porcentaje de promoción y prevención que ha pasado por distintos valores se dejó a un lado. Cuando ya las E.P.S.

empezaron a hacer un ejercicio de auditoría, a apretar, a devolverle los recursos, entonces las Empresas Sociales del Estado abrimos los ojos y dijimos que había que hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

En lo que respecta al acceso y la atención, que sería el cumplimiento de la promesa de esa cobertura universal, esto es, que las personas efectivamente sean atendidas en caso de requerir servicios, en caso de enfermar, “el sistema mantiene unas situaciones que dan cuenta de inequidad en el acceso, donde las personas más alejadas de los centros urbanos, pero también personas en zonas marginales de ciudades pertenecientes al régimen subsidiado, todavía enfrentan unas barreras de modo que, si bien el país ha incorporado nuevas tecnologías, ha ampliado el plan de beneficios, pudiéramos indagar si esos beneficios de ese esfuerzo se han distribuido de manera desigual o dispar; así que hay inequidades, insisto, concentradas en esa barrera que tienen las personas de zonas apartadas, las personas en situación de pobreza que no logran acceder a esa atención prometida, por falta de diagnóstico oportuno, por lejanía del centro de atención, por dificultades de los centros de atención en municipios para poder hacer referencia a los centros más especializados” dice el profesor Restrepo.

Tecnología y otros temas

Una gran falencia tiene que ver con la falta de control a las normas establecidas y a no tener en cuenta experiencias exitosas que se podrían sistematizar y recoger para aplicar en el país, afirma la doctora Marta Castrillón. “Si se cogieran las experiencias de Antioquia, algunas del Valle y otras, se podría hacer un análisis, una gran investigación que demuestre cómo, al sistematizar cuáles son las mejores prácticas, aplicarlas en todo el país, pero ha faltado una cosa que es muy importante, que es el sistema de información que funcione como el sistema

bancario, o el de la DIAN. Pero si alguien va a una consulta, a un hospital, le dicen que no lo pueden atender, porque no aparece en el sistema, niegan la atención, o le dan una atención diferente, dependiendo de si lo hallan o no en una base de datos, si está en una transición, en una anticipación, si cambió de nivel, o si tiene una póliza que cubre todo, o un plan complementario, no hay unificación”.

El uso de una tecnología en este sentido, permitiría tener una historia clínica unificada, sin importar la institución en donde ha sido atendido. “Llevamos 31 años en eso, en un sistema unificado de salud, y no lo hemos logrado. Entonces, cualquier decisión que se tome a la evolución del sistema, pasa por un sistema de salud”.

Sin embargo, la evolución tecnológica también está ligada a temas económicos, “porque si hay tecnología sofisticada, y tú pagas cierto tipo de E.P.S., no tienes acceso al hospital donde está la tecnología sin pasar por un protocolo de autorización. Entonces, llegar a este punto de atención requiere de un manual tarifario; y que el Gobierno sea el que diga ‘yo pago tanto’, sigue limitando el acceso de algunos y genera unas brechas. A pesar de ello, sí ha evolucionado la atención, hoy en día hay mayor accesibilidad a los servicios de salud, independientemente a la condición del colombiano o del migrante que esté en el país”, afirma la doctora Marta Castrillón.

La tecnología avanza a pasos agigantados y en salud mucho más, obligando a que muchos sistemas de salud con el ánimo de responder a los requerimientos de los diferentes usuarios tengan que someterse a grandes inversiones financieras para satisfacerlas.

Las innovaciones tecnológicas más significativas en salud van encaminadas a las atenciones de patologías de alto costo, cáncer, trasplantes,

prótesis y muchos tipos de cirugías, para las cuales ha habido grandes avances en las ayudas diagnósticas y en el uso de la inteligencia artificial. Sumando también los adelantos en la industria farmacéutica que ponen en el mercado nuevas moléculas. Todo ello aumenta considerablemente los costos en salud, afirma el director ejecutivo de AESA. “El impacto en la atención en salud ha sido importante porque cada vez se aumentan más las expectativas y exigencias de los usuarios para que se les brinden más y mejores tecnologías; y esto no está mal porque cada vez todos quisiéramos ser mejor atendidos, pero llegará un momento donde el dinero no alcance a cubrir todas las atenciones y los servicios de salud que los usuarios queremos”.

Impacto del COVID-19

La pandemia causada por el COVID-19, sin duda, es un hecho significativo para el sistema de salud en Colombia (y en el mundo).

El perfil epidemiológico de la población colombiana ya venía cambiando, antes de la pandemia, de la misma forma que han cambiado los estilos de vida. Según explica el director de AESA, “tenemos una mayor expectativa de vida al nacer, lo que hace que tengamos una población que envejece más con mayores requerimientos de servicios de salud; fuera de eso, somos más sedentarios, no hacemos ejercicio físico, nuestra dieta en general es poco saludable, tenemos niveles más elevados de estrés, la soledad y otros factores de consumo están afectando nuestra salud mental”. Este cambio de perfiles epidemiológicos también ha hecho que los requerimientos en salud se vayan ajustando a las nuevas necesidades de la población y que la necesidad de recursos financieros sea mayor.

La llegada del COVID-19 modificó en todos los sentidos, no solo el perfil epidemiológico sino las formas de atención de la población. El



profesor e investigador Jairo Humberto Restrepo hace un análisis de lo que significó la pandemia para el sistema de salud, considerándola una prueba muy importante, en la medida en la que el sistema mismo daría a conocer las capacidades para responder a una emergencia de estas magnitudes, pero, al mismo tiempo, significó una cierta oportunidad para reconocer las bondades y los puntos débiles que podía tener el sistema:

“El sistema de salud que tenemos resultó fuerte en comparación con los demás países de América Latina y con países de ingreso medio, en cuanto a cobertura y la protección financiera; por ejemplo, ante gastos de hospitalización y gastos médicos en general, como las pruebas del COVID o por vacunación, todos fueron cubiertos por recursos públicos. Es ahí donde se ve reflejada la cobertura y la protección financiera a un sistema que, pese a sus debilidades, se preparó de manera *express*, asumiendo la contingencia con una ampliación de la capacidad instalada, buscando recursos adicionales para brindar unas bonificaciones al talento humano, para garantizar que las personas gozaran de la atención hospitalaria, de los

diagnósticos, de las pruebas y, posteriormente, de las vacunas. La pandemia puso a prueba el sistema para dar cuenta de sus fortalezas y esta es una clara respuesta a la cobertura y a la protección financiera.

Al mismo tiempo, el sistema quedaría al descubierto en cuanto a las debilidades, a esos aspectos que hay por corregir. Tal vez el más importante, justamente, se refiere de manera muy amplia a la salud pública en aspectos como actividades de promoción o programas de promoción, de prevención y de vigilancia epidemiológica. La pandemia forzó a los agentes, especialmente las E.P.S. con las direcciones territoriales de salud y las I.P.S., a buscar acuerdos, a coordinar sus acciones. Vale la pena reconocer en ese momento cómo los agentes, presionados por las circunstancias, buscaron la coordinación, aunando esfuerzos para hacer frente a una situación como la que significó el COVID-19. Y eso da cuenta, entonces, que ciertamente el sistema requiere un ajuste de manera muy amplia en tema de gobernanza, referido, especialmente a tener instancias para la coordinación, como los comités de salud, los consejos de salud, pero también competencias más claras de manera especial para los entes territoriales.

Es posible que, superada la pandemia, en la medida en la que ya no existe esa presión frente a la contingencia, tal vez se hayan descuidado los avances que se dieron, pero, justo ahí viene la segunda parte de lo que pudo significar esta emergencia para el sistema de salud en Colombia, y tiene que ver con lo que puede emerger en términos de oportunidades para generar innovación, para generar cambios. Creo que la manera como el sistema de salud se volcó hacia el uso de las tecnologías, con temas como la teleconsulta, la entrega de medicamentos a domicilio, entre otras prácticas, bien vale la pena mirar cómo se refuerzan, toda vez que allí hay un potencial enorme para controlar

enfermedades, para adelantar actividades de promoción y prevención que no necesariamente estén mediadas por el asistencialismo, por la asistencia a los servicios de salud”.

La doctora Marta Castrillón también afirma que, desde lo vivido en el departamento, y especialmente en Medellín, la pandemia permitió lograr articulación entre lo público y lo privado, y hacer gala de que cuando se trabaja de manera articulada se logran resultados muy potentes. “Antioquia logró garantizar atención digna a la población, incluso recibió pacientes de otros departamentos para atender un nivel de cuidados intensivos. En ningún momento vimos pacientes en condiciones indignas en el proceso de atención en los picos del COVID.

La gente se atendió de una forma digna porque logramos desescalar pacientes, incluso Metrosalud recibió pacientes del Hospital Pablo Tobón Uribe, de la IPS Universitaria, del San Vicente, del Hospital la María; nunca nos hubiéramos imaginado que podíamos trabajar articuladamente con estas instituciones”. Esa articulación, sumada al trabajo con expertos de la Secretaría de Educación y las Secretarías Municipales, así como con la academia, que se involucró en el tema de epidemiología, con epidemiólogos expertos trabajando en estas unidades de crisis, logró cosas maravillosas y excelentes resultados en lo referente a la atención. “Aunque hoy parece que nos devolvemos porque se nos olvidó la pandemia, y que cada uno va por su lado, creo que están todas las condiciones dadas para que se pudiera trabajar de manera articulada entre el departamento y la ciudad capital de Antioquia, incluso, en todo el país, y aprovechar eso que fue tan poderoso, la articulación de todos”.

El sistema de salud ha tenido muchos aciertos y desaciertos antes y después de la pandemia, solo que después se ha despertado en muchos usuarios del sistema, el deseo de resolver

muchas más necesidades en salud de forma acelerada, y han aflorado también nuevas patologías, especialmente, de salud mental, lo que ha incrementado el gasto en salud. Por lo que, el sistema ha debido adaptarse para generar respuestas más inmediatas a los requerimientos de los usuarios y de la sociedad, independiente de si existe una contingencia o no.

Recogiendo todas las lecciones aprendidas, el país puede tener una preparación adecuada para enfrentar contingencias similares en el futuro, frente a temas como el manejo del riesgo, tanto del riesgo en salud, como de cuestiones financieras, y contar con recursos en fondos de emergencia para esto. Con seguridad que vendrán nuevas pandemias y esto obliga a que estemos preparados para disminuir el número de muertes evitables y para mejorar las condiciones de vida de la población.

¿Y cómo están los profesionales de la salud?

Para Luis Hernán Sánchez, de AESA, la formación de los profesionales de la salud en las universidades de Colombia ha tenido un cambio significativo, que se ha visto permeado por las tendencias del mercado, dando respuesta a la creciente presión de la tecnología, las ayudas diagnósticas y la formación del talento humano más encaminado a especializarse que a fortalecer la medicina general. “Vemos cómo los médicos recién egresados salen más preocupados por cómo no hacer el Servicio Social Obligatorio (año rural) que por aprovechar esta fenomenal experiencia y servirle a las comunidades más necesitadas; de igual manera, hemos evidenciado que la capacidad resolutoria de algunos de los nuevos médicos graduados es mucho menor y que ya han tomado el camino más fácil de remitir prácticamente todo, la expectativa de muchos de estos nuevos médicos es conseguir la amnistía del Servicio Social Obligatorio, para especializarse y rápidamente salir al mercado a devengar un

mayor ingreso, ya algunos médicos han perdido la vocación de servir a las personas más necesitadas en muchas regiones de este país”.

En ello coincide la doctora Marta Castrillón, quien afirma que “estamos formando profesionales de salud sin tener en cuenta el entorno para el cual están siendo formados [...] Hubo algún ejercicio muy bonito en el país, que fue el proyecto UNI, que era una iniciativa de capacitación de Profesionales de Salud en 1992 -1993 con la Fundación Kellogg’s de los Estados Unidos, para formarlos de acuerdo con los requerimientos que tenía el territorio. Algunas universidades como la de Antioquia y la Remington modificaron el pènsum de las carreras para dar respuesta a eso, para que en el territorio se formaran los nutricionistas, los médicos, las enfermeras, los odontólogos que necesitaban en el territorio de Rionegro, específicamente, pero eso tiene mucha resistencia en el ámbito académico”.

Aparte de ello, hay muchas limitaciones al médico general en los hospitales. Cuando antes existía mayor libertad para realizar ciertos procedimientos, hoy no están autorizados y deben remitir los casos a los respectivos especialistas y se limitan a atender consultas. Ello, sumado a las necesidades o deseos de los profesionales de la salud de obtener mayores ingresos, está haciendo que se pierda también el sentido de humanización.

“Hay falta de formación en humanidades en las universidades, y que los médicos estudien más por ser médico que por la justicia de recuperar la gran inversión que se hace al estudiar, porque ser médico cuesta plata. Entonces, muchos no estudian pensando en que van a atender a un ser humano, con calidad, con humanización, con compasión [...] Es clave tener personal de la salud que converse con lo que el país necesita, independientemente de si se hace o no una reforma al sistema de salud. Si tuviéramos los médicos, las enfermeras, los auxiliares, los

técnicos formados para el modelo que se concibió inicialmente y con humanización, hoy sería completamente diferente porque todos estarían aplicando un modelo de atención primaria en salud, con un enfoque de promoción de salud y prevención de la enfermedad”, afirma la doctora Castrillón.

