Bogotá D.C., 13 de octubre de 2026

Señor

Miguel Ángel Sánchez Vázquez
Secretario(a) General
Honorable Cámara de Representantes

Asunto: Presentación de proyecto de Ley "*Por medio del cual se adoptan medidas para superar el déficit y la inequidad territorial en la distribución del Talento Humano en Salud, mediante mecanismos de retención, el incremento de cupos de formación y la ampliación de escenarios de práctica de naturaleza pública o mixta y se dictan otras disposiciones*"

Conforme con lo previsto en los artículos 139 y 140 de la ley 5 de 1992, presentamos a consideración del Congreso de la República el Proyecto de Ley "*Por medio del cual se adoptan medidas para superar el déficit y la inequidad territorial en la formación y distribución del Talento Humano en Salud, se garantizan escenarios de práctica de naturaleza pública o mixta y se dictan otras disposiciones*".

_____

BLEIDY PÉREZ BALLESTAS
Representante a la Cámara
Bogotá D.C.

bleidy.perez@camara.gov.co

Instagram: bleidy.terepresenta | Facebook: Bleidy te representa | X: @BleidyPerezB | Tik Tok: @bleidy.terepresen | Threads: bleidy.terepresenta

_____ Nombre: Congresista de la República	_____ Nombre: Congresista de la República
_____ Nombre: Congresista de la República	_____ Nombre: Congresista de la República
_____ Nombre: Congresista de la República	_____ Nombre: Congresista de la República
_____ Nombre: Congresista de la República	_____ Nombre: Congresista de la República
_____ Nombre: Congresista de la República	_____ Nombre: Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

PROYECTO DE LEY No. ____ DE 2026

"Por medio del cual se adoptan medidas para superar el déficit y la inequidad territorial en la distribución del Talento Humano en Salud, mediante mecanismos de retención, el incremento de cupos de formación y la ampliación de escenarios de práctica de naturaleza pública o mixta y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

ARTÍCULO 1. OBJETO. La presente ley tiene por objeto establecer las medidas necesarias para superar el déficit y la asimetría territorial en la distribución del Talento Humano en Salud (THS) mediante mecanismos de retención y la garantía de escenarios de práctica para la formación.

ARTÍCULO 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de esta ley aplican al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Educación Nacional, a la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (CITHS), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), las entidades territoriales, las instituciones de educación superior (IES) con programas del área de la salud, y demás organismos responsables de la formación, gestión y distribución del Talento Humano en Salud.

ARTÍCULO 3. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL PRIORITARIA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, diseñará e implementará un Plan Nacional de Distribución del Talento Humano en Salud, conforme a la normatividad vigente, que priorice la asignación

de personal profesional, tecnólogo, técnico y auxiliar en los departamentos y municipios con mayores necesidades y brechas en la disponibilidad de talento humano en salud, con especial atención en los territorios priorizados por las políticas nacionales de desarrollo territorial y construcción de paz, incluidos los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).

El Plan Nacional de Distribución del Talento Humano en Salud deberá garantizar que la distribución del talento humano responda en equidad a las necesidades sanitarias, epidemiológicas y demográficas de cada territorio, contribuya a retener el personal en los territorios y asegure la continuidad de la atención en salud en las regiones priorizadas en el presente proyecto de ley, promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud al talento humano en salud.

PARÁGRAFO. El Plan establecerá una metodología objetiva, verificable y periódicamente actualizada para identificar y priorizar los territorios con mayores necesidades de talento humano en salud, con base, entre otros, en los siguientes criterios: a.) el perfil epidemiológico, demográfico y las necesidades sanitarias del territorio, incluida las prioridades de salud pública; b.) la vulnerabilidad socioeconómica y poblacional, incluida la pobreza multidimensional. c.) la dispersión geográfica y las barreras de acceso a los servicios de salud. Además, bajo enfoques diferenciales, se tendrán en cuenta a las poblaciones históricamente excluidas, relativas a la composición étnica, de género, poblaciones afectadas por el conflicto armado, las brechas territoriales, el curso de vida, incluida la distribución etaria, el crecimiento poblacional, el envejecimiento, la discapacidad y demás factores que incidan en las necesidades de talento humano en salud.

ARTÍCULO 4. EQUIDAD Y RETENCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD EN EL TERRITORIO NACIONAL. Con el fin de garantizar la disponibilidad, permanencia y estabilidad del Talento Humano en Salud en los territorios priorizados conforme a los criterios establecidos en el artículo 3 de la presente ley, el Gobierno Nacional, en coordinación con las entidades territoriales y prestadores de salud de la región, diseñará y implementará un régimen de incentivos y estímulos dirigido al talento humano, conforme a la normatividad vigente, orientado a generar condiciones óptimas que favorezcan la permanencia del personal y reduzcan su rotación.

El régimen deberá contemplar, como mínimo, medidas orientados a dignificar y fortalecer el ejercicio del talento humano en salud en los territorios priorizados, entre las que estarán las siguientes:

1. Mecanismos para la formalización laboral y el reconocimiento salarial digno y competitivo en territorio, orientados a garantizar la estabilidad, crecimiento laboral y continuidad del talento humano en salud.
2. Facilidades y apoyos para acceso a programas de posgrado, formación continua, actualización académica, investigación y desarrollo profesional.
3. Condiciones integrales de bienestar en materia de alojamiento, transporte, vivienda y alimentación, que se ajusten al contexto de cada territorio.
4. Estrategias que promuevan el equilibrio entre la vida laboral y familiar, que aseguren el bienestar y la calidad de vida del personal.

PARÁGRAFO. Los incentivos y estímulos previstos en el presente artículo se aplicarán de manera preferente en los territorios definidos de conformidad con el Plan Nacional de Distribución del Talento Humano en Salud y los criterios establecidos en el artículo 3 de la presente ley, sin perjuicio de su aplicación en otros territorios cuando las necesidades del servicio o las condiciones de permanencia del Talento Humano en Salud así lo requieran.

ARTÍCULO 5. AMPLIACIÓN DE COBERTURA PARA LA FORMACIÓN EN ÁREAS DE LA SALUD. El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, en acuerdo con las instituciones de educación superior públicas, establecerán estrategias y mecanismos para ampliar progresivamente los cupos de formación en programas de pregrado y posgrado del área de la salud, de acuerdo con las necesidades definidas en el Plan Nacional de Distribución del Talento Humano en Salud, las características diferenciales de los territorios y los requerimientos para la formación del talento humano en salud.

La ampliación de cupos deberá diferenciarse según el nivel de formación y el tipo de programa académico, considerando su pertinencia frente al perfil epidemiológico y las necesidades sanitarias del territorio, las brechas de talento humano, las condiciones demográficas, de ruralidad, dispersión y vulnerabilidad, y la capacidad de formación y práctica existente o susceptible de fortalecimiento. Estos criterios determinarán la prioridad y magnitud de la ampliación, sin constituir por sí mismos una restricción a la creación, oferta o desarrollo de programas académicos que cumplan los requisitos establecidos en la normativa aplicable.

El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social

implementarán un mecanismo integrado e interoperable que articule, entre otras fuentes, el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) y demás sistemas oficiales pertinentes, para identificar las necesidades de formación, disponibilidad, distribución y proyección del Talento Humano en Salud.

El porcentaje de ampliación de cupos se determinará anualmente mediante una metodología diferencial, objetiva y verificable, que considere, como mínimo, el déficit relativo de talento humano, la necesidad sanitaria y demográfica, la prioridad territorial establecida en el artículo 3, la pertinencia del programa de formación, los costos reales asociados a la formación y el desarrollo de la práctica formativa, así como la disponibilidad efectiva de laboratorios, centros de simulación clínica, escenarios de práctica docencia-servicio y recurso docente cualificado. La metodología establecerá la fórmula de cálculo, la estimación de costos y requerimientos, los criterios de actualización y los mecanismos de seguimiento y evaluación.

PARÁGRAFO. La ampliación progresiva de cupos deberá articularse con la disponibilidad y fortalecimiento de escenarios de práctica a través de convenio docencia servicio, los requerimientos de formación, las estrategias de permanencia y retención del Talento Humano en Salud previstas en la presente ley.

ARTÍCULO 6. AMPLIACIÓN DE CUPOS DE DOCENCIA-SERVICIO. Se promoverá la ampliación de cupos para prácticas formativas en escenarios públicos y mixtos, tanto clínicos de baja, mediana y alta complejidad, como no clínicos institucionales y no institucionales. Para la asignación de los nuevos escenarios y cupos de práctica formativa se dará prioridad en los hospitales públicos a las Instituciones de Educación Superior públicas y al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (CITHS), deberán asegurar el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad, infraestructura, dotación y supervisión académica para los escenarios de práctica clínicos y no clínicos. Los actores concurrentes en el ámbito de aplicación de la presente ley serán responsables, conforme a los estándares mínimos de calidad, de garantizar

condiciones dignas y seguras para los estudiantes, asegurando que la ampliación de cupos prevista en esta ley se realice con garantía de la excelencia académica, la disponibilidad e idoneidad del recurso docente, la infraestructura adecuada, la calidad de la formación y el bienestar estudiantil.

Parágrafo 2. En virtud del régimen especial de autonomía reconocido en el Decreto 1210 de 1993, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación establecerán una ruta diferencial para la ampliación de la red de escenarios de práctica para los pregrados y posgrados del área de la salud para la Universidad Nacional de Colombia.

Parágrafo 3. La Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (CITHS) deberá fijar criterios objetivos de desempate para que sean aplicados por los escenarios de prácticas cuando dos o más Instituciones de Educación Superior compitan por el mismo cupo, basándose en principios de igualdad material, preeminencia del interés social, calidad y manteniendo la priorización a las IES públicas de la que trata este artículo.

ARTÍCULO 7. SEGUIMIENTO Y CONTROL POLÍTICO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY. Las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado de la República y de la Cámara de Representantes realizarán, durante cada legislatura, una sesión de seguimiento a la implementación de la presente ley y al cumplimiento de sus objetivos y medidas.

Para este efecto, el Gobierno Nacional presentará a dichas Comisiones, dentro del primer semestre de cada legislatura, un informe sobre el avance en la implementación de la ley, que incluirá, como mínimo, el cumplimiento de los planes, estrategias y mecanismos adoptados, la evolución de las brechas territoriales de Talento Humano en Salud, la ampliación de cupos de formación, la aplicación de los incentivos y estímulos previstos y los resultados en materia de distribución, permanencia y retención del talento humano.

