

| Año 23 N° 134 | julio - septiembre 2021 |



Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas  
ISSN 2745-0740

# Hospitalaria®

[www.achc.org.co](http://www.achc.org.co)



**Impactos de la pandemia  
de COVID-19 en la salud  
mental en Colombia**



Johnson & Johnson está cerca del personal de la salud. Por esto, ha creado el programa “**Resiliencia en Tiempos de COVID-19**”, una iniciativa en la que empleados voluntarios de la compañía, de la mano de nuestro aliado Doctor Payaso, abren espacios para brindar herramientas y acompañamiento al personal de la salud y buscar así el balance emocional que les permita seguir dando lo mejor a los pacientes.

### ¿Quiere participar?

- Sesiones programadas hasta el **5 de noviembre**
- Regístrese desde ahora en la página **<https://lnkd.in/eGRVJsH>**



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

#### EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

#### COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

#### COMITÉ EDITORIAL

Roberto Esguerra Gutiérrez, Gloria Arias, Henry Gallardo,  
Juan Carlos Giraldo V, Diego Rosselli Cock, Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, Ayde Cristancho

#### JUNTA DIRECTIVA 2021 - 2023

##### PRESIDENTE

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE – ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ (MEDELLÍN)

##### VICEPRESIDENTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ - HENRY MAURICIO GALLARDO (BOGOTÁ)  
HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES - DORIS SARASTY RODRÍGUEZ (SAN JUAN DE PASTO)

##### MIEMBROS PRINCIPALES

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI - MARCELA GRANADOS SÁNCHEZ (CALI)  
CLÍNICA PALMIRA - FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA (PALMIRA)  
CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA - CARLOS ALBERTO RESTREPO MOLINA (MEDELLÍN)  
FUNDACIÓN JAVERIANA DE SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS INTERUNIVERSITARIOS CARLOS  
MÁRQUEZ VILLEGAS - JAVESALUD - CARLOS HUMBERTO TOBAR GONZÁLEZ (BOGOTÁ)  
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA - EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS (BOGOTÁ)  
CLÍNICA IMBANACO - RAFAEL GONZÁLEZ MOLINA (CALI)

##### SUPLENTE

SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD (SES) DE CALDAS - ANGELA MARÍA TORO MEJÍA (MANIZALES)  
FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL - MAURICIO TAMAYO PALACIO (MEDELLÍN)  
CLÍNICA DE LA COSTA LTDA. - ALBERTO JOSÉ CADENA BONFANTI (BARRANQUILLA)  
CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. - ANTONIO JOSÉ DÁGER FERNÁNDEZ (CALI)  
FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE - DIEGO CASTRESANA DÍAZ (BARRANQUILLA)  
CLÍNICA DEL OCCIDENTE - FABIO CORREDOR LEGUIZAMÓN (BOGOTÁ)  
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERA SMO MEDZ - MIGUEL TONINO BOTTA (CÚCUTA)  
CLÍNICA CARDIOVID - CARLOS ALBERTO LOZANO MUÑETÓN (MEDELLÍN)  
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER FOSCAL - JORGE RICARDO LEÓN FRANCO  
(BUCARAMANGA)

##### REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN) –  
JAMEL ALBERTO HENAO CARDONA

##### REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

B BRAUN MEDICAL S.A., JORGE ARÉVALO R. - HOSPITAL CARE MANAGER COLOMBIA

##### MIEMBRO HONORARIO

ROBERTO ESGUERRA GUTIÉRREZ

##### INVITADO PERMANENTE

ASOCIACIÓN DE HOSPITALES DEL VALLE DEL CAUCA (ASOHOSVAL) -  
LIGIA ELVIRA VIAFARA

##### DIRECTOR GENERAL

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

HOSPITALARIA es una publicación periódica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. HOSPITALARIA copyright 2008. Derechos reservados, inclusive los de traducción. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley de los países signatarios de las comisiones panamericana e internacional del derecho de autor. El contenido es responsabilidad de los autores, por tanto los conceptos emitidos en los artículos no comprometen las opiniones de los editores ni de las empresas patrocinadoras. Las empresas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.

Para correspondencia por favor dirigirse a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Cra. 4 No 73-15, Bogotá.