Precisamente, el principal desafío de los profesionales en salud, está representado en el cambio del modelo de salud. Ahora deben concentrarse en cómo participar en un modelo preventivo y resolutivo fundamentado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, que sea más cercano a los usuarios, a su lugar de residencia o de trabajo, que sienta la presencia del sistema de salud para la población de las comunidades más apartadas; de igual manera deben ser más resolutivos y poner al servicio de los usuarios su formación académica y la tecnología disponible para resolver la mayoría de los problemas en salud de la población. Además, mantener su formación al orden del día, actualizándose permanentemente no solo en la técnica y en la práctica, sino también en la misma humanización que tanto hace falta actualmente.

Pero aparte de ello, la doctora Castrillón insiste en que “es necesario que el Ministerio de Salud vigile que, quienes están brindando los servicios de salud, lo estén haciendo bien. Que el Ministerio de Educación vigile cómo está la formación de los profesionales en tantas universidades, y qué ajustes hay que hacer ahí en la humanización”.

A futuro

Para el doctor Luis Hernán Sánchez, “el futuro del sistema de salud se vislumbra complejo, debe adaptarse a una nueva realidad, los recursos en salud son finitos y las necesidades en salud son infinitas. Es muy difícil desmontar aquello en lo que ya se ha avanzado, pero debemos insistir en mejorar la educación en salud para

todos los usuarios, generar una nueva cultura del autocuidado y una conciencia del uso racional de los servicios de salud, de la misma manera deben prepararse nuestras instituciones para irse ajustando a las nuevas realidades, debemos mejorar en la capacitación de nuestros funcionarios, en la humanización de los servicios de salud, en la calidad de los procedimientos, nuestros hospitales deben convertirse en las instituciones que las personas elijan por su atención diferencial y no por la necesidad, pero siempre debemos procurar darle respuesta a la mayoría de las necesidades en salud de los usuarios”.

La doctora Marta Castrillón tiene un punto de vista un poco más esperanzador, y afirma que se debe concebir la atención del ser humano como una atención holística e integral, y no solo al paciente que se tiene enfermo. “aplicar un modelo de atención que aborde al ser humano de manera íntegra, desde su concepción, incluso hasta su muerte, porque después de muerto hay procesos de duelo en la familia y otros procesos que son complejos, para la familia de esa persona que fallece. Metrosalud tiene un ejemplo documentado muy bonito, incluso antes de que salieran las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en el país, hablando de qué pasa en el momento de la concepción, qué tengo que hacer como sistema de salud cuando una persona está embarazada, cuando su hijo nace, cuando empieza su proceso de lactancia y su proceso de alimentación a los seis meses, y así a lo largo de la vida de cada individuo. Y no solo en salud, sino también en educación, por ejemplo, enseñar a los niños las señales de tránsito para que cuando estén jóvenes no suban a una motocicleta después de ingerir licor, o que no consuman drogas, y que gracias a ello eviten posteriores accidentes o enfermedades.

Si todos hiciéramos lo mismo en todo el país, conociendo las poblaciones que se atienden, qué

enfermedades tienen, cómo se alimentan, etc., conociendo cada territorio, haciendo un modelo con un conocimiento de la población, sería el mundo ideal. Habrá dificultades, pero sí se puede llegar. Hay que hacer esfuerzo en la formación de la gente, ya no como profesionales sino dentro de cada entidad, de acuerdo con las necesidades

que tenga cada institución de salud, para tener un modelo de prestación de servicios que responda a un modelo de salud del departamento o de la ciudad, y le pregunto a mis funcionarios qué se debe hacer con capacitaciones muy puntuales, de acuerdo con el área en las que se mueva cada funcionario y elevar sus competencias”.

Así funciona el Sistema de Salud

Planes Obligatorios

Régimen Subsidiado

El Estado garantiza el servicio de salud a la población clasificada en condición de pobreza, por medio de hospitales públicos y entidades e Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS).

Régimen contributivo

Afilia a empleados, pensionados o independientes, quienes aportan un valor mensual, al igual que los empleadores, y que subsidian a quienes ganan menos para garantizar el mismo servicio de salud para todos. Aquí, las E.P.S. (Entidades Promotoras de Salud) son las encargadas de administrar el Plan de Beneficios en Salud (PBS, llamado antes POS - Plan Obligatorio de Salud), para prestar servicios de salud.

Planes Voluntarios

Planes especiales

Son adiciones o complementos a los planes de las E.P.S. para quienes quieren una mejor calidad en el servicio de salud, con acceso directo a especialistas y mayor agilidad en asignación de citas médicas, además de un acceso a una red más amplia de atención médica, incluyendo la atención domiciliaria.

Planes de medicina prepagada

Brindados por empresas privadas de salud. No tienen que estar vinculados a la misma E.P.S. y brindan acceso a médicos especialistas y subespecialistas sin previa autorización de un médico general, con tratamientos y coberturas más amplias; y una red propia de instituciones médicas de diagnóstico y de odontología, además de cobertura médica internacional y atención domiciliaria.

Pólizas de salud

Ofrecidas por compañías de seguros. Funcionan similar a los planes de medicina prepagada, pero médicos que atienden, no necesariamente pertenecen a la misma red. Las pólizas tienen mayores coberturas en tratamientos de alto costo y enfermedades crónicas, y la posibilidad de recibir tratamientos médicos en el exterior. Además, tienen otros beneficios como pagos de hospitalización y gastos exequiales.



Sistema de Salud colombiano: entre la complejidad y la evolución

Dra. Nadia Paola Guevara Umaña ²

El sistema de salud en Colombia, como en muchos otros países, es hoy por hoy, un tema complejo, lleno de incertidumbre y debates, que han tomado incluso matices políticos. A menudo, se escuchan críticas sobre su funcionamiento o requerimientos de ajustes que lo hagan autosostenible y vital para el cuidado de la vida. No obstante, antes de proponer o apoyar soluciones, es fundamental comprender a cabalidad cómo opera el sistema en la actualidad..

Teniendo como principios fundamentales la eficiencia para la optimización de los recursos disponibles, la universalidad para garantizar el acceso a la salud para toda la población, sin importar su condición socioeconómica, y la

solidaridad para que los cotizantes de mayores ingresos subsidian a los de menores ingresos, el sistema de salud en nuestro país, conocido como Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), funciona como un sistema mixto, con cubrimiento de atención en salud bajo el régimen contributivo y el régimen subsidiado. El primero de ellos, contributivo, hace referencia al que afilia a las personas con capacidad para pagar una cotización mensual, la cual se calcula con base en un porcentaje del salario del mismo trabajador. En el subsidiado, por su parte, se encuentra la población más vulnerable del país, en donde el Estado subsidia su afiliación y, en los regímenes especiales encontramos a los maestros, las fuerzas militares y poblaciones que tienen unos contextos diferentes en sus procesos de atención.

² Gerente General Clínica Primavera

A esta clasificación de los usuarios, el sistema de salud suma tres actores principales para su funcionamiento: El Estado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El Estado tiene como misión vital la regulación y liderazgo del sistema a través del Ministerio de Salud y Protección Social. Las EPS, como segundo actor, tienen a su cargo la afiliación de la población al sistema, el recaudo de las cotizaciones y el garantizar una prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los afiliados. Y, en tercer lugar, las IPS, las cuales hacen referencia a los hospitales, las clínicas, los laboratorios y los centros de salud que prestan los servicios a los usuarios. La afiliación al SGSSS es obligatoria para todos los residentes en Colombia y las personas pueden afiliarse al régimen contributivo a través de su empleador o de forma independiente y, quienes lo hacen al subsidiado, deben presentar una solicitud ante la EPS de su elección y cumplir con los requisitos establecidos por la ley.

Si nos enfocamos en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o entidades responsables de pago, estas asumen un rol protagónico en el sistema dado que son las responsables de afiliar y registrar a la población al sistema, recaudar las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo, garantizar la prestación del POS a los afiliados, autorizar los servicios de salud no incluidos en el POS y remitir a los usuarios a las IPS para que tengan acceso a todos los niveles de complejidad y a todas las tecnologías de salud que requiera para mantener su salud y su vida. Es en este contexto entramos las instituciones prestadoras de servicios de salud o toda la red que produce servicios para el usuario, llámese medicamentos o servicios como tal. Instituciones que de cara al usuario son un prestador pues tienen ese momento de verdad con las personas ante una situación vulnerable, como es la enfermedad o la pérdida de la salud.

Nos encontramos así con un Sistema que ha avanzado en superar barreras como la cobertura

y el acceso, fortaleciendo todos los niveles de complejidad, con una red amplia a nivel país, en lo público y lo privado. Un sistema robusto que ha venido evolucionando, bien conformado, bien reglamentado, que tiene todos los niveles organizados para que el paciente tenga sus procesos preventivos, curativos y de rehabilitación, además de contar con una normatividad que es clara para que se evolucione o avance de manera articulada sin generar situaciones adversas para los usuarios. Una radiografía del sistema de salud en Colombia que evidencia también que, si bien ha logrado avances importantes en cuanto a cobertura, acceso y calidad de la atención, enfrenta múltiples desafíos como la inequidad en el acceso a servicios especializados, la congestión en algunas áreas y la insuficiencia de recursos financieros, incluyendo además la falta de medicamentos por escasez de productos esenciales para el sistema y una reforma de salud cada vez más compleja, que ha generado un gran debate nacional. Retos que, de igual manera se hacen tangibles en los procesos de contratación y en la estandarización de tarifas, en un mundo de oferta y demanda.

Barreras en la prestación del servicio

Y es en la no estandarización de las tarifas donde encontramos una de las primeras barreras de funcionamiento, dada la ausencia de reglas de juego claras en la relación contractual entre la entidad responsable del pago y la red de prestación de servicios, dado que el valor del servicio para cada institución prestadora no está unificado. De allí que el tema tarifario juegue un papel importante a la hora de evaluar el equilibrio financiero de las instituciones, pues la estandarización permitiría que el prestador y el asegurador buscaran la mejor calidad.

Otra debilidad del sistema es que, a pesar de que todo está reglamentado y normativamente es claro el cómo se debe proceder, hay grandes brechas en la facturación de los servicios prestados. Glosas, devoluciones y barreras en la radicación de las

cuentas y de los montos impactan el flujo de los recursos y el reconocimiento de deudas antiguas. Hace hincapié mencionar acá la desafortunada liquidación de las EPS y las deudas históricas que tiene el Estado con la red de prestación de servicios que, para efectos prácticos, son servicios prestados, pero nunca pagados, dando así un desequilibrio para las instituciones prestadoras de servicios de salud o de la red de prestación de medicamentos que no tienen más camino que la liquidación. Como protectores de la vida, siempre quisiéramos hacer todo mucho mejor, mejorar nuestros procesos hasta lograr unos estándares muy altos, pero, obviamente, eso implica la inversión de recursos y con un sistema desbalanceado los objetivos superiores de atención se ven afectados, impactando nuestra misionalidad.

Un desafío adicional que enfrenta el sector salud es también la transformación del sistema de un enfoque curativo a uno más preventivo. Si bien es cierto que tenemos un sistema robusto que se ha venido fortaleciendo, que ha venido evolucionando y madurando, continúa siendo un sistema curativo. No quiere decir que lo vayamos a dejar, es indispensable encontrar alternativas para fortalecer el preventivo para que, realmente, los procesos de enfermedad no generen mayor costo, porque al final de cuentas es mucho más costoso el curativo que el preventivo. Hacerlo no será fácil, es un tema de años con implicaciones culturales. Estamos hablando de territorios, de vías de acceso, de formación, de información y de potencializar los recursos, porque hay que hacer unas inversiones para fortalecer los niveles primarios, mientras se logra la eficiencia para todos los actores del sistema.

El Estado tendrá que invertir más recursos porque las entidades responsables del pago pueden terminar siniestrándose más, es decir, gastando más que el valor de la UPC que al final tiene que ser eficiente para la sostenibilidad del sistema.