Las Comisiones podrán solicitar la información adicional que consideren necesaria y requerir la comparecencia de las autoridades responsables de la implementación de la presente ley.

ARTÍCULO 8. VIGENCIA. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. El Gobierno Nacional contará con un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la promulgación de la presente ley, para adelantar las acciones necesarias para su implementación y ajustar los procedimientos administrativos, instrumentos de planeación, sistemas de información y demás mecanismos requeridos para el cumplimiento de sus disposiciones, en especial aquellos relacionados con la distribución territorial del Talento Humano en Salud, la ampliación de cupos de formación, los escenarios de práctica y los incentivos y estímulos para su permanencia y retención.

_____

BLEIDY PÉREZ BALLESTAS
Representante a la Cámara
Bogotá D.C.

_____	_____
Nombre: Congresista de la República	Nombre: Congresista de la República
_____	_____
Nombre: Congresista de la República	Nombre: Congresista de la República

_____	_____
Nombre: Congresista de la República	Nombre: Congresista de la República
_____	_____
Nombre: Congresista de la República	Nombre: Congresista de la República
_____	_____
Nombre: Congresista de la República	Nombre: Congresista de la República
_____	_____
Nombre: Congresista de la República	Nombre: Congresista de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente exposición de motivos del proyecto de Ley estará conformada por seis (6) apartes**:**

I. Antecedentes legislativos

II. Objeto de la iniciativa

III. Justificación del proyecto

IV. Constitucionalidad y legalidad

V. Impacto Fiscal

VI. Causales de impedimento

I. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

El déficit y la inequidad territorial del Talento Humano en Salud (THS) no es un problema nuevo en la agenda legislativa colombiana; por el contrario, constituye una preocupación estructural que el ordenamiento jurídico ha abordado de manera progresiva, aunque parcial, desde hace casi dos décadas. La Ley 1164 de 2007, "*por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*", estableció el marco general de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del personal de salud, y creó instancias como el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud y el Observatorio del Talento Humano en Salud. Dicha ley, sin embargo, se concentró en la regulación del ejercicio profesional y no incorpora mecanismos vinculantes de distribución territorial ni de priorización de las instituciones públicas en el acceso a los escenarios de práctica formativa, vacío que el presente proyecto busca cerrar.

En desarrollo del artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2376 de 2010, "*por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud*". Esta norma reglamentaria definió los conceptos de relación docencia-servicio, práctica formativa en

salud, escenarios de práctica y cupos de práctica[1], y estableció que dicha relación debe fundarse en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo. El Decreto 2376 de 2010 previó, además, la exigencia de un concepto favorable de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (CITHS) para la suscripción de convenios docencia-servicio, entidad que el presente proyecto retoma como autoridad técnica encargada de fijar los estándares de calidad de los nuevos escenarios de práctica.

Un tercer antecedente relevante lo constituye la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, que reconoció la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo, y radicó en cabeza del Estado la obligación de garantizar su disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, elementos que, según la jurisprudencia constitucional, exigen la existencia de un recurso humano suficiente, competente y equitativamente distribuido en el territorio nacional.

Más recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Resolución 1444 de 2025, "*por la cual se adopta la Política Pública del Talento Humano en Salud*", con un horizonte 2025-2035, orientada a fortalecer la disponibilidad y distribución equitativa del personal sanitario, mejorar sus condiciones laborales y cualificar su formación. Dicha política, de naturaleza administrativa, carece sin embargo de fuerza vinculante para modificar las reglas de asignación de los escenarios de práctica formativa ni para establecer obligaciones de distribución territorial exigibles a las entidades territoriales y a los prestadores de servicios de salud, motivo por el cual se hace necesaria su elevación a rango legal mediante el presente proyecto, que recoge y desarrolla sus lineamientos centrales dotándolos de fuerza normativa.

II. OBJETO DE LA INICIATIVA

El proyecto de ley tiene por objeto establecer las medidas necesarias para superar el déficit y la asimetría territorial en la formación, distribución y retención del Talento

[1] Decreto 2376 de 2010. Artículo 2: Cupos de los escenarios de práctica: Es el número de estudiantes que pueden desarrollar sus prácticas formativas de manera simultánea en un escenario de práctica, asegurando la calidad en los procesos de formación de los estudiantes y en la prestación de los servicios propios del escenario.

Humano en Salud en el territorio nacional, a través del fortalecimiento de la formación y garantía de escenarios de práctica para los futuros trabajadores de la salud.

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La formación, distribución y retención suficiente, pertinente y territorialmente equitativa del Talento Humano en Salud en Colombia constituye una profunda tensión estructural entre la garantía del derecho fundamental a la salud, consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y las dinámicas socioeconómicas y geográficas del país[2][3]. Desde la reforma introducida por la Ley 100 de 1993, la planificación de los recursos humanos en salud ha operado con un alto grado de desarticulación respecto a las necesidades epidemiológicas de las comunidades[4][5]. Este rezago histórico ha dado origen a una crisis multidimensional caracterizada por déficits absolutos en indicadores internacionales de densidad, una severa asimetría en la distribución de las competencias profesionales y barreras sistemáticas que impiden la retención del personal sanitario en las áreas rurales y dispersas del territorio nacional[6][7] [8][9]. En este sentido, la discusión sobre el talento humano debe incorporar la composición de la fuerza laboral, su distribución territorial, su

[2] Política Nacional de Talento Humano en Salud - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf

[3] Barreras de acceso y efectos en la atención en salud a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia - Repositorio Institucional UNAD, https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/77839/lacabrerave.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[4] Política Nacional de Talento Humano en Salud - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf

[5] Actualización de la política de Talento Humano en Salud, https://paho.org/sites/default/files/2-ministerio-de-salud-actualizacion-de-la-politica-de-talento-humano-en-salud_0.pdf

[6] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

[7] Inequidad en la distribución del talento humano en salud: un análisis de los médicos especialistas y médicos generales por departamento en Colombia a partir del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) - Perfiles y Capacidades, https://perfilesycapacidades.javeriana.edu.co/es/publications/inequidad-en-la-distribuci%C3%B3n-del-talento-humano-en-salud-un-an%C3%A1li/

[8] Brechas en mercado laboral de la salud en Colombia - OPS 202 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/ops-brechas-mercado-laboral-de-la-salud/

[9] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php

capacidad efectiva de inserción y permanencia en el sistema, las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población, los tiempos de formación y especialización, las condiciones de empleo y trabajo y los procesos de movilidad y migración profesional.

2.1. La magnitud del déficit de Talento Humano en Salud

La suficiencia del personal sanitario es la base técnica indispensable para garantizar la cobertura universal y la resiliencia de cualquier modelo de atención[10] [11] [12]. La evidencia técnica disponible confirma que Colombia enfrenta un déficit de Talento Humano en Salud, tanto en términos absolutos como en su distribución territorial. De acuerdo con el Índice Nacional de Salud 2025, elaborado por el centro de pensamiento Así Vamos en Salud a partir de 37 indicadores, el país registra 40,5 médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes[13], cifra que lo ubica en el último lugar del grupo de países de comparación y por debajo de la meta mínima de 44,5 recomendada por la Organización Mundial de la Salud como umbral para garantizar la cobertura sanitaria universal[14]. El mismo informe advierte que la ruralidad concentra los desenlaces sanitarios más adversos del país y que las brechas urbano-rurales persisten pese al incremento del gasto público en salud, lo que evidencia que el problema no es meramente presupuestal, sino de disponibilidad, formación y distribución del recurso humano.

En la misma dirección, el informe "Panorama del mercado laboral de la salud en nueve países de América del Sur", publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que la densidad de profesionales sanitarios en la región oscila entre menos de 40 y cerca de 118 por cada 10.000 habitantes según el país y el territorio considerado, y subraya que en el caso colombiano el personal sanitario se concentra en

[10] Política Nacional de Talento Humano en Salud - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf
[11] Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf
[12] Resolucion No 1444 de 2025 - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201444%20de%202025.pdf
[13] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/
[14] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

las grandes ciudades, mientras persiste la insuficiencia de equipos básicos en las zonas rurales. El mismo estudio advierte que, sin incentivos específicos para la permanencia en zonas rurales y sin una política de rotación ordenada, la retención del Talento Humano en Salud continúa siendo un reto no resuelto para el sistema, y que el cumplimiento de las metas de cobertura universal hacia 2030 dependerá de la capacidad del país para articular políticas de formación, contratación y retención con enfoque territorial.

Los datos del Observatorio de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social corroboran la existencia del marcado déficit de personal para los centros urbanos intermedios, el área rural y rural dispersa. En Colombia existe 1.029.365 personas catalogadas como *"Talento Humano en Salud disponible"*, de los cuales 260.930 están concentrados en la ciudad de Bogotá, eso quiere decir que 1 de cada 4 trabajadores de la salud. En orden descendente le sigue el departamento de Antioquia, donde se encuentran 133.239 trabajadores de la salud y el departamento del Valle del Cauca con 103.745 . Esto quiere decir que 1 de cada 2 trabajadores de la salud en Colombia se encuentran en Bogotá, Antioquia (Medellín) y Valle del Cauca (Cali), el otro 50% del personal se distribuye para los 30 departamentos del territorio nacional.[15]

Tabla 1: Ubicaciones geográficas de Colombia con el mayor y menor número de personas que integran el Talento Humano en Salud [14]

Departamento	Número de trabajadores de la salud disponible	Participación porcentual en el total de THS
Bogotá	260.930	25,39%
Antioquia	133.239	12,96%
Valle del Cauca	103.745	10%
Guainía	1.522	0,14%

[15] Cifras del Observatorio Nacional de Salud con corte Diciembre de 2025. https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx

Amazonas	1.475	0,14%
Vaupés	652	0,06%

El propio Ministerio de Salud y Protección Social reconoció esta problemática al adoptar, mediante la Resolución 1444 de 2025, la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035, orientada expresamente a fortalecer la fuerza laboral sanitaria y a mejorar la disponibilidad y distribución equitativa del personal. Sin embargo, una política de naturaleza administrativa, por definición, carece de la fuerza coercitiva y de la permanencia institucional que solo una ley de la República puede otorgar a los mecanismos de distribución territorial, priorización pública y ampliación de escenarios de práctica que aquí se proponen.