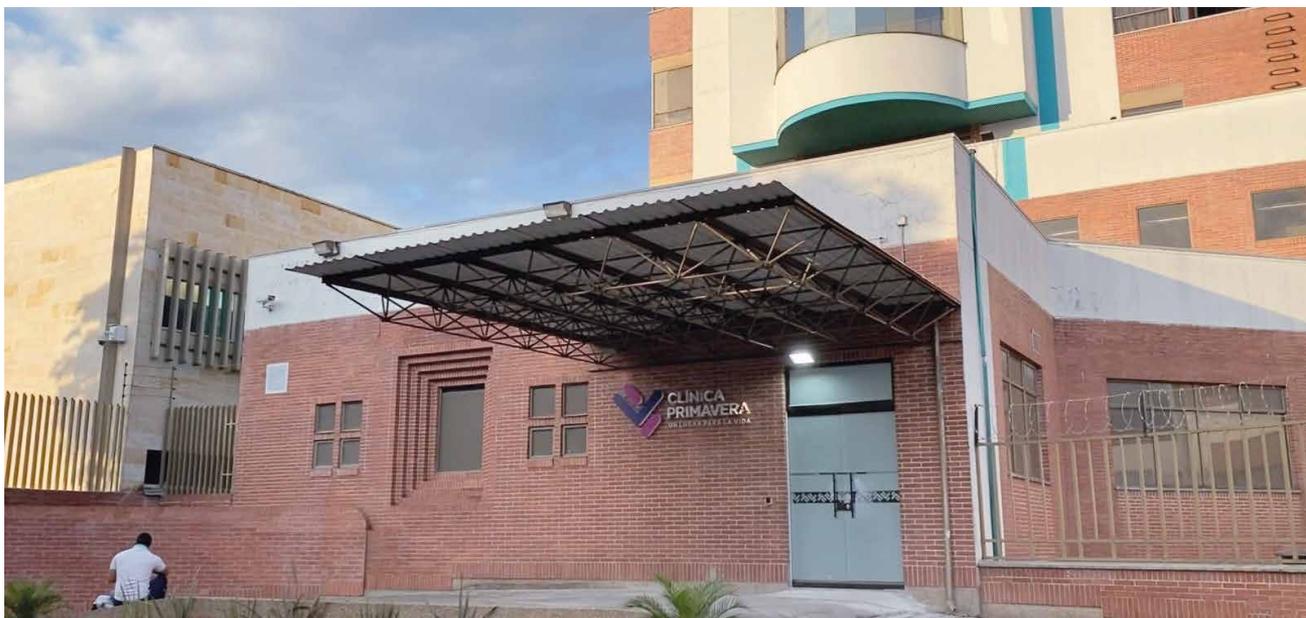
En cuanto a la prestación del servicio, el reto hoy es engranar o articular a todo el equipo de salud, de

manera que se cumplan los estándares de calidad y seguridad, los lineamientos y protocolos probados en el mundo y que han demostrado efectividad. Así seremos más efectivos, es decir, no tendremos eventos adversos o atenciones inoportunas. Esta necesidad está escrita y quienes hacemos parte de entidades de salud tenemos el deber como país y como instituciones de encontrar cuál es el camino por seguir y la manera de hacerlo, con el concurso de todos. No solamente hablamos de los recursos financieros, sino también de los recursos técnicos y humanos. Y, en este último caso, aunque se ha evolucionado mucho, aún el personal de salud es escaso. No es fácil traer un especialista. Y si aparte de eso no hay los recursos para tener una mejor tecnología, el pago se demora, las tarifas a las que estamos sometidos por las ERP no me permiten mejorar un poco la oferta para esos especialistas, pues eso complica la situación.

Visión de futuro

Evolución. Esa es la palabra clave de hoy para el futuro del sistema. Todos los actores tenemos fortalezas y debilidades y estamos en un estado en el que cada uno busca su beneficio propio. Es necesario que todos nos unamos como sociedad y evolucionemos para buscar en conjunto el beneficio común. Si lo logramos, daríamos un paso importante. Ver las oportunidades de mejora, necesitando al otro. Los problemas son conjuntos, de equipo y en nuestro país no hemos avanzado ni trabajamos en ello y cuando la cadena se rompe, el que se ve impactado es el usuario.

No podemos dejar de lado las afugias que padecemos hoy las IPS. El equilibrio financiero y la permanencia en el ámbito de la prestación no es fácil y debemos ver en las integraciones un camino. Es imperioso que nos sentemos a trabajar en el oficio, en buscar qué es lo que hay que cambiar y qué es lo que debe permanecer. Lo que hemos hecho estos años no ha sido malo. Se ha logrado avanzar y se ha logrado estructurar un



sistema de salud importante para el país y, además, que ha sido modelo en la región. No obstante, sí debemos evaluar los cambios, puesto que es innegable que hay que hacer ajustes, o si no, no estaríamos hablando de oportunidades de mejora. Todos sabemos el diagnóstico, necesitamos ya es el tratamiento desde una mirada grupal y no individual.

La Clínica Primavera en Villavicencio

Ejemplo de desafío y gestión

En este recorrido por nuestro sistema de salud, en lo relacionado con la atención ambulatoria y hospitalaria, desde la Clínica Primavera afrontamos estos desafíos teniendo como prioridad el cuidado de la vida, de la mano de un equipo humano excepcional.

Cómo avanza la atención ambulatoria

En el caso de la Clínica Primavera de Villavicencio, lo que nosotros ofertamos son servicios ambulatorios que son programados, es decir, la consulta externa especializada, apoyo diagnóstico integrales como imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, patología,

servicios farmacéutico, rehabilitación oncológica y los procedimientos quirúrgicos ambulatorios, estos servicios son necesarios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de nuestros pacientes, solo que son programados y diferibles.

Dentro de los principales desafíos de esta atención ambulatoria está la optimización de los servicios a partir de tres componentes claves: la eficiencia, la oportunidad y la accesibilidad. Que el paciente que se presente en un servicio ambulatorio por su condición de salud no tenga que esperar mucho para recibir la atención. Que la oportunidad, la calidad y la seguridad estén presentes en todos los servicios. Que el paciente no se agudice y no termine en urgencias, generando más riesgos. Para lograrlo, sabemos se requieren múltiples factores y una gestión del riesgo. Estamos hablando del acceso a todas las regiones, incluso las más alejadas, del desplazamiento de las personas que aún no han salido de sus municipios, de la autorización por parte del asegurador, de la planeación de los servicios de acuerdo con la demanda de pacientes, de las condiciones de la persona que será intervenida y de la disponibilidad de los recursos.

La tecnología, sin duda, ha llegado para aliviar estos desafíos, pues precisamente facilita la

accesibilidad para los usuarios. Hace posible que ese número limitado de profesionales especializados pueda llegar a cualquier rincón del país. Llámese un promotor, un auxiliar o un especialista, esa persona puede ser un enlace y permitir que el paciente reciba la atención a través de la telemedicina y la tele experticia. En nuestra Clínica, la Pandemia por el COVID-19 nos obligó a agilizar los procesos y comprender el papel tan importante que juega la tecnología en la prestación de servicios de salud. Lo habilitamos en pandemia y lo estamos reutilizando, por decirlo de alguna manera, en este momento, teniendo en cuenta el reto de mantener una oportunidad adecuada para

que el paciente acceda a los servicios. Si con los recursos que tenemos acá, no podemos brindar una buena oportunidad en la atención, buscamos un servicio remoto en otra ciudad que haga esa consulta. Lo estamos usando, por ejemplo, para juntas médicas, especialmente en pacientes oncológicos, y lo estamos utilizando para algunas especialidades, eso sí, a través del asegurador, quien al remitir el paciente al estar colapsada la red es atendido por telemedicina, teleconcepto o teleexpertise, básicamente, una interconsulta. De esta manera, vamos solucionando algunos temas que también contribuyen a la ocupación de la red de las demás instituciones de salud.



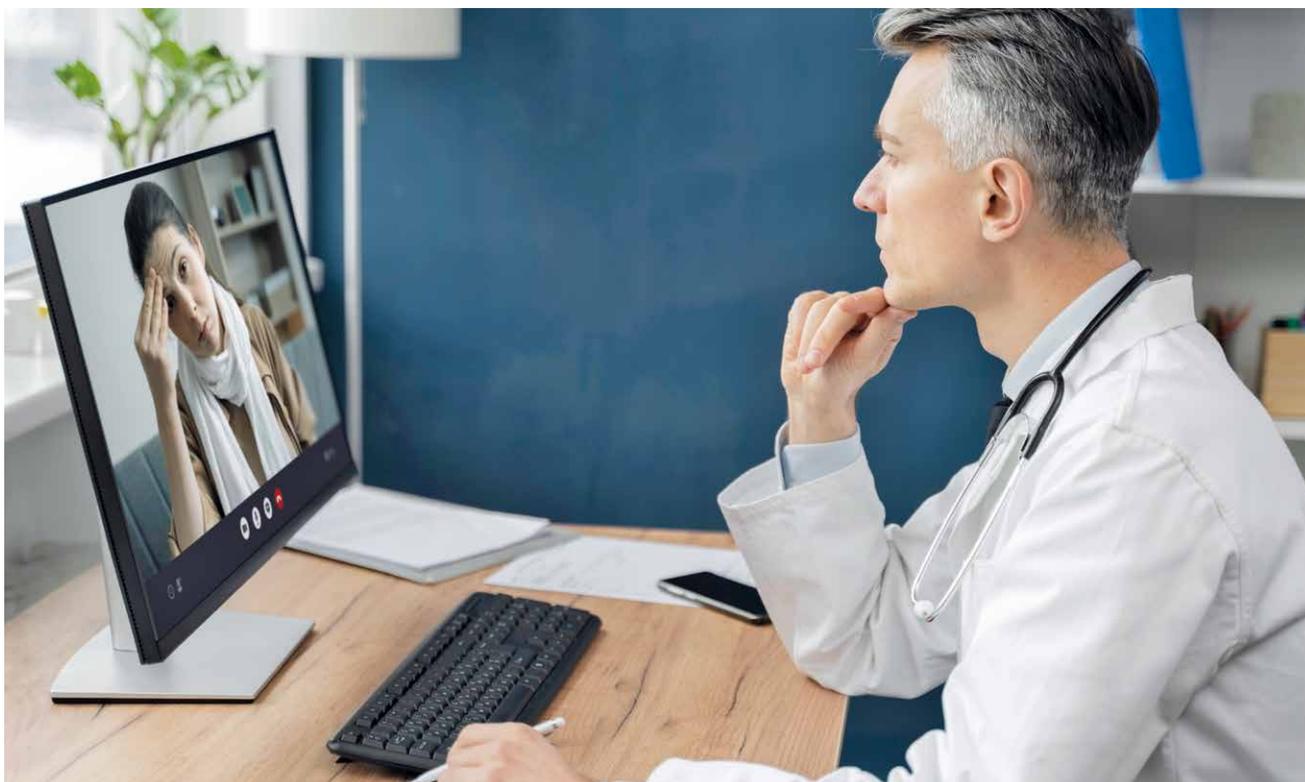
Telemedicina: Se hace referencia a este término cuando la prestación de los servicios de salud se hace a distancia utilizando las tecnologías, más concretamente, las relacionadas con la información y la comunicación. De esta manera, los profesionales de la salud pueden evaluar, diagnosticar y tratar a pacientes en otras ciudades o lugares apartados o de difícil acceso.

Teleconcepto: Basados en la información clínica que se proporciona de un paciente (documentos o imágenes diagnósticas), un especialista emite una opinión médica, por lo que no necesariamente hay una interacción directa con el paciente, sino una evaluación de su caso.



Tele experticia: Generalmente se refiere a la consulta entre profesionales de la salud a distancia. Un médico puede solicitar la opinión de un especialista sobre un caso complejo, compartiendo información clínica, imágenes diagnósticas o resultados de laboratorio para obtener una segunda opinión o asesoramiento especializado.





Funcionamiento de la atención hospitalaria

Buscamos la integración de los servicios para que el paciente reciba la mejor atención desde que llega a la institución de salud, durante la estancia hospitalaria se aborda el paciente de manera integral con acceso a las ayudas diagnósticas que permiten determinar su condición y plan, una vez se resuelve se da alta y es referido al ámbito ambulatorio a controles y atenciones complementarias. Como prestadores lo que hacemos es articularnos con el asegurador para que el paciente reciba lo que requiere y no se pierda en el proceso. Esta sería la lógica del procedimiento, claro que el mismo depende de la entidad, la red y el paciente. Durante los procesos de atención hay diferentes rutas y accesos, esto dependerá de la condición clínica y criticidad, ingresando por servicio de urgencias o procedimiento programado que requiere continuidad ambulatoria, de allí se determina el paso a los demás servicios como cirugía, unidad

de cuidados intensivos, hospitalización general o permanencia en observación y egreso. Algunos pacientes salen de la institución referidos a otro nivel de complejidad en el ámbito hospitalario. Todo lo anterior en el marco de la pertinencia, oportunidad, calidad, seguridad y sobre todo la racionalidad de los recursos.

Podemos decir entonces que dentro de los desafíos de los servicios hospitalarios se encuentran la oportunidad y la pertinencia en la prestación de la atención; así como contar con la suficiente capacidad instalada porque no hay, como dicen coloquialmente, camas para tanta gente, que significa EFICIENCIA. De allí que para nosotros la integralidad de los servicios sea vital. Al tener en la clínica todas las especialidades es posible darle solución a ese paciente y que no se deba quedar esperando una remisión, un medicamento o un material para poder solucionar su atención. Si me piden una valoración por un especialista, que la tenga, o que si ese profesional necesita una



ayuda diagnóstica, que la tenga. Así evitamos que el paciente esté acostado esperando de manera innecesaria, tanto por su seguridad como por la oportunidad para que otro paciente pueda ser atendido.

Investigación en la agilización de los servicios

Como centro de formación del talento humano en salud y centro de ensayos clínicos, contamos también con un convenio docencia de servicio para la rotación permanente de estudiantes en la clínica: Médicos internos, enfermeras, bacteriólogos y fisioterapeutas, así como auxiliares de enfermería. Con la docencia y la investigación estamos, no solo formando en lo técnico y la humanización del servicio, sino también siendo responsables con quienes van a entrar al mercado laboral. Desde el centro de ensayos clínicos contribuimos, además, a la búsqueda permanente de respuestas a grandes preguntas en el ámbito médico para el manejo de los pacientes. Estamos hablando de estudios para medicamentos de enfermedades que están causando una alta mortalidad o enfermedades que generan discapacidad. Y, desde la investigación estamos avanzando en las ciencias en salud y en la agilidad en la estancia hospitalaria para atender rápidamente al usuario, teniendo como prioridad sacarlo del proceso de enfermedad.

El rol del talento humano en la gestión en salud

La formación, la capacidad académica y la calidad humana de nuestros colaboradores son fundamentales para el éxito en la prestación de los servicios de los que hemos hablamos en estas líneas. Lo técnico, entendido como la capacidad y habilidades que tiene cada persona en su profesión, en su oficio, y sus habilidades blandas para una atención humanizada, son claves para alcanzar nuestros objetivos. Que el paciente reciba lo que requiere, en el momento que requiere y que no se exceda porque los recursos en salud son finitos; esa la responsabilidad que nos asiste.

Desde la formación se nos enseña que al paciente se le debe dar lo que requiere, desde la racionalidad y desde el concepto técnico científico. De allí que como personal de salud permanentemente afrontemos desafíos porque vivimos y observamos muchos procesos dolorosos, impactantes y de cierta manera, desestabilizantes, más debemos asumir la responsabilidad de ver en un paciente en muy malas condiciones, cuál es el diagnóstico. La compasión es ser capaz de ponerse en los zapatos del otro, capaz de entender qué es lo que él está sintiendo y si yo entiendo lo que él está sintiendo, lo trato como él necesita, con una palabra de aliento, con una mano, con una ayuda, con lo que sea que él necesite. Es la manera de actuar y decir las cosas y eso va mucho con el ser, no solo con el saber técnico.



Los hitos de la formación del personal de salud en Colombia

Andrés Felipe Londoño Vélez ³

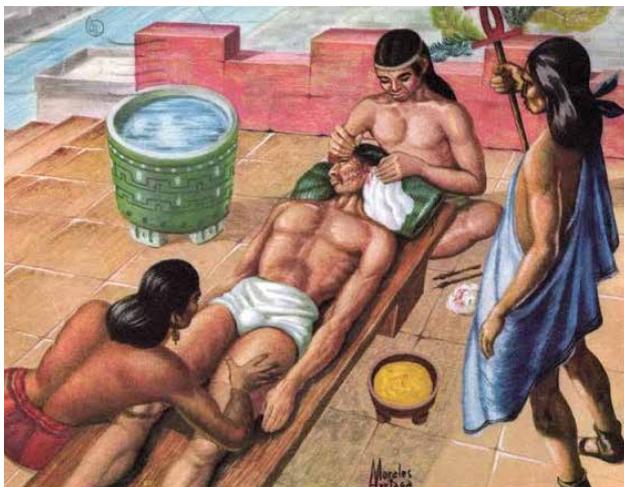
El conocimiento de la salud humana, la curación de la enfermedad y las concepciones de lo que significa el rol de quienes ejercen responsabilidades relacionadas es un tema tan importante, que al ser mirado históricamente refleja en sí mismo, el devenir de los hechos de salud. Por lo tanto, reconocer los momentos importantes, los hitos de la formación en salud es necesario para entender también el fenómeno de la salud.

A continuación, se establecen algunos hitos, que reflejan momentos históricos particulares y que no pretenden ser fuente de un ejercicio historiográfico, sino más bien un ejercicio divulgativo de trabajos que han recogido momentos valiosos que corresponden al devenir de la salud.

Hito 1. Salud Prehispánica

En el texto de Edwin Ruiz Alarcón (2000), se plantea un escenario prehispánico en donde los imperios que colonizaban el territorio y que no guardaban la relación política que hoy conocemos, tenían concepciones de la salud y la enfermedad gobernadas por una cosmovisión propia de cada una de las culturas, especialmente, relacionando a la enfermedad con el castigo de dioses o la influencia de malos vientos. Estas concepciones, no liberaban la atención en salud de los rituales, pero tampoco de una clara delimitación de la enfermedad, así que padecimientos como las cefaleas, los males de altura, la epilepsia o enfermedades cardiacas, eran identificables y diagnosticadas.

³ Rector Politécnico COHAN.



Lo anterior implica una transmisión de conocimiento, que, para los grandes imperios americanos, especialmente los que tenían un lenguaje escrito, implicaron una transmisión organizada; recordemos que estos imperios tenían estructuras políticas y económicas muy complejas que implicaron los centros de enseñanza, de una forma básica para las clases populares, y de una forma avanzada para las elites sociales. Los compromisos de los imperios Azteca, Maya e Inca con la educación eran expresos y decididos.

Los médicos de estos imperios tenían una mezcla de conocimientos sobre botánica, anatomía y, por supuesto, un conocimiento mágico, por lo que se le daba la responsabilidad del cuidado general de la salud a los sacerdotes. Los aztecas, por ejemplo, en lugares anexos a los templos y a través de maestros y discípulos, enseñaban la tradición y el conocimiento de la anatomía, por la cual se destacaban, dado la cantidad de rituales que implicaban el sacrificio del cuerpo; además, se sabe que aislaban a los enfermos para evitar la propagación de epidemias.

Por su parte los incas, dada su cultura con un profundo arraigo a los valores de la solidaridad, transmitían los conocimientos sobre el cuidado a los enfermos, a los ancianos y a las personas vulnerables.

Los imperios americanos prehispánicos, tenían estructuras complejas relacionadas con el sector salud, es lo que sabemos de los textos del profesor Andrés Soriano Lleras, y que retoma la Corporación Memoria y Saber Popular, en un recuento sobre salud prehispánica, al mencionar que, por ejemplo, los llamados Jaibanás eran los médicos de la cultura Catia (actual territorio Antioqueño) y libraban a las comunidades de enfermedades y dolores a través de magias atribuidas a bastones de un gran poder. En Tumaco se recreaban defectos morfológicos en cerámicas, como es el caso del labio leporino; así mismo, comunidades de regiones selváticas conocían profundamente el poder de las plantas y por ello se volvieron expertos en el manejo de venenos que ponían en sus flechas para la caza.

Hito 2. Las primeras cátedras de medicina

Corría el año 1629 en el Nuevo Reino de Granada, cuando por los puertos de Cartagena y en los barcos que transportaban las tropas del Marqués de Sofraga, llegó el tabardillo. La peste de Santos Gil diezmo a indígenas, españoles, mestizos y negros, con la imbatible fuerza que tiene una enfermedad transmitida por los más pequeños: los invisibles ácaros. Una tierra con tradiciones médicas ancestrales, propias de los pueblos originarios, no estaba preparada para la llegada de estas enfermedades de las tierras europeas, por lo que se hacía necesario el conocimiento de estos médicos que ya habían



lidiado con tifus exantemático, y se necesitó la creación de una cátedra médica que formara al personal de la salud que pudiera atender estos padecimientos en el nuevo continente. En 1936, después de tal golpe asentado por esta epidemia, el protomédico Rodrigo Enríquez de Andrade y siendo “el día primero de abril de 1636, a las ocho y cuarto de la mañana y en latín, siendo el padre Francisco de Fuentes de la Compañía de Jesús, rector del colegio de esta ciudad, se dictó la primera Cátedra de Medicina en nuestro país, en el jesuítico Colegio Seminario de San Bartolomé de Santa Fe” (Martínez Martín. 2020).

Salazar-Villegas y col (2023) citan las palabras de Alexis Diomedi que afirmó “las enfermedades virales de transmisión por aspersión aérea, como la viruela, la influenza y el sarampión, surgieron debido al encuentro de dos mundos, que se produjo con la migración mayoritaria y casi unidireccional desde Europa hacia América, lo que favoreció a los recién llegados, quienes se apoderaron de vastos territorios, como por ejemplo en el imperio azteca y el incaico”.

En 1764 con la graduación del primer estudiante, en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario se crea una tradición de formación médica en Colombia, en este caso, con un plan de estudio en el que participó José Celestino Mutis y que enfrentó los retos del periodo colonial y postcolonial, y que ya había superado los intentos que desde 1715 se habían tenido para superar la posibilidad de mantener sistemáticamente una cátedra médica.

Pero no es posible terminar este hito, sin ir más allá de las cátedras médicas, con las políticas de salud pública y privada que, finalmente, junto con el comercio de libros, son la forma de estructuración de estas cátedras iniciales. En la época republicana, que ha sido llamada higienista, Álvarez (1991) citado por Salazar-Villegas y col (2023), muestra que el nuevo Estado colombiano con la constitución 1886, que le dio estabilidad política, “no reconoció la salud

como un derecho inalienable de los pobladores, sino que asume la responsabilidad de abordar los problemas clasificados como ‘Higiene Pública’ y algunos de la ‘Higiene Privada’”. Lo anterior, supuso que se conformaron juntas centrales y estas marcaron el tono de las cátedras de medicina y, por supuesto, de los programas en sentido estricto que hasta el siglo XX no lograron superar las barreras propias de un Estado aún fragmentado por las guerras independentistas.

Hito 3. La educación universitaria en salud

Para hablar de la educación universitaria como hito, es necesario retomar la experiencia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, que en 1715 y de forma infructífera había intentado abrir la cátedra de medicina, que finalmente fracasó; sin embargo, dieciocho años después, en 1733, logro abrirla y comenzar con ella la historia de la educación universitaria. Según Díaz Hernández, D. P. (2011), con algunos reveses que incluyeron las lecciones del criollo José Vicente Ramón Cansino en 1753, que citando a Ibañez, lo describe como “un hombre con la escasa ilustración académica que [...] era incapaz de dictar una clase de Anatomía, Patología, Terapéutica e Higiene”, el Colegio Mayor logró mantener un proceso formativo del este nuevo personal de salud.

En el trabajo de Díaz Hernández, D. P. (2011) se plantean los momentos fundamentales que permiten observar el desarrollo de la formación en salud, especialmente, al lado de la medicina, con la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en 1867, que buscaba la cobertura nacional, para recibir estudiantes de las diferentes regiones del país; en 1872, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia con una formación de corte francés; esto según lo explicaba Manuel Uribe Ángel por “Relaciones más fáciles y frecuentes con el pueblo francés [...], mayor parentesco en el idioma y, por consiguiente, mayor comodidad para la lectura de los libros de enseñanza” entre otros aspectos (Hernández, 2011).

Precisamente, el tema de los libros influye mucho en el proceso de enseñanza, y su producción a partir del ejercicio científico se convierte en una práctica preponderante. Pentón, Flores y Morles (2017) en su estudio comparado de la enseñanza de la historia de la Medicina en América Latina y España, traen a colación en su texto un importante hecho que podríamos catalogar inicio de la divulgación científica en salud al mejor estilo criollo y es la aparición de dos obras en el siglo XIX, por un lado, “Memoria sobre la historia del estudio de la botánica en la Nueva Granada” (Florentino Vezga, 1860) y por el otro, “Memorias para la historia de la medicina en Santafé de Bogotá” (Pedro María Ibáñez, 1884). Estas obras son precursoras de la escritura científica y académica local, que demuestra la presencia de procesos investigativos que estimulan la aparición de nuevos libros y artículos, para mejorar las lecciones de ese entonces y avanzar en el conocimiento de la salud en general.

En 1948, con la llegada a Colombia de la Misión Médica de los Estados Unidos sumada a la que ya se había realizado en 1910 y 1925, la enseñanza universitaria de la medicina cambiaría significativamente dado que se recibieron recomendaciones que cambiaron los currículos, las didácticas, las prácticas hospitalarias y, por supuesto, el desarrollo de lo que hoy es tan fundamental, como son las historias clínicas. Se puede decir que todos estos cambios desde los años 50 del siglo XX modificaron los modelos de enseñanza en salud, generando un acercamiento mayor con los pacientes y la práctica, así como la inclusión de cursos que fueron novedosos en los modelos de formación presentes hasta entonces.

Después de ello, el nuevo cambio lo vivió la educación en general con la creación de los acuerdos de Bolonia en los años 90, que terminaron afectando todo el proceso educativo en Colombia. Se empezó a hablar de competencias, centrando la actividad en las habilidades y destrezas, y menos en la

teoría. Este cambio en el sector salud, no solo en la medicina, implicó mayor cantidad de escenarios de práctica, además de momentos con los pacientes y un centro en competencias comparables con la práctica en salud de otros países.

Con los procesos de acreditación en Colombia, en donde se reconocía el aseguramiento de la calidad en educación, los currículos evolucionaron en los últimos 30 años de forma significativa. Como dato curioso y como hito que muestra también el Consejo Nacional de Acreditación de Colombia, se observa cómo, en 1998 se acredita el programa de Medicina de la Universidad CES como el primer programa académico.

Los desarrollos académicos de la formación en salud, en Medicina, Enfermería, Salud Pública, Fisioterapia, Fonoaudiología, Farmacia, entre otras, que ha venido forjando la universidad colombiana, han consolidado una base sólida, unas ciencias que apalancan la esperanza de vida y el bienestar como elemento de desarrollo de las poblaciones.

Hito 4. Los hospitales universitarios en Colombia

Hablar del hospital universitario es algo novedoso, pero lo que no es novedoso es hablar del hospital como una escuela que forma, eso es una cosa distinta. Las historias de Florence Nightingale, que fue la precursora de la enfermería, tuvieron su fundamento, precisamente, en la posibilidad de formar al lado de los pacientes, en la práctica de los hospitales. En el trabajo de Díaz Hernández, D. P. (2011) se muestra cómo Mutis describía la práctica en el hospital: “Para practicar con provecho en el hospital, hay que concurrir diariamente a las visitas de los enfermos bajo la dirección de un médico aprobado. Se debe llevar apuntes de cada enfermedad en su detalle, añadiendo el éxito de que se hubiese observado en los cadáveres



Hospital San Juan de Dios - Cuna de la cirugía colombiana

y consignando los yerros cometidos por los enfermos, por los asistentes o por cualquier otro motivo o vía, de modo que al fin de su práctica pueda tener una historia de las enfermedades más comunes en el país, de donde poder deducir muchas reglas utilísimas para el conocimiento y la curación de ellas”. Mutis se refería al Hospital San Juan de Dios. Los cambios en la estructura formativa de las lecciones en donde los estudiantes debían aprender de memoria los libros que trasmitían los profesores, fue sin duda el trabajo con los cadáveres y el trabajo en el hospital.