Por su parte, el Observatorio del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, en los últimos años, ha organizado datos a partir del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. Bajo el marco normativo de la Ley 1164 de 2007, el ReTHUS se define como el sistema oficial que inscribe, valida y autoriza el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud en todo el territorio nacional, garantizando el control ético-disciplinario en coordinación con los respectivos tribunales y cuerpos colegiados delegados. Es oportuno precisar, desde una perspectiva metodológica, que la información reportada por el ReTHUS y analizada por el OTHS representa el inventario, stock o disponibilidad potencial de profesionales con títulos idóneos y autorizados para ejercer en el país. Por consiguiente, estas cifras reflejan la fuerza laboral disponible en el mercado y no corresponden necesariamente a puestos de trabajo activos, vacantes estructuradas o personal efectivamente contratado en las redes de prestación de servicios de salud.

Para el año 2025, las proyecciones demográficas oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, ajustadas tras la actualización post-COVID-19 que incorporó la acentuada caída en las tasas de natalidad del país, estiman una

población nacional de 52.695.952 habitantes[16][17]. Paralelamente, los datos consolidados por el OTHS para la cohorte de 2025 registran un stock nacional de 138.131 médicos profesionales, 83.172 enfermeras profesionales y 363.479 auxiliares de enfermería autorizados para el ejercicio en el país[18]. A continuación, se presenta de manera detallada la distribución geográfica proyectada de estas tres categorías fundamentales de la fuerza laboral sanitaria por cada departamento del territorio colombiano, calculando su densidad respectiva y estableciendo la brecha cuantitativa frente a los estándares de la Organización Mundial de la Salud para lograr una cobertura sanitaria universal efectiva, fijada en 44,5 profesionales de la medicina y la enfermería profesional combinados por cada 10.000 habitantes[19] [20].

Departamento / Entidad	Población Proyectada (2025)	Médicos Registrados	Enfermeros Profesionales	Enfermeros Auxiliares	Densidad Médica (por 10k / por 1k)	Densidad Enfermería Prof. (por 10k / por 1k)	Densidad Combinada (M + E)	Brecha vs. Meta OMS (44,5 / 10k)
Bogotá, D.C.	7.935.000	36.115	21.827	78.589	45,51 / 4,55	27,51 / 2,75	73,02	+28,52 (Superávit)
Antioquia	6.895.000	21.200	12.800	54.200	30,75 / 3,08	18,56 / 1,86	49,31	+4,81 (Superávit)
Valle del Cauca	4.625.000	14.100	8.500	36.400	30,49 / 3,05	18,38 / 1,84	48,87	+4,37 (Superávit)
Cundinamarca	3.480.000	4.400	2.650	13.800	12,64 / 1,26	7,61 / 0,76	20,25	−24,25 (Déficit)

[16] Proyecciones de población - DANE, https://www.dane.gov.co/index.php/component/content/category/138-espanol/16-demograficas/29-proyecciones-de-poblacion?Itemid=5039

[17] DIRECCIÓN DE CENSOS Y DEMOGRAFÍA - DANE, https://www.dane.gov.co/files/censo2018/proyecciones-de-poblacion/Nacional/NotaTecnica-PPED-jul2025.pdf

[18] Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional - ACHC | Revista Hospitalaria del sector salud, https://revistahospitalaria.org/enportada/escasez-y-rotacion-de-personal-sanitario-en-colombia-un-analisis-institucional/

[19] Conferencia - Lineamientos, Políticas y Contratación del Talento Humano en Salud - consultorsalud, https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2024/02/7.-Jesus-Albrey-Gonzalez-Seminario-Nacional-de-Aspirantes-a-Gerentes-de-ESE-2024-CONSULTORSALUD-1000sillas.pdf

[20] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

Atlántico	2.835.000	9.150	5.500	23.500	32,27 / 3,23	19,40 / 1,94	51,67	+7,17 (Superávit)
Santander	2.320.000	7.300	4.400	19.200	31,47 / 3,15	18,97 / 1,90	50,44	+5,94 (Superávit)
Bolívar	2.245.000	4.500	2.700	12.600	20,04 / 2,00	12,03 / 1,20	32,07	−12,43 (Déficit)
Córdoba	1.865.000	2.900	1.750	11.400	15,55 / 1,56	9,38 / 0,94	24,93	−19,57 (Déficit)
Nariño	1.695.000	2.800	1.680	10.200	16,52 / 1,65	9,91 / 0,99	26,43	−18,07 (Déficit)
Norte de Santander	1.640.000	3.100	1.850	11.100	18,90 / 1,89	11,28 / 1,13	30,18	−14,32 (Déficit)
Cauca	1.535.000	1.750	1.050	8.400	11,40 / 1,14	6,84 / 0,68	18,24	−26,26 (Déficit)
Magdalena	1.485.000	2.350	1.400	8.700	15,82 / 1,58	9,43 / 0,94	25,25	−19,25 (Déficit)
Tolima	1.365.000	2.650	1.600	9.100	19,41 / 1,94	11,72 / 1,17	31,13	−13,37 (Déficit)
Cesar	1.345.000	2.200	1.320	8.100	16,36 / 1,64	9,81 / 0,98	26,17	−18,33 (Déficit)
Boyacá	1.275.000	2.550	1.530	8.900	20,00 / 2,00	12,00 / 1,20	32,00	−12,50 (Déficit)
Huila	1.155.000	2.000	1.200	7.300	17,32 / 1,73	10,39 / 1,04	27,71	−16,79 (Déficit)
Meta	1.085.000	1.950	1.170	6.800	17,97 / 1,80	10,78 / 1,08	28,75	−15,75 (Déficit)
Caldas	1.035.000	2.150	1.290	7.100	20,77 / 2,08	12,46 / 1,25	33,23	−11,27 (Déficit)
La Guajira	1.025.000	1.100	660	4.200	10,73 / 1,07	6,44 / 0,64	17,17	−27,33 (Déficit)
Risaralda	985.000	2.400	1.440	6.700	24,37 / 2,44	14,62 / 1,46	38,99	−5,51 (Déficit)

Sucre	975.000	1.350	810	5.100	13,85 / 1,39	8,31 / 0,83	22,16	−22,34 (Déficit)
Quindío	565.000	1.250	750	4.000	22,12 / 2,21	13,27 / 1,33	35,39	−9,11 (Déficit)
Chocó	555.000	510	310	2.300	9,19 / 0,92	5,59 / 0,56	14,78	−29,72 (Déficit)
Casanare	445.000	680	410	2.200	15,28 / 1,53	9,21 / 0,92	24,49	−20,01 (Déficit)
Caquetá	425.000	590	350	2.100	13,88 / 1,39	8,24 / 0,82	22,12	−22,38 (Déficit)
Putumayo	375.000	420	250	1.600	11,20 / 1,12	6,67 / 0,67	17,87	−26,63 (Déficit)
Arauca	305.000	380	230	1.350	12,46 / 1,25	7,54 / 0,75	20,00	−24,50 (Déficit)
Vichada	121.000	105	63	390	8,68 / 0,87	5,21 / 0,52	13,89	−30,61 (Déficit)
Guaviare	92.000	110	65	410	11,96 / 1,20	7,07 / 0,71	19,03	−25,47 (Déficit)
Amazonas	81.000	95	57	360	11,73 / 1,17	7,04 / 0,70	18,77	−25,73 (Déficit)
San Andrés	64.000	120	72	420	18,75 / 1,88	11,25 / 1,13	30,00	−14,50 (Déficit)
Guainía	54.000	51	31	190	9,44 / 0,94	5,74 / 0,57	15,18	−29,32 (Déficit)
Vaupés	47.000	45	27	170	9,57 / 0,96	5,74 / 0,57	15,31	−29,19 (Déficit)
TOTAL NACIONAL	**52.695.952**	**138.131**	**83.172**	**363.479**	26,21 **/** 2,62	15,78 **/** 1,58	41,99	−2,51 **(Déficit)**

Al profundizar en la dimensión analítica de estas cifras y estructurar un análisis comparativo riguroso, resulta imperativo examinar la equivalencia matemática y la relevancia epidemiológica de calcular la disponibilidad de profesionales bajo dos denominadores distintos: por cada 10.000 habitantes frente a la razón por cada 1.000

habitantes. El uso de la tasa por cada 10.000 habitantes es el estándar técnico por excelencia de organismos multilaterales como la OMS para evaluar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente el indicador 3.c.1 de densidad y distribución de los trabajadores de la salud[21][22]. Por el contrario, la razón expresada por cada 1.000 habitantes se emplea habitualmente en análisis de carácter macroeconómico y comparativas de desarrollo general entre países[23]. Matemáticamente, la conversión entre ambas métricas obedece a una relación lineal de factor diez, la cual puede modelarse mediante la ecuación:

$$\rho_{1k} = \frac{\rho_{10k}}{10}$$

Donde ρ_{1k} representa la densidad de profesionales por cada 1.000 habitantes y ρ_{10k} la correspondiente a cada 10.000 habitantes. A nivel nacional agregado, la cohorte 2025 de Colombia presenta una densidad de médicos de 26,21 por cada 10.000 habitantes, que equivale exactamente a 2,62 médicos por cada 1.000 habitantes[24]. En el caso de la enfermería profesional, la tasa es de 15,78 por cada 10.000 habitantes, correspondiendo a 1,58 profesionales por cada 1.000 habitantes[25]. La densidad agregada de la fuerza laboral profesional (médicos y enfermeros universitarios combinados) se sitúa en 41,99 por cada 10.000 habitantes (4,20 por cada 1.000 habitantes). Al contrastar esta cifra con el umbral mínimo recomendado por la OMS de 44,5 profesionales por 10.000 habitantes (4,45 por 1.000) para garantizar servicios esenciales de salud, se constata que Colombia,

[21] Densidad de médicos (por 10 000 habitantes) - WHO Data, https://data.who.int/es/indicators/i/CCCEBB2/217795A

[22] Ficha Técnica - Los ODS en América Latina y el Caribe: Centro de gestión del conocimiento estadístico, https://agenda2030lac.org/estadisticas/technical-sheet.html?lang=es&indicator_id=4088

[23] Médicos (por cada 1.000 personas) - datos del Banco Mundial, https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS

[24] Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional - ACHC | Revista Hospitalaria del sector salud, https://revistahospitalaria.org/enportada/escasez-y-rotacion-de-personal-sanitario-en-colombia-un-analisis-institucional/

[25] Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional - ACHC | Revista Hospitalaria del sector salud, https://revistahospitalaria.org/enportada/escasez-y-rotacion-de-personal-sanitario-en-colombia-un-analisis-institucional/

en términos promedio nacionales, exhibe un déficit estructural de -2,51 profesionales por cada 10.000 habitantes (o -0,25 por cada 1.000 habitantes)[26] [27].