La Ley 1164 de 2007 establece que un hospital universitario es “una institución prestadora de servicios de salud que proporciona entrenamiento universitario, y es reconocida por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes, que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la universidad, las cuales son formación, investigación y extensión”.

En el trabajo de Ortiz (2016) sobre hospitales universitarios en Colombia, plantea que en Colombia estos están sobre la base de un dilema

bioético, y es que existen dos modelos de hospital de enseñanza:

Primer modelo: un hospital que surge desde la entraña fundacional de una universidad y en el corazón de una facultad de medicina, fomenta la academia; queriendo enseñar la salud y el arte de curar quiere desarrollar un proyecto hospitalario que integra la docencia, la asistencia y la investigación”

“Segundo modelo: una institución prestadora de servicios de salud que en su crecimiento de atención de pacientes y experiencia en el uso de tecnologías encuentra como complementario entrenar estudiantes sin tener una universidad que lo haya fundado. (...) generando ingresos no operacionales derivados del cobro de estos convenios.

Hoy Colombia cuenta con trece instituciones con el título de Hospitales Universitarios, ocho en Bogotá, cuatro en Medellín y una en Cali, según lo reporta el Hospital Universitario San Ignacio, conjugando procesos asistenciales con la investigación y la formación.

Ahora bien, en estos y en aquellos, que existe en su misión la intención de formar, han rotado en



los últimos años a través de diversas prácticas, más de 32.000 graduados de áreas de salud y bienestar de los más de 2.195 programas de salud existentes en el país, que encuentran en estos lugares la interacción que Mutis tanto valoró y que, posteriormente, Flexner en estados Unidos convertiría en un modelo que impactó la formación profesional en Colombia.

Hito 5. La formación laboral

La historia de la educación técnica en Colombia está ligada a la historia del SENA, a la enseñanza para adultos que, desde finales de los años 50 del siglo XX, se convierte en la alternativa que permitió la formación para el trabajo, especialmente, para la industria manufacturera, la agricultura industrial, el comercio y los servicios.

En la ley 115 del 1994 se define la educación NO FORMAL, lo que hoy se conoce como ETDH educación para el trabajo y el desarrollo humano. Esta norma reguló la aparición de programas cuyo objeto era “complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en

aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados establecidos”. Con este planteamiento se abre la puerta a una formación sistemática, intencionada y diferente de la formación informal, en la que las personas pudieran acceder a niveles educativos que los prepararan para el trabajo. Ahora bien, no sería hasta 1996 cuando a través del Decreto 114 de 1996 se reglamenta la creación, organización y funcionamiento de programas e instituciones de educación no formal.

En los años 50 los hospitales creaban mediante decretos gubernamentales el curso de enfermeras auxiliares como dependencias de los mismos hospitales. Un claro ejemplo de ello es la creación en 1958, mediante el Decreto Gubernamental 0063 del 30 de enero el curso de enfermeras auxiliares en el Hospital San Pedro en Nariño. En esa búsqueda de los antecedentes legales que daban forma a estos procesos educativos se encuentra Ley 87 de 1946, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones, en ella, en su artículo 5 se plantea “las Escuelas de Enfermeras o las de auxiliares de enfermería,

que estén establecidas o que puedan establecerse en el país, cualquiera que sea su naturaleza, la especialidad a que se dispone o la entidad a la cual pertenezcan, someterán su plan de estudios y programas de trabajo a revisión cada vez que el Gobierno Nacional lo determine y la cual se hará por medio de una Junta que para tal efecto designará el Gobierno Nacional”.

Estos elementos crean una tradición de formación relacionada con los auxiliares de Enfermería. Más tarde, en los años 80, los técnicos en Mecánica Dental y los auxiliares relacionados con higiene oral, delimitan su función con la Ley 35 de 1989 que reguló el ejercicio de la odontología; lo propio ocurrió en el tema de farmacia que, desde los años 50 reguló el ejercicio tanto del químico, como del regente y del expendedor de drogas, este último que debía certificar una edad, una educación y una certificación ajustada a condiciones dictadas desde lo ministerial y desde las universidades que ofrecían las carreras de Química Farmacéutica y de Licenciatura en Farmacia.

A modo de conclusión, la formación en Colombia ha tenido una historia prolifera que ve reflejado el devenir de la salud como factor de desarrollo, ha permitido la evolución de la ciencia, la mejora en las condiciones de vida y, por supuesto, de la esperanza de vida. Gracias al personal de la salud, formado en el país y fuera de él podemos contar con condiciones cada vez mejores de existencia y el continuo fomento de bienestar y desarrollo.

Bibliografía

Martínez Martín, A. F. (2019). 1636. La primera Cátedra de Medicina en Colombia se dicta en latín. El diario de Salud <https://eldiariodesalud.com/catedra/1636-la-primera-catedra-de-medicina-en-colombia-se-dicta-en-latin>

Abel Fernando Martínez Martín (2019). La colonial peste de 'Peste de Santos Gil' El diario de Salud <https://eldiariodesalud.com/catedra/la-colonial-pestes-de-pestes-de-santos-gil>

Bula, L. M., & Miranda, A. J. M. (2011). Orígenes de la formación laboral en el Caribe colombiano, condiciones y concepciones. El caso de Montería. Zona Próxima, (15), 108-121.

Bateman, A. D. (1971). Apuntes para la historia de la ciencia en Colombia (Vol. 1). Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas Francisco José de Caldas.

Díaz Hernández, D. P. (2011). Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a través de la historia: II. Colombia, un sitio donde confluyeron varias culturas con su arte de curar. Iatreia, 24(2), 207-214.

Martínez Martín, A. F., & Otálora Cascante, A. R. (2020). La república y el colegio de Boyacá, Tunja, 1822–1834.

Ortiz, J. Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud. Repert Med Cir. 2016 [acceso 07/07/2019]; 25 (1): 50-58.

Pentón, D. P., Flores, B. M., & Morles, O. B. (2017). Enseñanza de la historia de la Medicina en universidades de América Latina y España. Un estudio comparado. Panorama Cuba y salud, 12(2), 35-44.

Ruiz Alarcón, E. (2000). Medicina prehispánica. Medicina (Bogotá), 200-206.

Salazar-Villegas, B., Lopez-Mallama, O. M., & Mantilla-Mejía, H. (2023). Historia de la Salud en Colombia: del Periodo Precolombino a el Periodo Higienista 1953. Journal of Economic and Social Science Research, 3(3), 1-12.



El Sistema Municipal de Cuidado en La Ceja, Antioquia: un modelo de solidaridad y bienestar comunitario

Mario Alberto Velásquez Duque⁴

El cuidado es un pilar fundamental en la construcción de sociedades justas y equitativas. En el municipio de La Ceja, Antioquia, se ha implementado el Sistema Municipal de Cuidado (SMC) con el objetivo de garantizar el bienestar de sus habitantes, especialmente, aquellos en situación de vulnerabilidad. Este artículo explora la importancia de este sistema, su estructura y los impactos positivos que pretende generar en el mediano y corto plazo.

Contexto y justificación del Sistema Municipal de Cuidado en La Ceja

La Ceja, un municipio ubicado en el Oriente Antioqueño, ha experimentado un crecimiento poblacional significativo en los últimos años, lo que ha generado una mayor demanda de servicios sociales. En respuesta a esta situación, el gobierno local, en cabeza de la Alcaldesa María Ilbed Santa Santa ha desarrollado el Sistema Municipal de Cuidado, que busca

⁴ Secretario de Educación. La Ceja del Tambo

cubrir las necesidades de personas dependientes, como niños, ancianos y personas en situación de discapacidad. La implementación de este sistema responde a una necesidad apremiante de promover la equidad de género, aliviando la carga de cuidado que recae mayoritariamente sobre las mujeres.

Estructura y Funcionamiento del Sistema

El Sistema Municipal de Cuidado en La Ceja se articula a través de varias instituciones y programas que operan de manera coordinada para ofrecer servicios de cuidado integral. Entre las principales iniciativas se encuentran:

- Centros de Atención Integral: espacios diseñados para proporcionar atención a personas mayores, donde se les brinda acompañamiento, actividades recreativas, y cuidados básicos.
- Programas de cuidado infantil: guarderías y jardines infantiles que permiten a las madres trabajadoras disponer de un lugar seguro para el cuidado de sus hijos durante la jornada laboral.
- Apoyo a cuidadores informales: Programas de capacitación y apoyo emocional dirigidos a aquellos que, de manera no remunerada, se encargan del cuidado de familiares dependientes.

Estos programas se financian a través de una combinación de recursos municipales, aportes del sector privado y cooperación internacional. La gobernanza del sistema está en manos de una junta intersectorial que incluye representantes del gobierno, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias.

Impacto social y retos del Sistema

Desde su implementación, el Sistema Municipal de Cuidado en La Ceja ha generado acciones

con las que se pretende generar impactos significativos en la calidad de vida de sus habitantes. Entre los principales se destacan:

- Mejora en la calidad de vida: que las personas dependientes reciban atención especializada, lo que contribuye a su bienestar físico y emocional.
- Equidad de género: al redistribuir las responsabilidades de cuidado, el sistema contribuye a reducir la desigualdad de género, permitiendo a las mujeres acceder a oportunidades laborales y educativas.
- Fortalecimiento del tejido social: la participación efectiva de la comunidad en las actividades de cuidado fortalece la solidaridad y la cohesión social.

Sin embargo, el Sistema enfrenta desafíos importantes como la necesidad de asegurar su sostenibilidad financiera a largo plazo y la ampliación de su cobertura para llegar a todas las personas que lo necesitan. Además, es crucial continuar trabajando en la sensibilización de la población sobre la importancia del cuidado como un derecho y una responsabilidad compartida.

El Sistema Municipal de Cuidado en La Ceja, se erige como un modelo innovador de política social que busca garantizar el bienestar de sus habitantes más vulnerables. A través de su estructura integral e interseccional, además de su enfoque en la equidad de género, este sistema no solo mejora la calidad de vida de quienes requieren cuidados, sino que también promueve una distribución más justa de las responsabilidades de cuidado en la sociedad. A medida que el sistema continúa evolucionando, será esencial enfrentar los desafíos pendientes para asegurar su sostenibilidad y expansión, contribuyendo, así, a una comunidad más solidaria y equitativa.



La evolución del sector farmacéutico como un aporte al bienestar humano

Mario Aguirre Santa⁵

En la historia de la humanidad suplir las necesidades básicas ha sido un sinónimo de supervivencia, considerando a la alimentación, el abrigo y el techo como factores clave para la vida de cada individuo. No obstante, dentro de estas variables, el bienestar mental y físico entran a jugar un rol vital puesto que se trata de ser seres humanos saludables e integrales, tanto de cuerpo como con una mentalidad estable. Precisamente, en este último aspecto es en donde el sector farmacéutico empieza a jugar un papel importante dentro de la economía de los países, buscando siempre la manera industrializada de entregar a gran escala soluciones de bienestar para la humanidad.

Desde el siglo XIX, personas con alta vocación de investigación iniciaron la búsqueda de soluciones a las diferentes enfermedades que, de una u otra forma, presentaban resultados negativos en la salud de la humanidad. Los

boticarios, los químicos y especialistas basaron sus preparaciones en plantas que permitieran hacer mezclas, preparados, extractos, tinturas, lociones, pomadas, píldoras, etc., que tuvieran efectos terapéuticos o medicinales en las personas. Se dio, así, pie a que naciera una de las industrias más poderosas del mundo para la elaboración de productos farmacéuticos.

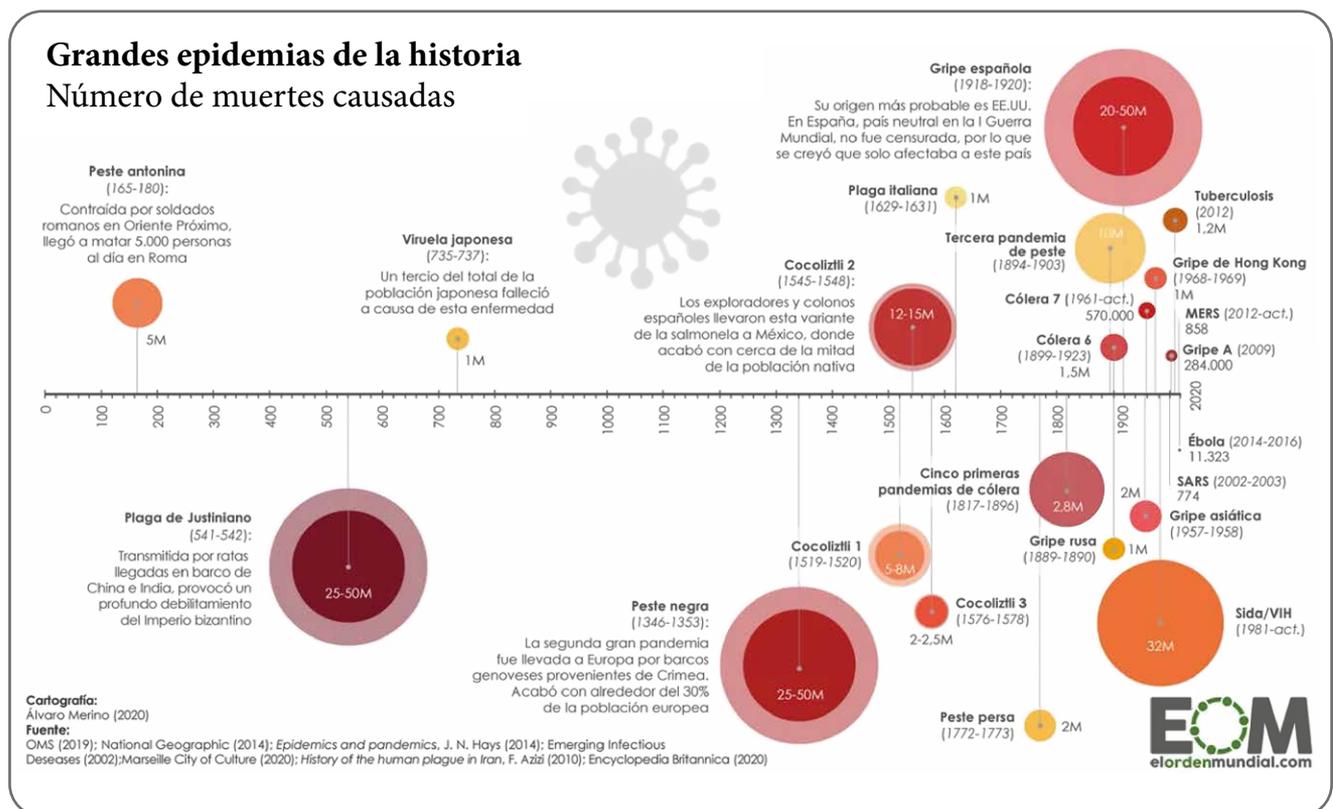
Desde 1820, científicos como el francés Joseph Pelletier comenzaron a elaborar productos revolucionarios en el campo farmacéutico que marcaron el inicio de una revolución de innovación. Entre estos productos se destacaron la quinina, un compuesto extraído de la corteza del árbol de la quina, que se convirtió en el primer tratamiento efectivo contra la malaria, una enfermedad que había diezmando poblaciones durante siglos; y la atropina, obtenida de la planta *Atropa belladonna*, que se utilizaba para dilatar las pupilas en exámenes oftalmológicos y como antídoto para ciertos tipos de envenenamientos.