No obstante, al analizar los promedios nacionales se evidencia una fragmentación demográfica dentro del territorio nacional. Al desagregar el comportamiento comparativo, se evidencian asimetrías de distribución extremas entre las regiones andina y caribe centralizadas y las zonas periféricas del país. Únicamente cinco entidades territoriales (Bogotá D.C., Atlántico, Santander, Antioquia y Valle del Cauca) superan de manera significativa la meta de la OMS[28]. El Distrito Capital lidera con un amplio superávit, alcanzando una densidad combinada de 73,02 profesionales por 10.000 habitantes (7,30 por 1.000), impulsado por su condición de nodo político, financiero y académico del país [cite: 20]. Atlántico (51,67), Santander (50,44), Antioquia (49,31) y Valle del Cauca (48,87) también muestran indicadores favorables sostenidos por la alta concentración de prestadores de servicios de alta complejidad y de centros universitarios de formación avanzada[29][30].

Por el contrario, los restantes 28 departamentos de Colombia se encuentran sumidos en un déficit estructural crónico[31]. La escasez absoluta es alarmante en departamentos de la periferia geográfica, como Vichada (13,89 profesionales por 10.000 habitantes, o 1,39 por 1.000), Chocó (14,78 o 1,48), Guainía (15,18 o 1,52), Vaupés (15,31 o 1,53), La Guajira (17,17 o 1,72) y Putumayo (17,87 o 1,79). En estas regiones, la densidad agregada ni siquiera alcanza el histórico umbral de la OMS de 23 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes, lo cual define a estos territorios como zonas de

[26] Conferencia - Lineamientos, Políticas y Contratación del Talento Humano en Salud - consultorsalud, https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2024/02/7.-Jesus-Albrey-Gonzalez-Seminario-Nacional-de-Aspirantes-a-Gerentes-de-ESE-2024-CONSULTORSALUD-1000sillas.pdf

[27] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

[28] Conferencia - Lineamientos, Políticas y Contratación del Talento Humano en Salud - consultorsalud, https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2024/02/7.-Jesus-Albrey-Gonzalez-Seminario-Nacional-de-Aspirantes-a-Gerentes-de-ESE-2024-CONSULTORSALUD-1000sillas.pdf

[29] Ley 1164 de 2007 - Gestor Normativo - Función Pública, https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=26903

[30] Introducción El análisis del Talento Humano en Salud constituye un componente estratégico para la planeación, gestión y for, https://saluddecaldas.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=7509

[31] Desafíos en recursos humanos para implementar las funciones esenciales en salud pública en Colombia, 2023, https://www.scielosp.org/article/rpsp/2025.v49/e74/es/

extrema exclusión y vulnerabilidad sanitaria. Este fenómeno demuestra que el mercado laboral de la salud en Colombia opera bajo lógicas de concentración urbana y regional, donde el talento humano tiende a radicarse en municipios con mayor desarrollo socioeconómico, dejando a las poblaciones rurales y dispersas con una oferta asistencial mínima[32] [33] [34].

Esta inequidad espacial adquiere una gravedad aún mayor cuando se analiza la composición cualitativa de la fuerza laboral en la disciplina de enfermería[35] [36]. En los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, la relación promedio es de 2,5 enfermeros profesionales por cada médico, lo que permite un modelo de atención integral, preventivo y enfocado en la gestión del cuidado continuo[37]. En Colombia, esta relación se encuentra totalmente invertida: para la cohorte 2025, el ratio es de apenas 0,60 enfermeros profesionales por cada médico, situando al país en una situación de inferioridad frente al promedio de la OCDE y exponiendo una debilidad estructural en los equipos de enfermería[38].

Para amortiguar esta brecha, el sistema sanitario colombiano ha dependido históricamente de una masiva inserción de técnicos laborales en auxiliares de enfermería, cuyo stock disponible alcanza los 362.479 registros, equivalente a una

[32] Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional - ACHC | Revista Hospitalaria del sector salud, https://revistahospitalaria.org/enportada/escasez-y-rotacion-de-personal-sanitario-en-colombia-un-analisis-institucional/
[33] Introducción El análisis del Talento Humano en Salud constituye un componente estratégico para la planeación, gestión y for, https://saluddecaldas.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=7509
[34] Desafíos en recursos humanos para implementar las funciones esenciales en salud pública en Colombia, 2023, https://www.scielosp.org/article/rpsp/2025.v49/e74/es/
[35] Menos de 6 enfermeros por cada 10.000 habitantes: la crisis silenciosa del cuidado, https://consultorsalud.com/menos-de-6-enfermeros-crisis-silenciosa-cuidado/
[36] Colombia, en alerta por talento humano: OCDE 2025 evidencia rezago en médicos, enfermeras y farmacéuticos - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-en-alerta-por-talento-humano-ocde-2025/
[37] Colombia, en alerta por talento humano: OCDE 2025 evidencia rezago en médicos, enfermeras y farmacéuticos - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-en-alerta-por-talento-humano-ocde-2025/
[38] Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional - ACHC | Revista Hospitalaria del sector salud, https://revistahospitalaria.org/enportada/escasez-y-rotacion-de-personal-sanitario-en-colombia-un-analisis-institucional/

densidad de 68,98 auxiliares por cada 10.000 habitantes (6,90 por cada 1.000)[39]. Por consiguiente, por cada enfermero profesional con título universitario existen 4,37 auxiliares de enfermería. Esta composición obedece a una estrategia corporativa de reducción de costos operativos en los prestadores de servicios de salud, que prefieren contratar personal técnico de menor costo en lugar de profesionales universitarios[40] [41]. Aunque el personal auxiliar es vital para la operatividad asistencial, su alta proporción limita la capacidad resolutiva y de supervisión clínica avanzada en los servicios de atención primaria, sobrecargando administrativamente al reducido número de enfermeros profesionales disponibles[42] [43].

A esta problemática se suma la profunda concentración de médicos especialistas y la escasez crítica de profesionales formados en especialidades básicas e integrales como la medicina familiar y comunitaria[44]. Para 2024, el país contaba con apenas 1.128 especialistas en medicina familiar registrados en el ReTHUS, lo que representa una tasa insignificante de 2,13 por cada 100.000 habitantes frente a un universo de casi 48.000 especialistas médicos[45]. El desarrollo de equipos multidisciplinarios de atención primaria (especialmente en el componente primario y extramural como los Equipos Básicos de Salud) se ve gravemente obstaculizado por esta asimetría de perfiles[46]. En departamentos con alta ruralidad dispersa, el ReTHUS evidencia que la mayor

[39] Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional - ACHC | Revista Hospitalaria del sector salud, https://revistahospitalaria.org/enportada/escasez-y-rotacion-de-personal-sanitario-en-colombia-un-analisis-institucional/

[40] Escasez y rotación de personal sanitario en Colombia: un análisis institucional - ACHC | Revista Hospitalaria del sector salud, https://revistahospitalaria.org/enportada/escasez-y-rotacion-de-personal-sanitario-en-colombia-un-analisis-institucional/

[41] Inscripción RETHUS Enfermería Profesional 2026 — OCE, Pasos, Costo | S - SaludJobs, https://saludjobs.com/rethus/inscripcion/enfermeria/

[42] Introducción El análisis del Talento Humano en Salud constituye un componente estratégico para la planeación, gestión y for, https://saluddecaldas.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=7509

[43] Menos de 6 enfermeros por cada 10.000 habitantes: la crisis silenciosa del cuidado, https://consultorsalud.com/menos-de-6-enfermeros-crisis-silenciosa-cuidado/

[44] Indicadores básicos para el seguimiento del talento humano en salud - SISPRO, https://www.sispro.gov.co/observatorios/oniea/indicadores/Paginas/IndicadoresBasicos.aspx

[45] Expanding family medicine in Latin America: health system drivers, workforce trends, and policy priorities for strengthening Primary Health Care - Frontiers, https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2026.1870793/full

[46] Resolución 2626 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social - Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=169057

proporción de profesionales registrados corresponde a psicólogos o técnicos asistenciales locales, lo que genera una desconexión entre la oferta formativa y las necesidades predictivas y preventivas del modelo de salud territorializado[47][48].

La escasez de personal se acentúa al analizar la distribución de profesionales en otras disciplinas indispensables para la seguridad del paciente, como la química farmacéutica, donde Colombia ocupa la penúltima posición de su grupo de comparación internacional, lo que debilita el seguimiento de tratamientos farmacológicos y la prevención de eventos adversos en el primer nivel de atención[49].

Este panorama de insuficiencia cuantitativa se ve agravado por desequilibrios cualitativos en la composición de la fuerza de trabajo. Un indicador crítico es la relación entre el personal médico y de enfermería. En Colombia, la proporción es de un médico por cada 0.65 enfermeros profesionales, una estructura que contradice los estándares internacionales y que resulta insuficiente para la correcta operación de la Atención Primaria en Salud, la cual requiere una relación inversa de un médico por cada dos o tres enfermeros para el desarrollo de actividades extramurales, educativas y de cuidado comunitario[50].

Asimismo, la densidad médica general del país, estimada en aproximadamente 2.2 a 2.44 médicos por cada 1,000 habitantes, sitúa a Colombia en una posición de rezago frente a otros sistemas de salud de la región y del mundo, limitando la oportunidad y la continuidad del cuidado clínico[51] [52].

---

[47] Introducción El análisis del Talento Humano en Salud constituye un componente estratégico para la planeación, gestión y for, https://saluddecaldas.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=7509

[48] Desafíos en recursos humanos para implementar las funciones esenciales en salud pública en Colombia, 2023, https://www.scielosp.org/article/rpsp/2025.v49/e74/es/

[49] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

[50] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php

[51] Especialidades médicas con más futuro: quién falta, quién sobra y cómo lo cambiará todo la inteligencia artificial - CardioTeca, https://www.cardioteca.com/cardiologia-clinica/8081-especialidades-medicas-con-mas-futuro-quien-falta-quien-sobra-y-como-lo-cambiara-todo-la-inteligencia-artificial.html

[52] SALUD, SISTEMA DE SALUD Y EDUCACIÓN MÉDICA Reflexiones desde Ascofame 1. Densidad, suficiencia y distribución regional de los, https://ascofame.org.co/web/Comunicados/20240226_Salud_sistema_de_salud.pdf

Tabla 2: Comparativo Internacional de Densidad Médica y Estándares de Personal[53] [54] [55] [56].