⁵ Director de Servicios Farmacéuticos y CEDI

En 1828 el científico alemán Friedrich Wöhler logró otro hito al crear urea a base de compuestos sintéticos, lo que marcó el nacimiento de la química orgánica sintética. La urea, aunque no tenía un uso farmacéutico directo, abrió las puertas a la síntesis de numerosos compuestos orgánicos con aplicaciones medicinales. Estas iniciativas científicas lograron minimizar la pérdida de miles de vidas ante enfermedades que aquejaban a la humanidad, construyendo así una comunidad científica de grandes inventores. Sus desarrollos influyeron significativamente en la supervivencia de nuestra especie y sentaron las bases para la búsqueda de la prevención y el tratamiento de nuevas amenazas de salud en el mundo. Bien es sabido que las grandes pandemias no solo han cobrado millones de vidas humanas, también han tenido, a lo largo de la historia, grandes expertos con una alta vocación científica, para buscar soluciones que brinden a la humanidad bienestar físico y mental.

En esta revolución, de cara a la creación de medicamentos, nació también el ácido acetilsalicílico, cuyos orígenes se remontan al uso ancestral de la corteza de sauce para aliviar dolores y fiebres. En 1828, Johann Buchner aisló el compuesto activo de la corteza, llamándolo salicina y, en 1838, Raffaele Piria logró convertir la salicina en ácido salicílico. Para 1897, Felix Hoffmann, un químico de Bayer, logró sintetizar una forma más pura y menos irritante, denominada ácido acetilsalicílico. Ya en 1899, la casa farmacéutica alemana Bayer patentó y comercializó el compuesto con el nombre que hoy conocemos como Aspirina. Un medicamento que se volvió popular a nivel mundial, marcando el inicio de la era de los medicamentos sintéticos y sentando las bases para el desarrollo de la industria farmacéutica moderna.

Sin duda, se trató de una era de entrada de productos innovadores que marcó por muchos años la diferencia en el sector farmacéutico dados los costos que estas investigaciones y



Fuente: <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/grandes-epidemias-de-la-historia/>

desarrollos involucraban en el valor de los productos para el consumidor. Épocas milenarias de grandes personajes que marcaron hitos por su contribución en la investigación y el desarrollo,

grandes inventores y científicos que sentaron las bases para que la industria farmacéutica sea lo que hoy representa, para mejorar y prevenir las tasas de mortalidad en los diferentes países del mundo.

Tendencias en el mundo farmacéutico

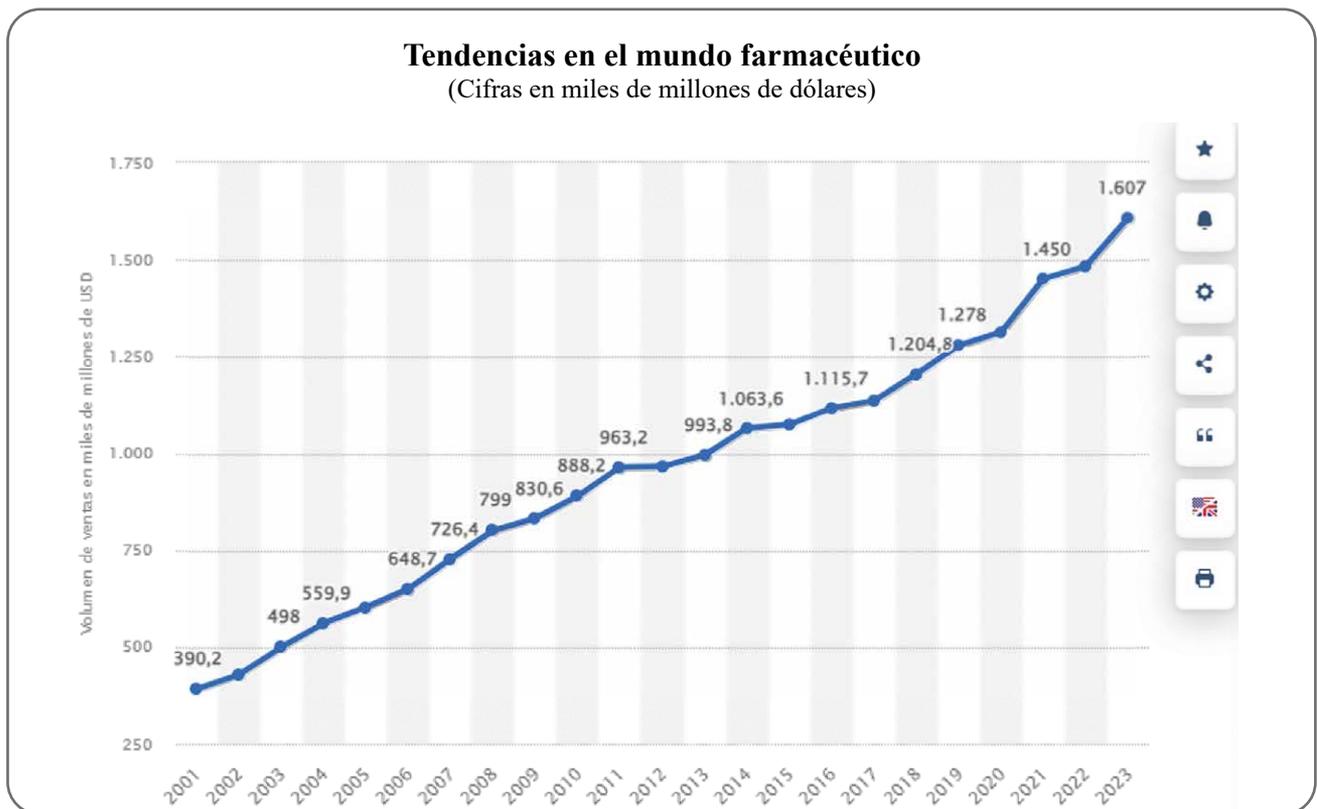
Hipócrates	Es considerado como uno de los principales padres de la medicina moderna. Vivió en Grecia entre el 460 a. C. y 370 a. C. Su doctrina se separó de la filosofía y, gracias a ella, se establecieron procesos para mejorar la salud del paciente, como el uso del agua o del vino para limpiar heridas. Bajo su nombre también descansa la primera clasificación de intensidad y volumen de enfermedades como: aguda, crónica o epidémica. Destaca también por su cirugía torácica.
Galeno de Pérgamo	Vivió entre el 130 d. C. y el 210 d. C. y destaca por la investigación gracias a ciertos animales. Dada su especialización en anatomía y fisiología, descubrió la función de las arterias y que la orina se originaba en los riñones. También, progresaron los conocimientos de ciertas estructuras fisiológicas como las de los pares de nervios craneales
Andrea Vesalio	Nació en Bruselas en el 1514 y redactó uno de los libros más importantes de la medicina, "De humani corporis fabrica" o "Sobre el tejido del cuerpo humano". Ejerció como profesor de la Universidad de Padua antes de convertirse en el médico de Carlos V.
Edward Jenner	Vivió entre los años 1749 y 1823 y es considerado, por mucho, como el padre de la inmunología. Inventó la vacuna y, su primer uso, fue para inmunizar a la población contra la viruela.
John Snow	Nació en el año 1813 y falleció en 1858. Es sopesado como el padre de la epidemiología moderna y se convirtió en un médico muy reconocido por descubrir el brote de cólera ocurrido en Londres.
Florence Nightingale	Nació en el año 1820. Fue escritora y enfermera británica. Siempre respondió bajo métodos modernos y profesionales. Por ello, creó el primer modelo conceptual de enfermería. En el 1883, la reina Victoria le concedió la Real Cruz Roja y, en el 1907, pasó a ser la primera mujer en recibir la Orden de Mérito de Reino Unido.
Elizabeth Blackwell	Vivió desde el año 1821 hasta el 1910. En el 1849 se convirtió en la primera mujer graduada en medicina y se premia su importancia por impulsar a una gran cifra de mujeres a seguir su ejemplo.
Louis Pasteur	Uno de los fundadores de la microbiología y el creador de la base científica para la vacunación y las vacunas contra el carbunco, el cólera aviar y la rabia. Sus trabajos en el campo de la estructura cristalina y el fenómeno de la polarización sentaron las bases de la estereoquímica.
Sir. Joseph Lister	Nació en el año 1827, falleció en el 1912 y, desde los conocimientos de Louis Pasteur, se especializó en microbios para mejorar su actividad clínica. Sus prácticas se relacionaban con la desinfección del quirófano, de los equipos quirúrgicos, la ropa y las manos de los sanitarios.
Sigmund Freud	Es el padre del psicoanálisis y ejerció como neurólogo en Austria. Vivió entre 1856 y 1939 y explicó cómo nuestro inconsciente influye en nuestros deseos, fobias...
Marie Curie.	Nació en el año 1867 y fue una científica polaca especializada en la radioactividad. Además, fue la primera persona en recibir dos Premios Nobel, uno en Química y otro en Física. Fue la primera mujer en ocupar un puesto como profesora en la Universidad de París y descubrió, de la mano de su esposo Pierre, dos de los grandes elementos químicos como son el polonio y el radio.
Margaret Sanger	Vivió entre los años 1879 y 1966. Fundó la primera Institución de Planificación Familiar y fue una de las que apoyaron el fármaco para evitar el embarazo. Tras la apertura en Estados Unidos de la primera clínica relacionada con los controles de la natalidad de la mujer, Sanger entró en prisión. Gracias a sus intenciones por promover la libertad de la mujer, en cuanto a la maternidad, es recordada como un gran referente.
Robert Koch	Fue un médico alemán con altos conocimientos en el terreno bacteriológico moderno y desarrolló una metodología centrada en la detección de enfermedades bacterianas. Recibió el Premio Nobel de Medicina en el año 1905 por sus investigaciones sobre la tuberculosis.
Rosalind Franklin	Su reconocimiento se relaciona con su faceta como química y cristalógrafa. Sus investigaciones se relacionan con la estructura del ADN, del ARN, de los virus... Gracias a los rayos X, logró obtener imágenes sobre el ADN. Además, sus investigaciones fueron clave para el modelo de Watson y Crick sobre la doble hélice del ADN en el año 1953.
Alexander Fleming	Nació en el 1881 en Escocia y destacó por sus investigaciones sobre la penicilina. Fue el primer antibiótico utilizado de manera consciente y el que abrió el camino a otras sustancias químicas sanadoras.
Gertrude Belle Elion	Nació en el año 1918 y es reconocida por sus actividades en el terreno de la bioquímica y la farmacia. En el 1988 recibió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina por el desarrollo y los tratamientos de los fármacos. Logró desarrollar 45 tratamientos enfocados en el sistema inmunológico.
Françoise Barre-Sinoussi	Nació en 1947 y es considerada como una gran líder contra el VIH en su país de origen, Francia. Presidió la Sociedad Internacional de SIDA y recibió el Premio Nobel de Medicina en el 2008.

Fuente: tomado de <https://www.unitecoprofesional.es/blog/medicos-famosos-historia/>



Costos de comercialización, el gran debate

Sin dejar de lado los grandes avances para la salud y la calidad de vida de la humanidad, el sector farmacéutico también ha estado sumergido en múltiples críticas persistente a lo largo de los años, en especial, las multinacionales, debido al alto valor colocado en el mercado comercial de los medicamentos para los usuarios. Entre múltiples factores, este fenómeno es justificado por los elevados costos en los que se debe incurrir para la investigación, el desarrollo, el sistema de patentes y el marketing; además de la falta de transparencia en la fijación y regulación de los precios y, más discutido aún, la colocación de los medicamentos en mercados más rentables. Condiciones que evidencian la necesidad de encontrar caminos para garantizar el acceso universal a medicamentos esenciales por parte de todos los actores que hacen parte de los sistemas de salud en el mundo. La facturación de la industria farmacéutica mundial en 2023 evidencia la magnitud de lo que impacta estos valores en el PIB de un país.