País / Estándar de Referencia	Médicos por cada 1,000 Habitantes	Relación Médicos a Enfermeros Profesionales	Diagnóstico Sectorial y Capacidad Operativa
España	6.3	Alta densidad de enfermería	Alta capacidad instalada y cobertura de geriatría y medicina familiar.
Argentina	4.0	Densidad moderada	Concentración urbana; déficit en el interior del país.
Chile	2.8	Desbalanceada	Déficit severo de psiquiatría y anestesiología en el sector público.

[53] Especialidades médicas con más futuro: quién falta, quién sobra y cómo lo cambiará todo la inteligencia artificial - CardioTeca, https://www.cardioteca.com/cardiologia-clinica/8081-especialidades-medicas-con-mas-futuro-quien-falta-quien-sobra-y-como-lo-cambiara-todo-la-inteligencia-artificial.html

[54] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

[55] SALUD, SISTEMA DE SALUD Y EDUCACIÓN MÉDICA Reflexiones desde Ascofame 1. Densidad, suficiencia y distribución regional de los, https://ascofame.org.co/web/Comunicados/20240226_Salud_sistema_de_salud.pdf

[56] ¿Qué es y cómo funciona el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)? - YouTube, https://www.youtube.com/watch?v=NbSVcnX0SZI

México	2.7	Insuficiente	Escasez crítica en traumatología, anestesiología y cirugía general.
Brasil	2.3	Deficitaria en áreas rurales	Déficit estructural de equipos de salud familiar en el SUS rural.
Colombia (Registro Actual)	2.2 a 2.44	1 : 0.65	Densidad general deficiente; severo desbalance para modelos preventivos.
Estándar Sugerido (OMS / OCDE)	> 3.0	1 : 2.0 a 1 : 3.0	Umbral necesario para la sostenibilidad de redes integradas de salud.

En el ámbito de la medicina especializada, la escasez adquiere dimensiones críticas, disponiéndose de tan solo 1 a 1.5 médicos especialistas por cada 1,000 habitantes[57] [58]. Las proyecciones epidemiológicas indican que para el año 2030 la oferta potencial de

[57] Actualmente en Colombia solo hay un médico especialista por cada 1.000 habitantes, https://www.larepublica.co/economia/actualmente-en-colombia-solo-hay-un-medico-especialista-por-cada-1-000-habitantes-3609487

[58] Déficit: solo hay 1,5 especialistas por cada mil habitantes - El Colombiano, https://www.elcolombiano.com/colombia/deficit-solo-hay-15-especialistas-por-cada-mil-habitantes-FD21331958

especialistas se situará entre 35,000 y 38,000 profesionales[59]. No obstante, esta estimación resulta insuficiente frente a una demanda que crece de forma exponencial debido al envejecimiento de la población y a la transición epidemiológica hacia patologías crónicas no transmisibles[60] [61].

La escasez es percibida de manera directa por las instituciones; de hecho, el 55.6% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud medianas y de alta complejidad reportan de manera persistente que sus plantas de especialistas médicos se encuentran incompletas[62].

Esta escasez se traduce en prolongados tiempos de espera para la asignación de citas clínicas[63] [64]. Con el número actual de internistas, por ejemplo, los 25 millones de colombianos que se encuentran en riesgo de sufrir patologías crónicas o cardiovasculares se enfrentan a un tiempo de espera de entre cuatro y seis meses para acceder a una valoración especializada de primera vez, lo que dilata el inicio de terapias oportunas y eleva la morbilidad evitable[65].

2.2 Déficit de talento humano y número de egresados por año en las carreras de ciencias

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) recomienda que los países deben contar con 39 médicos por cada 10.000 habitantes y 92 enfermeras

---

[59] Estimación de oferta de médicos especialistas en Colombia 1950-2030 Anexo metodológico Dirección de Epidemiología y Demogra - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/estimacion-cantidad-especialistas-medicas-septiembre-2018.pdf

[60] Política Nacional de Talento Humano en Salud - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf

[61] ¿Qué es y cómo funciona el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)? - YouTube, https://www.youtube.com/watch?v=NbSVcnX0SZI

[62] Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 - 2030 - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf

[63] Actualmente en Colombia solo hay un médico especialista por cada 1.000 habitantes, https://www.larepublica.co/economia/actualmente-en-colombia-solo-hay-un-medico-especialista-por-cada-1-000-habitantes-3609487

[64] Déficit: solo hay 1,5 especialistas por cada mil habitantes - El Colombiano, https://www.elcolombiano.com/colombia/deficit-solo-hay-15-especialistas-por-cada-mil-habitantes-FD21331958

[65] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php

por cada 10.000 habitantes. Lamentablemente, Colombia se encuentra lejos de alcanzar dichas cifras al contar con 25 médicos por cada 10.000 habitantes y 16 enfermeras por cada 10.000 habitantes, siendo este último uno de los déficit más severos del talento humano en salud[66].

En el año 2025, en Colombia se graduaron 8.540 médicos y 3.762 enfermeros[67], mientras que el déficit absoluto de profesionales de medicina es de 67.398 y en enfermería de 401.649. Teniendo en cuenta lo anterior, el número de graduados por año en estas y otras profesionales de la salud no llega a cubrir las necesidades para diferentes departamentos en el país. La problemática se acentúa en departamentos cómo La Guajira, Casanare, Caquetá, Putumayo, Arauca, Vichada, Guaviare, Amazonas, San Andrés, Guainía y Vaupés donde no cuentan con instituciones de educación superior que ofrezcan estos programas o que aún no gradúan a la primera cohorte de los mismos, dependiendo exclusivamente de los profesionales graduados en otros departamentos que se lleguen a movilizar hacia estos lugares.

A continuación se retoma la brecha estadística de talento humano en salud por departamento, contrastada con el número de graduados en medicina y enfermería en cada uno. Consecuentemente se obtiene un análisis de la representación porcentual del número de graduados con respecto al déficit de talento humano y un estimado del número de cohortes requeridas para que un departamento pueda satisfacer sus necesidades de trabajadores de la salud (es un estimado, no tiene en cuenta variables externas como: porcentaje efectivo de inserción laboral de nuevos egresados, jubilación, retiro o muerte de profesionales en ejercicio, etc)

[66] Panorama de la salud en Colombia. 2025. OCDE. https://www.oecd.org/es/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025-country-notes_2f94481e/colombia_10cda4ee.html

[67] Estudiantes graduados de instituciones de educación superior en Colombia. Año 2025. Ministerio de Educación Nacional https://snies.mineducacion.gov.co/portal/ESTADISTICAS/Bases-consolidadas/

Departamento	Brecha de talento humano en salud con respecto al estándar de la OMS de 44,5 enfermeras + médicos por cada 10.000 habitantes	Egresados de medicina en el año 2025	Egresados de enfermería en el año 2025	Cohortes completas necesarias para el cierre del déficit Medicina	Cohortes completas necesarias para el cierre del déficit Enfermería
Bogotá, D.C.	+28,52 (Superávit)	2125	691	Sin déficit	74
Antioquia	+4,81 (Superávit)	908	228	6	222
Valle del Cauca	+4,37 (Superávit)	957	436	4	78
Cundinamarca	-24,25 (Déficit)	177	93	52	316
Atlántico	+7,17 (Superávit)	1179	391	2	53
Santander	+5,94 (Superávit)	393	313	4	54
Bolívar	-12,43 (Déficit)	485	172	9	104
Córdoba	-19,57 (Déficit)	277	177	16	87
Nariño	-18,07 (Déficit)	362	148	11	94
Norte de Santander	-14,32 (Déficit)	210	148	16	89
Cauca	-26,26 (Déficit)	63	41	67	319
Magdalena	-19,25 (Déficit)	247	166	14	74
Tolima	-13,37 (Déficit)	71	32	38	342
Cesar	-18,33 (Déficit)	86	58	35	191
Boyacá	-12,50 (Déficit)	170	31	14	329
Huila	-16,79 (Déficit)	189	35	13	269
Meta	-15,75 (Déficit)	127	101	18	87
Caldas	-11,27 (Déficit)	141	123	13	67
La Guajira	-27,33 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales

Risaralda	-5,51 (Déficit)	202	284	7	27
Sucre	-22,34 (Déficit)	60	29	41	281
Quindío	-9,11 (Déficit)	111	37	9	120
Chocó	-29,72 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
Casanare	-20,01 (Déficit)	0	28	Sin graduados locales	132
Caquetá	-22,38 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
Putumayo	-26,63 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
Arauca	-24,50 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
Vichada	-30,61 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
Guaviare	-25,47 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
Amazonas	-25,73 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
San Andrés	-14,50 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
Guainía	-29,32 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
Vaupés	-29,19 (Déficit)	0	0	Sin graduados locales	Sin graduados locales
NACIONAL	-2,51 (Déficit)	8540	3762	8	107

2.3. Los escenarios de práctica formativa

Los departamentos con el déficit más acentuado de talento humano en salud no cuentan con profesionales graduados localmente, sin embargo, en los departamentos con instituciones de educación superior de donde egresan profesionales de la salud cuentan con factores que perpetúan el déficit descrito como lo es la escasez de escenarios de práctica formativa disponibles para los programas de pregrado y posgrado del área de la salud. El Decreto 2376 de 2010 sujeta la habilitación de nuevos cupos de práctica a la existencia de convenios docencia-servicio previamente concertados y avalados por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, esquema que, en la práctica, ha favorecido a las instituciones de educación superior con mayor capacidad de negociación frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en detrimento de las instituciones públicas, que forman la mayor proporción de estudiantes

provenientes de las regiones con mayor déficit de talento humano. La ampliación de la oferta de cupos, unida a la priorización explícita de las instituciones públicas y del SENA, busca corregir esta asimetría y garantizar que la expansión de la capacidad formativa se traduzca en un aumento efectivo del personal disponible en los territorios históricamente desatendidos.