Fuente: Statista 2024

Las 10 farmacéuticas más valiosas del 2023

El campo de la salud ha sido uno de los que más ha crecido y así lo demuestran los siguientes datos del 2023
(Cifras están expresadas en millones de euros)



Fuente: Brand Finance Healthcare 2023. brandirectory.com/healthcare

El rol de la tecnología en su evolución

La industria farmacéutica, con su facturación anual de miles de millones de dólares en el mundo, le ha apuntado a la evolución tecnológica como un mecanismo para imprimir mayor eficiencia a la producción de los fármacos. La inteligencia artificial, la automatización robótica y la biotecnología en sus procesos de investigación, desarrollo y fabricación dan cuenta de ello, tecnologías de vanguardia mejoran la cadena de producción con datos y digitalización de procesos que redundan en la calidad y seguridad de los productos. La transformación tecnológica y la adopción de mejores prácticas posibilitan un aumento en la productividad permitiendo la llegada y el acceso a nuevos tratamientos en beneficio de las comunidades.

- **Impresión 3D:** ya no se requieren grandes fábricas y máquinas para producir medicamentos. Esta forma de producción está evolucionando a niveles de personalización ya que se crean productos adaptados a las necesidades individuales de los pacientes.

Los primeros medicamentos creados por esta tecnología datan del año 2015 y los valores en la producción se han incrementado en un 7 % anualmente. Se espera que para el 2025 alcance unos 437 millones de dólares.

El primer medicamento creado bajo esta tecnología y aprobado por la FDA se llamó “Spritam” (levetiracetam) y está indicado para el tratamiento de crisis epilépticas en adultos y niños con ciertos tipos de epilepsia. La tecnología de impresión 3D utilizada fue ZipDose, desarrollada por Aprexia Pharmaceuticals y permitió crear pastillas de alta porosidad que se desintegran rápidamente con un pequeño sorbo de líquido, facilitando la ingestión para pacientes que tienen dificultades para tragar píldoras convencionales.

- **Inteligencia Artificial (IA):** la producción de medicamentos y dispositivos médicos en el mundo ya hace uso de la IA ya que, al estar interconectada con otra tecnología emergente denominada Big Data, permite recolectar millones de datos en tiempo real y analizarlos

para determinar tendencias, comportamientos que deriven en ajustes en la eficacia de los productos farmacéuticos y en los tratamientos médicos de las personas. De esta manera se optimiza el impacto de estos tratamientos en las enfermedades más críticas que aquejan a la población de un país.

- **Sensores digeribles y píldoras inteligentes:** la nanotecnología (manipulación de la materia a una escala casi atómica para crear nuevas estructuras, materiales y aparatos) ha permitido crear sensores digeribles que mejoran la absorción retardada de los medicamentos, liberando el principio activo de un producto de forma controlada dentro del organismo. Esto facilita que con una píldora se trate la enfermedad diariamente y no tomando múltiples medicamentos para lograr el mismo efecto.

Una primera conclusión en este recorrido por la historia del sector farmacéutico es que uno de los actores más relevantes han sido las casas farmacéuticas que, a lo largo de los años, han impactado de manera positiva la salud y el bienestar de las comunidades con soluciones para las diferentes enfermedades de bajo, mediano y alto costo que han impactado a la humanidad. Un actor que ha evolucionado de tener una forma de producción básica a implementar tecnologías avanzadas para la creación de productos que buscan minimizar las altas tasas de mortalidad causadas por enfermedades como el cáncer, el VIH y otras patologías.

Con el nacimiento de esta industria poderosa y de alta tecnología, evolucionamos en la forma de prestar los servicios de salud en cada país mediante modelos que buscan mantener una alta cobertura de aseguramiento para la población, a costos equilibrados o razonables, orientando a los gobiernos a encontrar la forma más adecuada, técnica y financieramente, para implementar medidas preventivas en donde las personas adquieran, cada vez, más hábitos saludables, evitando el efecto no deseado de



que los ciudadanos deban acudir a entidades de salud. Hospitales, clínicas, centros de salud u otra denominación que involucran niveles de complejidad en la atención de las personas, según la criticidad de una enfermedad, se han transformado a nivel de infraestructura y de tecnología para poder ser más eficientes y eficaces en la prestación de los servicios de salud.

Con sistemas como ERP, WMS, CRM especializados en la atención en salud, las instituciones hoy pueden contar con información en línea para disminuir errores en la seguridad del paciente. Un ejemplo de ello son las historias clínicas digitales, la interoperabilidad entre diferentes actores de salud para la conexión de datos críticos entre las instituciones, evitando reprocesos de buscar, transcribir u otros datos médicos de un paciente. Asociado a estos temas de sistemas de información, está además la entrada de la revolución 4.0 lo que ha hecho que muchas tecnologías emergentes estén en la vanguardia de las instituciones prestadoras de salud.

- **Telemedicina:** esta estrategia busca conectar un paciente con una atención médica de forma virtual, eliminando las barreras de distancia, lo que se traduce en mayor accesibilidad de atención en salud en cualquier lugar a usuarios del sistema sanitario.

- **IoTMT:** la Internet de las cosas médicas (el IoT es el proceso que permite conectar los elementos físicos cotidianos al Internet) permite obtener datos del paciente mediante elementos que envían información en tiempo real a las instituciones médicas. Estos datos se traducen en ritmo cardiaco, presión arterial, saturación u otros que permiten determinar la condición física de una persona y tomar medidas con anticipación para evitar desenlaces en salud no deseados.
- **Realidad virtual y aumentada:** una de sus tantas aplicaciones es que el equipo médico puede practicar, hacer simulaciones u otro tipo de procedimientos que simulen los procesos quirúrgicos para coger la experticia necesaria en los procesos de inducción y capacitación.
- **Ciberseguridad y protección de datos:** los datos de los pacientes, las historias clínicas y la confidencialidad de la información asociada a las enfermedades de las personas, tienen total prioridad para proteger la privacidad y seguridad de los datos.

Red de servicios farmacéuticos

Continuando el camino de la evolución de la producción de medicamentos a través del tiempo y complementando esta secuencia con las instituciones prestadoras de salud y el uso de la tecnología para hacer más eficiente sus operaciones farmacéuticas, complementamos este triángulo vital con un actor altamente relevante: los servicios farmacéuticos.

Un servicio farmacéutico es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionado con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva. Servicios farmacéuticos que, de igual manera, no han sido ajenos a los avances significativos de tendencias y soluciones tecnológicas.

- **RPA (Automatización Robótica de Procesos):** es un software especializado para automatizar tareas repetitivas en caso de la farmacia. Lo anterior permite eliminar operaciones que no generan valor.
- **APP (aplicaciones móviles para farmacias):** este avance tecnológico permite a los usuarios y pacientes tener información en línea sobre medicamentos, citas, recordatorios u otras que agilice las esperas o minimice las ineficiencias de la farmacia, mejorando la atención de los usuarios en cuanto a comunicación y experiencia.
- **VLM-VCM (sistemas automatizados de almacenamiento vertical u horizontal):** esta tecnología permite aumentar la capacidad de almacenamiento y aumentar la productividad en la distribución y entrega de los productos al usuario final.
- **Big Data:** permite almacenar, organizar y analizar grandes volúmenes de información de los usuarios para la toma de decisiones en la atención o experiencia de los servicios prestados, en la personalización de los servicios médicos y en las investigaciones para el desarrollo de nuevas tecnologías en salud, entre los más relevantes.

El mundo y el sector farmacéutico continúan evolucionando en forma exponencial para lograr en un corto tiempo grandes avances técnicos y tecnológicos que permitan atender las necesidades de salud de la población mundial. Ejemplo de este fenómeno lo vivimos en 2020 con la pandemia generada por el COVID-19 cuando, sin ningún tipo de excepción, toda la población mundial estuvo confinada y expuesta a un virus de características catastróficas. Esta pandemia aceleró la era digital farmacéutica y hospitalaria para poder atender una población vulnerable y poder seguir siendo viable en el mercado. Las inversiones de las compañías en el rubro de transformación digital que tenían unas proyecciones a muchos años tuvieron que agilizarse en meses para poder sobrevivir en un mundo que había cambiado en cuestión de pocos días.

Es así como la revolución 4.0, conocida desde 2011 como la cuarta revolución, abarca todas las

innovaciones tecnológicas relacionadas con la automatización y la información de las empresas y personas, lo cual ha generado a niveles más cortos de tiempo grandes desarrollos e innovaciones en temas farmacéuticos; además de exigir altas

inversiones, contar con el personal calificado y tener claridad frente a los desafíos a atender bajo estas tendencias. El mundo sigue avanzando y el sector farmacéutico y hospitalario no es ni será ajeno a estas grandes revoluciones tecnológicas.

Tecnología emergente	Descripción
Inteligencia Artificial (IA) y Machine Learning	Estas tecnologías están en continua evolución y están revolucionando la forma de trabajar de la industria farmacéutica. Esta disciplina no solo ayuda a descubrir y desarrollar nuevos fármacos, sino que también colabora en simplificar y agilizar las cadenas de producción, al mismo tiempo que aumenta la productividad de los trabajadores de las plantas.
Multi-dispositivo	Los visitantes médicos tienen la capacidad de acceder a información relevante y actualizada como el estado del stock en tiempo real, registrar pedidos, comprobar fichas de clientes desde sus dispositivos móviles, lo que les aporta una mayor movilidad y una mejor gestión del tiempo.
Intercambio electrónico de datos (EDI)	Para las organizaciones es fundamental tener registrada la entrada de los pedidos en una plataforma digital y tener acceso a la información relacionada con ellos, como pueden ser el registro de facturas o la logística de las entregas a clientes.
Producción ágil e intuitiva	Tener un conocimiento de los recursos o los tiempos de producción permite planificar las líneas productivas en tiempo real. Microsoft Dynamics simplifica y agiliza los procesos de producción, permite registrar los tiempos y materiales consumidos o tener información de los consumos, mermas y el producto final.
Data y analítica	Las organizaciones generan constantemente datos, los cuales deben ser analizados para poder tomar rápidas decisiones basadas en la información que se ha generado o planificar los recursos de la cadena de producción de una manera eficiente. Soluciones como Power BI permiten trabajar en equipo, colaborar en los informes y compartir conocimientos con facilidad.
Cloud	Las empresas farmacéuticas buscan estar constantemente actualizadas, no invertir en costosas infraestructuras o migraciones y poder acceder a los últimos datos registrados de manera inmediata, entre otras. La nube se erige como la tecnología líder para almacenar toda la información de la compañía en un lugar seguro y a la que tener acceso en cualquier momento y lugar.
Biología sintética	La capacidad de diseñar y crear organismos o sistemas biológicos para realizar funciones específicas permite producir compuestos farmacéuticos de manera más eficiente y sostenible, así como abrir la puerta a tratamientos completamente nuevos y mucho más eficaces.
Impresión 3D de medicamentos	Se está erigiendo como una forma de fabricar medicamentos que permitan una dosificación personalizada y formas de liberación de fármacos innovadoras. Este tipo de herramienta permite que los medicamentos viajen de forma fiable hasta el mejor lugar en el que poder liberar su poder para resultar lo más efectivos posible.
Terapia genética y edición genómica	Permiten avances en terapias personalizadas para tratar enfermedades genéticas, ofreciendo curas potenciales donde antes únicamente podían ofrecerse tratamientos paliativos.
Nanotecnología	Los nanomateriales están siendo utilizados para mejorar la entrega de fármacos, permitiendo una mejor absorción y control sobre la liberación de medicamentos en el cuerpo, lo que mejora la eficacia y reduce los efectos secundarios a los que cada vez menos pacientes se ven obligados a hacer frente.
Real World Evidence (RWE)	La recopilación y el análisis de datos de salud generados en condiciones reales de uso, fuera de los ensayos clínicos controlados, permite guiar las decisiones regulatorias y de tratamiento para cada paciente.
Telemedicina y mHealth	Están cambiando la interacción con los pacientes, lo que permite monitorizar la adherencia al tratamiento prescrito y gestionar sus recetas de manera más eficiente. En este sentido, contar con el mejor ERP para industria farmacéutica resulta esencial para obtener los mejores resultados.
Blockchain	Esta tecnología ofrece una manera segura y transparente de trazar la cadena de suministro de los medicamentos, ayudando a combatir la falsificación y mejorando la trazabilidad de los productos farmacéuticos.

Fuente: tomado de <https://www.arbentia.com/blog/10-tendencias-industria-farmaceutica/>



El personal de salud y los cambios laborales enfrentados en las últimas décadas

Andrés Felipe Londoño Vélez ⁵

En la década de los 90 Colombia cambió radicalmente y lo hizo con mucha rapidez, no solo poniéndose al día en lo que el mundo le estaba pidiendo, sino transformando de forma profunda sus estructuras políticas, sociales, económicas y normativas. Estas nuevas condiciones cambiaron la manera de entender nuestra realidad cultural y modificaron las prácticas que eran comunes. En materia de salud y en materia laboral, los cambios no se hicieron esperar y la transformación tuvo impactos sobre las relaciones laborales y las prácticas de relacionamiento entre las empresas y los trabajadores.

El cambio más importante de esta época es la promulgación de la Constitución en 1991, que supuso nuevos caminos para el devenir del país y, por supuesto, la necesidad de establecer cuerpos normativos que permitieran modernizar y armonizar las prácticas con lo promulgado en la Carta Magna. Pero esta no era la única razón del cambio normativo, también lo fueron las demandas globales que exigían al país unirse a una dinámica mundial de competitividad que no aceptaba una política proteccionista o excesivamente doméstica.

La llegada del concepto de flexibilización laboral que preparaba el escenario para esta

⁵ Rector Politécnico COHAN.

apertura, impactó el mundo del trabajo para siempre. Lozano (2018) citando a Isaza (2003), plantea que “la reforma de 1990 fue pionera en América Latina y se consolidó como el primer paso en la flexibilización del mercado laboral”. Estos pasos para lograr que las empresas comenzaran a participar de un mercado global, se unieron históricamente con reformas como la de Ley 100 de 1993 y a reformas laborales posteriores que favorecieron la transformación del país, pero también tuvieron efectos en la precarización de las condiciones laborales del personal de salud. Ugalde, A. & Homedes, N. (2005), refiriéndose al tema, plantearon que “el neoliberalismo ha promovido la flexibilización de la fuerza laboral a fin de reducir los costos e incrementar la eficiencia”, pero también, en el mismo texto, muestran que dichas “reformas no han conseguido aumentar la eficiencia”.

Florez y Col (2009) plantean que “el mercado laboral de los profesionales de la salud sufrió importantes modificaciones a partir de dicha Ley sin que esta incluyera necesariamente artículos específicos relacionados con la contratación, los salarios o las condiciones de trabajo”, lo que significa que la Ley cambió las prácticas y al hacerlo, las condiciones del trabajo también lo hicieron. Uno de los cambios importantes tuvo que ver con el modelo de aseguramiento, que modificó las condiciones del mercado laboral, generando demandas más grandes del personal de salud en todas las áreas, regulando el tema salarial y quitando la posición dominante de los trabajadores de salud independientes, especialmente los médicos, cuyas tarifas dependían del segmento del mercado que atendieran. Lo anterior, no alteró significativamente a los que ya eran asalariados en el Seguro Social, por ejemplo. Para estos mismos autores las condiciones laborales del personal de salud eran desiguales, “el mercado laboral del sector salud presentaba diferentes

posibilidades de trabajo para los profesionales; algunas permitían obtener altos ingresos y buenas condiciones de vida, otras no ofrecían estas posibilidades, pero minimizaban el riesgo y la incertidumbre ante la posibilidad de carecer en cualquier momento de sustento”.

Los cambios en la oferta y demanda de talento humano después de la Ley 100 de 1993 es notable, para los autores “uno de los más grandes efectos [...] radica en el hecho de que la ampliación de la cobertura del seguro de salud generó un aumento importante en la demanda de profesionales de la salud”, y se puede observar que el ascenso que venía desde los años 70 adquiere el máximo pico, precisamente, en 1993 y logra su cumbre en el año 2000, aunque allí en esta época, la absorción de profesionales había desmejorado, generando una disminución salarial, a excepción del personal de auxiliar de enfermería que “eran los que presentaban en el año 2000 menores problemas para emplearse, pese a que su oferta había aumentado más que en las otras profesiones. Esto se asocia con el hecho de que la mano de obra calificada se está reemplazando por mano de obra menos calificada”.

En el estudio de Acosta-Romo y Col (2022), se pudo determinar que el personal de salud en el análisis la variable psicosocial de exigencia mental “se relacionó con la presencia de una posible sobrecarga laboral, tanto en el personal administrativo como asistencial. Al analizar los resultados del presente estudio se puede decir que una de las posibles causas de la sobrecarga de trabajo es el número de horas semanales laboradas”. Estas condiciones de trabajo afectadas por lo salarial, empleabilidad y sobrecarga, generan un panorama en el que lo laboral en salud tiene importantes complejidades.

Estas condiciones plantean problemas importantes que afectan la vida laboral del

personal de salud, para Ugalde, A., & Homedes, N. (2005), los problemas incluyen:

- Desproporción entre las diferentes categorías de profesionales y técnicos.
- Desproporción entre el número de profesionales de centros urbanos y rurales.
- El pluriempleo médico.
- Falta de control gerencial de los recursos humanos.
- Poca capacidad gerencial.
- Deficiente comunicación entre los proveedores de salud y los usuarios.
- Débil regulación de la práctica profesional.

En los estudios revisados por Guerrero, J., & Pulido, G. (2010), los cambios en las condiciones laborales del personal de enfermería, subsecuentes a las reformas neoliberales fueron al menos los siguientes:

- Aumento de la inestabilidad laboral.
- Deterioro de la protección social.
- Deterioro de los programas de salud ocupacional.
- Salarios inadecuados y significativa pérdida de la capacidad adquisitiva.
- Reducción drástica de la actividad gremial y sindical.
- Aumento del trabajo administrativo y de coordinación de personal entre las profesionales de enfermería.
- Delegación del cuidado en las auxiliares de enfermería.
- Desplazamiento de la fuerza de trabajo hacia la contratación externa o tercerizada y hacia empleadores privados.

- Pérdida de autonomía profesional por supresión de los departamentos de enfermería.
- Acentuación del desempleo, subempleo y multiempleo.
- Mayor disparidad proporcional entre la cantidad de auxiliares y enfermeras a favor de las primeras.
- Mayor recorte de personal.
- Aumentos en carga física, mental y laboral.
- Extensión en los horarios de trabajo.
- Mayor presión de tiempo y cantidad en la realización del trabajo.
- Baja cantidad de personal disponible.
- Mayores exigencias de los usuarios.
- Mayor preocupación por la responsabilidad legal del trabajo.
- Mayor estrés.
- Aumento en problemas osteomusculares.
- Aumento en enfermedades crónicas y mentales.
- Aumento en la accidentalidad.
- Insatisfacción laboral.

Las anteriores situaciones problematizan lo ocurrido, tanto en las reformas del sistema de salud como en las reformas laborales acontecidas en los 90 y los 2000, que impactan el desarrollo de la labor. Sin embargo, y pese a la ocurrencia de una precarización laboral, también existen estudios que muestran mejoramientos importantes. En el estudio de Delgado-Gallego (2010) los “usuarios valoran mucho la accesibilidad al servicio: tiempo para ser atendidos, el trato igualitario que deben darles los actores institucionales, una gestión administrativa ágil y coordinada entre todas las instituciones involucradas en el servicio, y el tiempo adecuado de consulta”,



así mismo, en este mismo estudio los autores muestran cómo los usuarios valoran del personal de salud la accesibilidad, el tiempo para ser atendidos, el trato equitativo, la gestión administrativa ágil y la accesibilidad a la información, elementos que son producto de la capacidad y competencia del personal de salud, que, por variables como la formación, han podido mejorar significativamente con respecto a épocas previas a estas reformas en donde el conocimiento informal y la baja especialización eran el modelo reinante.

Las condiciones laborales del personal de salud son difíciles y lo seguirán siendo por la complejidad del sistema y la dinámica cambiante de las condiciones que el presente impone a las personas que ponen frente a la protección y cuidado del bienestar humano. La vocación de servicio y la voluntad de cambio implican que gremios y asociaciones estén monitoreando la dignificación permanente de los trabajos asociados con la salud y ello implica que las reformas presentes y futuras a los modelos tengan en cuenta los efectos laborales de aquellos que cuidan nuestra vida.

El personal de salud, asistencial o administrativo, tiene retos cada día para lograr las condiciones necesarias en pro de su propio bienestar. Todos los actores que estamos de una u otra manera implicados, ya sea en las redes o como usuarios, debemos velar por los derechos de los trabajadores de la salud y cuidar de ellos, haciendo un análisis crítico de las implicaciones de las decisiones que tomamos como país, para asegurar que las nuevas generaciones que quieren hacer parte del sistema se sientan recompensadas por el trabajo que realizan y para que tengan las garantías en un trabajo digno.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta-Romo, M. F., Castro-Bastidas, D. A., & Bravo-Riaño, D. F. (2022). Carga laboral en personal de salud asistencial y administrativo en una institución de II nivel en Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 24, 1-9.

Delgado-Gallego, M. E., Vázquez-Navarrete, M. L., & de Moraes-Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde

los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de salud pública*, 12, 533-545.

Florez Acosta, J. H., Atehortúa Becerra, S. C., & Arenas Mejía, A. C. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 107-131.

Guerrero, J., & Pulido, G. (2010). Trabajo, salud y régimen contractual en personal de enfermería: un enfoque psicosocial. *Avances en enfermería*, 28(2), 111-122.

Lozano Trujillo, Z. A. (2018). La flexibilización laboral en Colombia desde la reforma laboral, ley 789 de 2002: Impacto, evolución y desarrollo de las condiciones laborales.

Ugalde, A., & Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 202-209.



INDICACIONES PARA LOS AUTORES PRESENTACIÓN DE CONTRIBUCIONES PARA LA REVISTA NUEVOS TIEMPOS

1. Los trabajos se enviarán al comité editorial de la REVISTA NUEVOS TIEMPOS a la Carrera 48 #24 – 104 Medellín, o al correo electrónico: relacionescorporativas@cohan.org.co Consultas sobre envíos de trabajos pueden hacerse a esas mismas direcciones, también al número telefónico (57) 604 605 4949 Ext. 1703.
2. Los temas deben tener relación con los propósitos GENERALES de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, especialmente con su propósito educativo de formación para el trabajo y el desarrollo humano, el mejoramiento de los servicios de salud mediante la investigación, transferencia de tecnología y suministro de insumos para un desarrollo integral de sus colaboradores, asociados y entidades del sector salud y cooperativo; y con su accionar dentro de los sectores solidario y de salud, como resultado del alto desarrollo organizacional que posibilita la misión social de sus asociados.
3. Se admiten solo artículos inéditos, originales, que mientras sean sometidos a consideración con fines de publicación en NUEVOS TIEMPOS, no podrán ser enviados a otras revistas. Los textos deben tener UNA EXTENSIÓN de 15 hojas tamaño carta, doble espacio, letra *Times News Roman* tamaño 12. El original, SERÁ ENTREGADO EN SOPORTE DIGITAL en Software *Microsoft Word*; gráficos en *Excel o Power Point*. Si se trata de una investigación debe incluir: introducción, *abstract*, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, palabras clave para describir el contenido. Las ilustraciones y tablas deben ser numeradas en secuencia, provistas de título y referidas dentro del texto; su origen, citado como parte de la explicación.
4. El título del trabajo será lo más breve posible. El (los) nombre(s) del (los) autor(es) incluye(n) profesión (es) a que pertenece(n), correo electrónico, teléfono.
5. El resumen: todo trabajo debe incluir un resumen, con un máximo de 200 palabras, en el que se describen los aspectos centrales de artículo como objetivos, diseño, contexto, resultados, conclusiones.
6. Referencias bibliográficas: deben ser incluidas al final del trabajo, citando en forma completa: autor (es), nombre del artículo, o texto, lugar de publicación, editorial, fecha de publicación. Si se trata de un artículo de una revista, incluir el nombre completo de ésta, volumen, número, año, página. En los casos de trabajos citados por fuente secundaria, las referencias deben corresponder al original, si se conoce. Las notas al pie de página deben ser incluidas en casos excepcionales y contener

únicamente textos adicionales, no referencias bibliográficas; identificarlas con asteriscos para diferenciarlas de las anteriores.

7. El Comité Editorial dará aceptación o no a los trabajos, de acuerdo con sus políticas de difusión educativa y de formación y a los conceptos de los evaluadores externos en los casos que sean necesarios. Este organismo se reserva el derecho de hacer modificaciones editoriales que encuentre necesarios: condensación de textos, eliminación de tablas y gráficos.
8. Los autores recibirán ejemplares de la REVISTA NUEVOS TIEMPOS físicos; los originales y archivos digitales, así como

los derechos de reproducción total o parcial serán de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia.

9. Los artículos RESULTANTES DE PROCESOS DE INVESTIGACIÓN serán evaluados por dos (2) evaluadores externos. De acuerdo con su evaluación y recomendaciones, el Comité Editorial se reserva el derecho de incluir una tercera evaluación y de publicar o no el artículo. EN CUALQUIER CASO LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN SERÁN INFORMADOS A LOS AUTORES RESERVANDO LA IDENTIDAD DEL NOMBRE DEL EVALUADOR.

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN

Revista **Nuevos Tiempos**
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

E-MAIL: _____

BARRIO/(Sector) _____ Tel: _____ Cel: _____

CIUDAD: _____ PAÍS: _____



**La suscripción en Colombia es por un año.
A nivel internacional puede hacerla por dos años,
la suscripción es Gratuita.**

Para efectos de registro y entrega sin costo de la Revista Nuevos Tiempos,
le solicitamos remitir este formato a la dirección que se relaciona a continuación
de COHAN ó del Politécnico COHAN:

Cooperativa de Hospitales de Antioquia

Carrera 48 N° 24 - 104, Medellín, Antioquia

PBX: (57) (604) 605 4949

relacionescorporativas@cohan.org.co

Politécnico COHAN Ciencias de la Salud

Calle 56 N° 41-46, Medellín, Antioquia

PBX: (57) (604) 605 1222 - 310 364 91 04

admisiones@politecnicocohan.edu.co

Revista **Nuevos Tiempos**

Revista **NuevosTiempos**

Calle 56 N° 41-46 Medellín, Colombia
PBX: 604 605 12 22 e-mail: rectoria@politecnicocohan.edu.co
www.politecnicocohan.edu.co