Esta problemática ha sido objeto de diagnóstico técnico oficial por parte del propio Gobierno Nacional. En noviembre de 2025, la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (CITHS), con la participación del Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, y el acompañamiento técnico de la Universidad Nacional de Colombia, adoptó el Plan Nacional para el Fortalecimiento y Ampliación del Número de Escenarios y Cupos de Práctica para Programas de Educación Superior del Área de la Salud, junto con la actualización de los Lineamientos de Referencia para la Asignación de Cupos de Estudiantes en Prácticas Simultánea en Escenarios de Práctica Clínicos[68].

El análisis de la base de datos de escenarios de práctica realizado en el marco de dicho Plan confirma, desde una perspectiva distinta pero convergente con las cifras ya expuestas sobre la distribución del Talento Humano en Salud, la profundidad de la inequidad territorial: solamente en Bogotá, Valle del Cauca, Santander y Atlántico se concentra el 47,6% del total de 1.132 escenarios de práctica clínicos con concepto de favorabilidad de la CITHS, mientras que en los departamentos de Vaupés, Putumayo, San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía y Arauca no se reporta un solo escenario de práctica con dicho concepto[69]. A esto se suma que únicamente el 23,2% de los escenarios favorables ofrece exclusivamente servicios de baja complejidad, y que el 64,4% de la totalidad de estos escenarios es de carácter privado[70], lo que corrobora,

[68] Lineamientos de Referencia para la Asignación de Cupos de Estudiantes en Prácticas Simultánea en Escenarios de Práctica Clínicos - Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (CITHS), Ministerio de Salud y Protección Social, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-referencia-asignacion-cupos-estudiantes-practicas-simultanea-practica-clinicos.pdf

[69] Plan Nacional para el Fortalecimiento y Ampliación del Número de Escenarios y Cupos de Práctica para Programas de Educación Superior del Área de la Salud. Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (CITHS), Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, noviembre de 2025. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/plan-nacional-fortalecimiento-ampliacion-cupos-practica-programas-salud.pdf

[70] Ibíd. Página 10.

desde la evidencia oficial más reciente, el riesgo estructural de desplazamiento de las IES públicas advertido en el párrafo anterior.

Adicionalmente, la ampliación de escenarios de práctica no clínicos —institucionales y no institucionales— responde a la necesidad de fortalecer la formación con enfoque de Atención Primaria en Salud, estrategia que tanto el Índice Nacional de Salud 2025 como el informe de la OPS identifican como determinante para reducir la mortalidad materno-infantil y las enfermedades crónicas no transmisibles, principales causas de carga de morbimortalidad evitable en el país.

2.4. Retención y equidad territorial

La distribución geográfica del talento humano en salud en Colombia devela una profunda centralización que reproduce las brechas de desarrollo socioeconómico de las regiones[71] [72]. La inscripción en el ReTHUS y los aportes a la seguridad social evidencian que el 68% de los profesionales de la salud activos cotizan en Bogotá (41%), Antioquia (15%) y Valle del Cauca (12%), dejando a los restantes 29 departamentos en un escenario de desabastecimiento estructural[73]. Los profesionales de la medicina general y especializada se concentran de manera desproporcionada en la región Andina y Central del país, siguiendo los patrones de urbanización y la densidad de clínicas privadas de alta complejidad[74].

Esta asimetría territorial tiene su origen directo en la centralización del sistema de educación superior[75] [76]. De las 63 facultades de medicina activas en Colombia, solo 39

[71] Inequidad en la distribución del talento humano en salud: un análisis de los médicos especialistas y médicos generales por departamento en Colombia a partir del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) - Perfiles y Capacidades, https://perfilesycapacidades.javeriana.edu.co/es/publications/inequidad-en-la-distribuci%C3%B3n-del-talento-humano-en-salud-un-an%C3%A1li/

[72] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php

[73] Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf

[74] Inequidad en la distribución del talento humano en salud: un análisis de los médicos especialistas y médicos generales por departamento en Colombia a partir del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) - Perfiles y Capacidades, https://perfilesycapacidades.javeriana.edu.co/es/publications/inequidad-en-la-distribuci%C3%B3n-del-talento-humano-en-salud-un-an%C3%A1li/

[75] Brechas en mercado laboral de la salud en Colombia - OPS 202 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/ops-brechas-mercado-laboral-de-la-salud/

[76] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php

de ellas ofrecen programas de especialidades médico-quirúrgicas[77]. Estas instituciones de formación se localizan de manera casi exclusiva en áreas urbanas con poblaciones que superan los 500,000 habitantes[78]. Este diseño educativo con enfoque metropolitano desvincula la formación médica de las realidades de la ruralidad dispersa y de las particularidades de los perfiles de morbimortalidad locales[79].

La escasez de oferta educativa descentralizada y la ausencia de rotaciones obligatorias en el primer nivel de atención de zonas alejadas limitan la capacidad de respuesta local[80]. Los profesionales formados en entornos de alta tecnología médica tienden a establecer sus proyectos de vida familiares y profesionales en las grandes capitales, careciendo de incentivos para retornar a sus municipios de origen[81].

La consecuencia directa de esta distorsión es una brecha extrema en el acceso y la capacidad resolutiva del sistema de salud en los territorios rurales y dispersos[82] [83] [84]. Departamentos periféricos como Vaupés, Guainía y Amazonas registran densidades de profesionales drásticamente inferiores al promedio nacional, lo que dificulta la conformación estable de equipos básicos de salud[85].

---

[77] SALUD, SISTEMA DE SALUD Y EDUCACIÓN MÉDICA Reflexiones desde Ascofame 1. Densidad, suficiencia y distribución regional de los, https://ascofame.org.co/web/Comunicados/20240226_Salud_sistema_de_salud.pdf

[78] Brechas en mercado laboral de la salud en Colombia - OPS 202 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/ops-brechas-mercado-laboral-de-la-salud/

[79] 1. Actualización de la política de Talento Humano en Salud, https://paho.org/sites/default/files/2-ministerio-de-salud-actualizacion-de-la-politica-de-talento-humano-en-salud_0.pdf

[80] Brechas en mercado laboral de la salud en Colombia - OPS 202 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/ops-brechas-mercado-laboral-de-la-salud/

[81] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php

[82] Barreras de acceso y efectos en la atención en salud a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia - Repositorio Institucional UNAD, https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/77839/lacabrerave.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[83] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

[84] Brechas en mercado laboral de la salud en Colombia - OPS 202 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/ops-brechas-mercado-laboral-de-la-salud/

[85] Brechas en mercado laboral de la salud en Colombia - OPS 202 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/ops-brechas-mercado-laboral-de-la-salud/

La escasez no se limita al talento humano; es la manifestación de un rezago estructural en infraestructura física y en determinantes sociales de la salud[86] [87].

Tabla 3: Brechas de Acceso, Infraestructura y Determinantes Sociales en Salud[88] [89] [90] [91] [92]

Parámetro de Capacidad Instalada	**Zonas Urbanas / Principales Capitales**	**Zonas Rurales y Periféricas**	**Consecuencia en Salud Pública**
Distribución de Especialistas Médicos	Concentración del 72% del personal	10% (1 de cada 10) disponible en la ruralidad	Tiempos de espera críticos; barreras geográficas insalvables
Cobertura y disponibilidad de sedes IPS	90.3% del total (18,364 sedes físicas)	9.7% del total (1,964 sedes rurales)	El 56% de municipios no tiene acceso rural real a servicios.
Dependencia de la Oferta Pública	Red mixta con alta participación privada	953 municipios dependen solo de hospitales públicos	Vulnerabilidad ante crisis financieras de las ESE del Estado.

[86] Barreras de acceso y efectos en la atención en salud a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia - Repositorio Institucional UNAD, https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/77839/lacabrerave.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[87] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

[88] Actualmente en Colombia solo hay un médico especialista por cada 1.000 habitantes, https://www.larepublica.co/economia/actualmente-en-colombia-solo-hay-un-medico-especialista-por-cada-1-000-habitantes-3609487

[89] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php

[90] Barreras de acceso y efectos en la atención en salud a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia - Repositorio Institucional UNAD, https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/77839/lacabrerave.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[91] Colombia queda rezagada en talento humano y capacidad hospitalaria - Resultados del Índice Nacional de Salud 2025 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/colombia-talento-humano-capacidad-hospitalaria/

[92] Plan Nacional de Salud Rural - Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz, https://portalparalapaz.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/Archivo-Digital-08-Plan-Nacional-de-Salud.pdf

Calidad de Servicios Básicos (OECD)	Coberturas superiores con gestión segura	Acueducto: 11 puntos; Alcantarillado: 15 puntos	Elevado riesgo de morbilidad por enfermedades diarreicas agudas
Repetición de procesos diagnósticos	Menor pérdida de información clínica	45% de los usuarios repite exámenes por falta de datos.	Ineficiencia en el gasto, demoras en atención y reprocesos.

Este rezago estructural propicia disparidades graves en indicadores de salud pública materno-infantil[93]. La tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años sigue siendo drásticamente más elevada en el sector rural disperso que en el urbano, evidenciando una brecha de inequidad que no logra cerrarse a pesar de los avances en la cobertura universal de afiliación al sistema de aseguramiento[94].

La sola ampliación de la oferta formativa resulta insuficiente si no se acompaña de medidas de retención. El informe de la OPS advierte expresamente que, sin incentivos diferenciados y sin política de rotación, la disponibilidad de personal en zonas rurales seguirá siendo precaria, pues la rotación permanente incrementa los sobrecostos operativos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los riesgos de discontinuidad en la prestación de servicios básicos. Por ello, el artículo 4 del proyecto complementa el componente formativo con un componente de estabilidad laboral, que incluye estímulos económicos, acceso preferencial a formación posgradual y reconocimiento de experiencia para quienes ejerzan en zonas de difícil acceso, en línea con las recomendaciones técnicas identificadas por los organismos citados.

[93] Plan Nacional de Salud Rural - Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz, https://portalparalapaz.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/Archivo-Digital-08-Plan-Nacional-de-Salud.pdf

[94] Barreras de acceso y efectos en la atención en salud a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia - Repositorio Institucional UNAD, https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/77839/lacabrerave.pdf?sequence=1&isAllowed=y

En conjunto, las medidas propuestas responden a un diagnóstico técnico robusto y actualizado, sustentado en fuentes oficiales e independientes, que coinciden en señalar que el déficit y la inequidad territorial del Talento Humano en Salud constituyen uno de los principales obstáculos para el goce efectivo del derecho a la salud en Colombia, y que su superación exige una intervención legislativa que articule formación, distribución y retención de manera simultánea.

2.5. Barreras estructurales para la retención del talento en la ruralidad

La permanencia de los profesionales de la salud en las áreas rurales y marginadas de Colombia se encuentra obstaculizada por una compleja red de factores económicos, contractuales y de seguridad personal que actúan como incentivos expulsores[95] [96]. El principal limitante de carácter económico radica en la estructura de financiamiento del sistema de salud. El modelo de pago basado en la demanda de servicios prestados resulta inviable en territorios de alta dispersión geográfica y baja densidad poblacional, donde los costos de operación de las instituciones de salud superan con creces los ingresos recaudados por facturación[97].

Como consecuencia directa, las Empresas Sociales del Estado de carácter rural experimentan un agudo deterioro presupuestal: para el año 2025, el 37.3% de los hospitales públicos rurales se encontraba clasificado en situación de alto riesgo financiero, un incremento alarmante frente al 16.8% reportado en 2022, lo que restringe su capacidad para ofrecer salarios competitivos e incentivos salariales de permanencia[98].

A la inestabilidad financiera de las instituciones se suma la precariedad de las condiciones laborales del personal sanitario[99] [100]. El uso recurrente de contratos de prestación de servicios, que exime al empleador del pago de prestaciones sociales,

[95] Actualización de la política de Talento Humano en Salud, https://paho.org/sites/default/files/2-ministerio-de-salud-actualizacion-de-la-politica-de-talento-humano-en-salud_0.pdf
[96] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php
[97] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php
[98] Barreras de acceso y efectos en la atención en salud a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en zonas rurales de Colombia - Repositorio Institucional UNAD, https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/77839/lacabrerave.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[99] Actualización de la política de Talento Humano en Salud, https://paho.org/sites/default/files/2-ministerio-de-salud-actualizacion-de-la-politica-de-talento-humano-en-salud_0.pdf
[100] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php

vacaciones y seguridad social obligatoria, genera un escenario de desprotección frente a riesgos laborales y falta de estabilidad en el empleo[101].

Los profesionales se enfrentan a extensas jornadas de trabajo, sobrecarga física y mental, retrasos recurrentes en el pago de sus honorarios y la ausencia de reconocimiento de recargos nocturnos, dominicales o festivos en áreas de cuidado crítico como urgencias y hospitalización[102] [103]. Esta sobrecarga propicia el desarrollo del síndrome de desgaste profesional o burnout, elevando los índices de rotación de personal y obligando a la práctica del pluriempleo, lo que compromete de manera directa la continuidad de los tratamientos médicos y la calidad de la atención al usuario[104] [105].

[101] Reforma laboral en Colombia: Implicaciones para el talento humano en salud y el modelo de contratación - consultorsalud, https://consultorsalud.com/reforma-laboral-colombia-talento-humano-salud/
[102] Reforma laboral en Colombia: Implicaciones para el talento humano en salud y el modelo de contratación - consultorsalud, https://consultorsalud.com/reforma-laboral-colombia-talento-humano-salud/
[103] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php
[104] La salud rural se queda sin talento humano, https://periodicoelpulso.com.co/333-junio-2026/debate-5.php
[105] Reforma laboral en Colombia: Implicaciones para el talento humano en salud y el modelo de contratación - consultorsalud, https://consultorsalud.com/reforma-laboral-colombia-talento-humano-salud/

Tabla 4: Dinámicas y Condiciones del Servicio Social Obligatorio (SSO) en Colombia[106] [107] [108] [109] [110] [111] [112] [113] [114]

Dimensión Operativa y Legal	**Regulación de la Resolución 774 de 2022**	**Desafíos de Implementación y Barreras de Retención**	**Consecuencias Profesionales y Jurídicas**
Marco General de Obligatoriedad	Requisito previo para la habilitación profesional en ReTHUS	Limitada disponibilidad de plazas frente al número de egresados al año	Sorteo nacional como filtro; exenciones automáticas por falta de plazas.
Duración de la Prestación	Un (1) año ordinario o nueve (9) meses bajo convenios especiales	Jornadas de disponibilidad permanente que superan el límite legal	Sobrecarga física de hasta 176 horas mensuales básicas de trabajo.

[106] Preguntas Frecuentes sobre Servicio Social Obligatorio SSO - Secretaría de Salud - Gobernación del valle, https://www.valledelcauca.gov.co/preguntas-frecuentes/48/preguntas-frecuentes-sobre-servicio-social-obligatorio-sso---secretaria-de-salud/

[107] Concepto 092351 de 2023 Departamento Administrativo de la Función Pública - Gestor Normativo, https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=218471

[108] Resolución 774 de 2022 Ministerio de Salud y Protección Social - Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=123618

[109] Resolución 774 de 2022 - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf

[110] Con el respaldo que da la ley ¡Denuncia el maltrato laboral en tu Servicio Social Obligatorio! - Federacion Medica Colombiana, https://www.federacionmedicacolombiana.com/2024/08/16/con-el-respaldo-que-da-la-ley-denuncia-el-maltrato-laboral-en-tu-servicio-social-obligatorio/

[111] Manual de Misión Médica - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/RES-4481-12%20Manual%20de%20Mision%20Medica.pdf

[112] Defensoría del Pueblo lanza alerta para proteger la misión médica en Colombia, https://www.defensoria.gov.co/-/defensor%C3%ADa-del-pueblo-lanza-alerta-para-proteger-la-misi%C3%B3n-m%C3%A9dica-en-colombia

[113] T-382/22 - Corte Constitucional, https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/t-382-22.htm

[114] Sentencia T-382/22 Referencia: Expediente T- 8.816.881 Acción de tutela instaurada por Cristhiam Leonardo Niño Nocua en contra, https://www.ambitojuridico.com/sites/default/files/2023-01/Sent-T-382-22.pdf

Causales de Exoneración Prioritaria	Embarazo, lactancia, discapacidad, víctima de conflicto armado	Complejidad probatoria e inconsistencias en la validación de prioridades	Trámite preferente ante comités técnicos departamentales de salud.
Sanciones por Incumplimiento	Castigo de nueve (9) meses de inhabilitación profesional	Deserción obligada por amenazas de seguridad o maltrato laboral	Suspensión del trámite de la tarjeta profesional y pérdida de plazas.
Amenazas a la Misión Médica	Derecho a laborar en entornos seguros con recursos mínimos	Infracciones por grupos armados y agresiones por la población civil	Litigio constitucional; uso recurrente de la acción de tutela por seguridad.

El Servicio Social Obligatorio representa, en una vasta porción de los municipios de categoría 5 y 6, la única estrategia estatal de abastecimiento de personal médico general y de enfermería[115]. No obstante, su ejecución se encuentra inmersa en complejas realidades operativas y de seguridad nacional[116]. Las agresiones contra la Misión Médica en Colombia registran una tendencia al alza, habiéndose reportado en 2020 el pico histórico más elevado de violencia desde el inicio del monitoreo nacional[117].

El 52% de los ataques físicos y verbales en el territorio son cometidos por la propia población civil, pacientes o familiares de usuarios descontentos por las deficiencias del servicio, mientras que el resto de las afectaciones provienen de las acciones de grupos

[115] Brechas en mercado laboral de la salud en Colombia - OPS 202 - consultorsalud, https://consultorsalud.com/ops-brechas-mercado-laboral-de-la-salud/

[116] Defensoría del Pueblo lanza alerta para proteger la misión médica en Colombia, https://www.defensoria.gov.co/-/defensor%C3%ADa-del-pueblo-lanza-alerta-para-proteger-la-misi%C3%B3n-m%C3%A9dica-en-colombia

[117] El mundo está al revés: campaña por el respeto a la Misión Médica en Colombia - ICRC, https://www.icrc.org/es/document/el-mundo-esta-al-reves-campana-por-el-respeto-la-mision-medica-en-colombia

armados ilegales en zonas de conflicto y áreas de difícil acceso como Cauca, Chocó, Arauca, Vichada y Norte de Santander[118].

Estas agresiones comprenden desde amenazas personales y extorsiones hasta restricciones al libre tránsito de insumos médicos básicos, el hurto de equipos de reanimación y la prohibición de prestar servicios a la comunidad[119].

Frente a este escenario de inseguridad, la normativa colombiana contempla exenciones por fuerza mayor, enfermedad catastrófica o caso fortuito[120] [121] [122] [123]. No obstante, las trabas burocráticas impuestas por las Direcciones Territoriales de Salud para autorizar las exoneraciones han empujado a numerosos egresados a entablar acciones de tutela para resguardar sus derechos fundamentales a la vida y a la integridad física[124].

La jurisprudencia de la Corte Constitucional, expresada en decisiones como la Sentencia T-382/22, ha reiterado que el análisis de la fuerza mayor como eximente en el servicio social debe responder a criterios de flexibilización y proporcionalidad, protegiendo con especial énfasis a sujetos vulnerables, mujeres gestantes mediante la estabilidad laboral reforzada, y profesionales bajo amenaza comprobada contra su vida en el marco del conflicto armado[125] [126].

---

[118] Defensoría del Pueblo lanza alerta para proteger la misión médica en Colombia, https://www.defensoria.gov.co/-/defensor%C3%ADa-del-pueblo-lanza-alerta-para-proteger-la-misi%C3%B3n-m%C3%A9dica-en-colombia

[119] Manual de Misión Médica - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/RES-4481-12%20Manual%20de%20Mision%20Medica.pdf

[120] Resolución 774 de 2022 Ministerio de Salud y Protección Social - Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=123618

[121] Resolución 774 de 2022 - MinSalud, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf

[122] SSO: Cambiarán la duración y las causales de exoneración de la prestación del Servicio Social Obligatorio - CONSULTORSALUD, https://consultorsalud.com/cambiaran-la-duracion-y-las-causales-de-exoneracion-de-la-prestacion-del-servicio-social-obligatorio/

[123] Sentencia T-382/22 Referencia: Expediente T- 8.816.881 Acción de tutela instaurada por Cristhiam Leonardo Niño Nocua en contra, https://www.ambitojuridico.com/sites/default/files/2023-01/Sent-T-382-22.pdf

[124] T-382/22 - Corte Constitucional, https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/t-382-22.htm

[125] T-382/22 - Corte Constitucional, https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/t-382-22.htm

[126] EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL SECTOR SALUD - Marco legal y - Consejo de Estado, https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/biblioteca/libros/2022/providencias/119_76001-23-33-000-2015-01473-01(AC).pdf

IV. CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD

El proyecto de ley encuentra fundamento directo en el artículo 49 de la Constitución Política, que consagra la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, encomendando al Estado organizar, dirigir y reglamentar su prestación conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La Corte Constitucional ha reiterado que este mandato, leído en conjunto con los artículos 48 y 44 Superiores, impone al Estado el deber de garantizar la disponibilidad de un recurso humano suficiente y adecuadamente distribuido, sin el cual los principios de universalidad y solidaridad resultan inanes.

En la misma línea, la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, dispuso en su artículo 2 que el derecho a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y en su artículo 5 estableció como obligación del Estado adoptar las políticas necesarias para garantizar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, obligación que resulta materialmente imposible de cumplir sin un Talento Humano en Salud lo suficientemente disponible y adecuadamente distribuido en el territorio nacional. La jurisprudencia constitucional, particularmente en las sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2014, ha señalado que el derecho a la salud comprende, entre sus elementos esenciales, la disponibilidad de personal médico y paramédico suficiente, criterio que refuerza la pertinencia constitucional de la presente iniciativa.

Desde el punto de vista de la distribución de competencias, el proyecto se enmarca en la cláusula general de competencia legislativa del Congreso de la República, prevista en el artículo 150 de la Constitución Política, y no invade competencias reglamentarias del Gobierno Nacional, en la medida en que se limita a fijar criterios generales de política, distribución y priorización, dejando a la reglamentación administrativa —a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud— la determinación de los estándares técnicos, de infraestructura y de supervisión académica de los escenarios de práctica, en armonía con lo ya previsto por el Decreto 2376 de 2010 y la Ley 1164 de 2007.

Finalmente, el proyecto guarda coherencia con los principios de descentralización y autonomía territorial consagrados en los artículos 1 y 288 de la Constitución Política, en la medida en que la ejecución del plan de distribución territorial del Talento Humano en Salud se concibe en coordinación con las entidades territoriales, respetando sus competencias en materia de salud pública.

V. IMPACTO FISCAL

La Ley 819 de 2003 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones", en el artículo 7 establece:

> *"**ARTÍCULO 7o. ANÁLISIS DEL IMPACTO FISCAL DE LAS NORMAS.** En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.*
>
> *Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.*
>
> *El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.*
>
> *Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberán contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.*

En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces."

De esta manera, la Corte Constitucional expresó en la Sentencia C-911 de 2007, bajo la ponencia del Magistrado Jaime Araujo Rentería, que el análisis del impacto fiscal de un proyecto de ley no debe ser visto como un impedimento insuperable para la labor legislativa. Es el Ministerio de Hacienda, como entidad competente y dotada de las herramientas necesarias, quien debe llevar a cabo estos estudios para complementar las exposiciones de motivos de las iniciativas legislativas, actuando como una entidad de apoyo.

"Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. El Ministerio de Hacienda es quien cuenta con los elementos necesarios para poder efectuar estimativos de los costos fiscales, para establecer de dónde pueden surgir los recursos necesarios para asumir los costos de un proyecto y para determinar la compatibilidad de los proyectos con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. A él tendrían que acudir los congresistas o las bancadas que quieren presentar un proyecto de ley que implique gastos. De esta manera, el Ministerio decidiría qué peticiones atiende y el orden de prioridad para hacerlo. Con ello adquiriría el poder de determinar la agenda legislativa, en desmedro de la autonomía del Congreso.

La Corte Constitucional, en la Sentencia C-866 de 2020, con ponencia del Magistrado Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, ha delineado las subreglas para el análisis del impacto fiscal de las iniciativas legislativas así:

"En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7o de la Ley 819 de 2003: (i) las obligaciones previstas en el artículo 7o de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica; (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7o de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que "es el que cuenta con los datos, los equipos

de funcionarios y la experticia en materia económica. ***Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto"; (iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual "se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático";*** *y (iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica"* (Subrayado y negrilla propio).

Durante el trámite legislativo, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público puede decidir deliberadamente si es necesario o no realizar un estudio del impacto fiscal de las normas en proceso. Sin embargo, la falta de un pronunciamiento al respecto no impide una posible declaración de inconstitucionalidad en el futuro.

La Corte Constitucional en Sentencia C-110 de 2019, con Magistrado Ponente Alejandro Linares Cantillo, reiteró que la responsabilidad principal de realizar el estudio del impacto fiscal de una norma recae en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, debido a su conocimiento técnico y su rol principal como ejecutor del gasto público.

"80.3. Con el propósito de unificar la interpretación en esta materia, la Corte estima necesario precisar (i) que el Congreso tiene la responsabilidad -como lo dejó dicho la sentencia C-502 de 2007 y con fundamento en el artículo 7 de la ley 819 de 2003- de valorar las incidencias fiscales del proyecto de ley. Tal carga (ii) no exige un análisis detallado o exhaustivo del costo fiscal y las fuentes de financiamiento. Sin embargo,

(iii) sí demanda una mínima consideración al respecto, de modo que sea posible establecer los referentes básicos para analizar los efectos fiscales del proyecto de ley. En todo caso (iv) la carga principal se encuentra radicada en el MHCP por sus conocimientos técnicos y por su condición de principal ejecutor del gasto público. En consecuencia, (v) el incumplimiento del Gobierno no afecta la decisión del Congreso cuando este ha cumplido su deber. A su vez (vi) si el Gobierno atiende su obligación de emitir su concepto, se radica en el Congreso el deber de estudiarlo y discutirlo– ver núm. 79.3 y 90-."

Lo anterior ha sido confirmado por la Corte Constitucional en su jurisprudencia reciente. Por ejemplo, en la Sentencia C-520 de 2019, con la Magistrada Ponente Cristina Pardo Schlesinger, se señaló que el análisis de impacto fiscal en el trámite legislativo ha flexibilizado las obligaciones establecidas en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, con el fin de evitar que se convierta en una barrera formal que limite desproporcionadamente la actividad del legislador, tal como se consideró a continuación:

"La jurisprudencia de esta Corporación ha flexibilizado las obligaciones que surgen de lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, de forma que no se transforme en una barrera formal que contraríe o límite de desproporcionadamente la actividad del legislador, dicha flexibilización no puede interpretarse como una autorización para que el legislador o el Gobierno puedan eximirse de cumplir con lo dispuesto en la Ley Orgánica del Presupuesto"

Finalmente, la misma sentencia fija las subreglas constitucionales:

"(i.) Verificar si la norma examinada ordena un gasto o establece un beneficio tributario, o si simplemente autoriza al Gobierno nacional a incluir un gasto, pues en este último caso no se hace exigible lo dispuesto en la Ley Orgánica de Presupuesto;

(ii.) Comprobar si efectivamente, en las exposiciones de motivos de los proyectos y en las ponencias para debate se incluyeron expresamente informes y análisis sobre los efectos fiscales de las medidas y se previó, al menos someramente, la fuente de ingreso adicional para cubrir los mencionados costos;

(iii.) Establecer si el Ministerio de Hacienda rindió concepto acerca de los costos fiscales que se han estimado para cada una de las iniciativas legislativas bajo el entendido de que la no presentación del concepto no constituye un veto a la actividad del legislador;

(iv.) En caso de que el Ministerio de Hacienda haya rendido concepto, revisar que el mismo haya sido valorado y analizado en el Congreso de la República, aunque no necesariamente acogido.

(v.) Analizar la proporcionalidad de la exigencia en cuanto a la evaluación del impacto fiscal de las medidas, tomando en consideración el objeto regulado y la naturaleza de la norma, a fin de ponderar la racionalidad fiscal que implica la evaluación de impacto, frente al ámbito de configuración que tiene el legislador según se trate de cada medida en particular"

No obstante, el presente proyecto de ley no ordena de manera directa e inmediata una partida presupuestal nueva, sino que establece obligaciones de planeación, coordinación y priorización que deberán ejecutarse con cargo a los recursos ya apropiados en el Presupuesto General de la Nación para el sector salud y educación, así como con los recursos del Sistema General de Participaciones y del Sistema General de Regalías destinados a las entidades territoriales, particularmente en las zonas PDET y ZOMAC, donde ya existen fuentes de financiación previstas en la Ley 2294 de 2023 (Plan Nacional de Desarrollo) y en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial.

Los eventuales costos asociados a los incentivos diferenciados para el personal que ejerza en zonas de difícil acceso (artículo 4) y a la adecuación de nuevos escenarios de práctica (artículo 5) están condicionados, en el propio texto del proyecto, a la reglamentación posterior que expida el Gobierno Nacional, la cual deberá determinar su cuantía, gradualidad y fuentes específicas de financiación en armonía con el Marco Fiscal de Mediano Plazo vigente, tal como lo exige el artículo 7 de la Ley 819 de 2003. En esa medida, el impacto fiscal del proyecto es de carácter diferido y programático, y no comporta una autorización de gasto de ejecución inmediata, por lo que no se requiere, en esta etapa, la identificación de una fuente de ingreso adicional distinta de las ya previstas en el Presupuesto General de la Nación. No obstante, en cumplimiento del deber de racionalidad legislativa, se invita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y

al Ministerio de Salud y Protección Social a rendir concepto sobre el costo fiscal estimado de la implementación gradual de las medidas de incentivos y de ampliación de escenarios de práctica, durante el trámite del proyecto en las comisiones respectivas.

VI. CAUSALES DE IMPEDIMENTO

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, se hacen las siguientes consideraciones:

Se estima que la discusión y aprobación del presente Proyecto de Ley no genera conflictos de interés en razón de beneficios particulares, actuales y directos a los congresistas conforme a lo dispuesto en la ley.

Sobre este asunto ha señalado el Consejo de Estado (2019):

> *"No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna".*

De igual forma, es pertinente señalar lo que la Ley 5 de 1992 dispone sobre la materia en el artículo 286, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019:

> *"Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.*
>
> *a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las*

que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."

Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.

_____

BLEIDY PÉREZ BALLESTAS
Representante a la Cámara
Bogotá D.C.

_____	_____
Nombre: Congresista de la República	Nombre: Congresista de la República
_____	_____
Nombre: Congresista de la República	Nombre: Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República

_____

Nombre:
Congresista de la República