PBX: (1) 312 4411 - FAX: (1) 312 1005

E-mail: comunicaciones@achc.org.co

Internet: www.achc.org.co

##### DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO

Jesús Alberto Galindo Prada  
almadigital2010@gmail.com

##### ILUSTRACIÓN PORTADA

MIQUELOFF

## 2 Editorial

Pandemia y salud mental

## 4 De portada

Impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia

## 34 Agenda gremial

- ACHC realizó el Primer Congreso Virtual Hospitalario para proyectar el futuro del sector salud colombiano
- Candidatos presidenciales presentaron sus propuestas para el sector salud en el Congreso de la ACHC

## 50 Notas de actualidad

- La Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá cumple 50 años
- Hospital Universitario San Ignacio recibe premio internacional por el cuidado de sus empleados durante la pandemia
- La Fundación Cardioinfantil renovó su imagen y presentó LaCardio

## 56 Internacional

Organismos multilaterales piden acceso generalizado y equitativo a las vacunas contra COVID-19

## 60 Nos preguntan

Los mecanismos electrónicos de compra en la validación de indicadores en los planes de gestión anual de las ESE

## 64 De nuestros Patrocinadores

Recomendaciones para el manejo del humo quirúrgico

## 67 Cifras del país

La percepción de los empleados públicos sobre el trabajo en tiempos de COVID-19

## 72 Glosario

# Pandemia y salud mental

Apenas en las últimas semanas comienza a existir preocupación en los medios de comunicación y en la opinión pública por el tema de la salud mental y la pandemia por COVID-19 ante la aparición de numerosos estudios y observaciones que llaman la atención sobre su magnitud e importancia.

La salud mental se ha afectado durante la pandemia por múltiples factores: aquellos derivados directamente de la enfermedad, que quizá sean los menos numerosos, pero no los menos importantes; los ocasionados por las medidas establecidas para controlar su propagación, como las cuarentenas y el distanciamiento social; los derivados de las consecuencias económicas devastadoras, especialmente en los estratos más bajos; los derivados del estrés laboral en los trabajadores de la salud, especialmente en los servicios de urgencias y cuidado intensivo; y, finalmente, los ocasionados por la incertidumbre de estar ante una enfermedad desconocida.

Desde finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertaba sobre la importancia creciente de algunas condiciones mentales que venían aumentando de manera preocupante, como sucedía con la depresión y los desórdenes relacionados con la ansiedad. Así, desde entonces y muchos años antes de que se presentara la pandemia por COVID-19, la salud mental ha venido siendo motivo de preocupación para los organismos sanitarios de todo el mundo. Las consecuencias de la reciente pandemia sobre la salud mental constituyen un factor adicional que agrava el panorama aún más.

En este número de *Hospitalaria*, el artículo central, "Impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia", recopila numerosos estudios realizados sobre diversos aspectos de los efectos de la pandemia

en la salud mental. La mayoría de ellos coincide en que, en algunos casos, hasta el 40 a 50% de la población ha tenido algún síntoma que tiene que ver con salud mental, entre los que sobresalen la ansiedad y la depresión. Los jóvenes entre 18 y 24 años constituyen el grupo etario con mayor afectación. Naturalmente, la incidencia varía dependiendo del momento de la medición: en general, fue más alta en los primeros meses, probablemente como consecuencia de la incertidumbre y de las medidas restrictivas para controlar la transmisión. Los síntomas también aumentan en los picos por causa de la saturación de los servicios hospitalarios y el alto número de enfermos y fallecidos que pertenecen al círculo familiar.

Hay dos grupos de población en que el impacto ha sido mayor y cuyas consecuencias previsiblemente se prolongarán en el tiempo y, por lo tanto, exigen estrategias concretas desde ahora: el primero son los niños y adolescentes, y el segundo son los trabajadores de la salud, especialmente aquellos que se encuentran en el frente de atención.

Los niños y los adolescentes han sufrido especialmente por las consecuencias de medidas como las cuarentenas y el distanciamiento social, no tanto por la enfermedad misma que, en general, ha sido más benigna en estos grupos. Se han presentado múltiples situaciones, como retrasos en el desarrollo de lenguaje, relacionados con la escasa interacción social indispensable en la etapa de desarrollo emocional y con el uso de tapabocas que impide al niño la observación necesaria de los movimientos

de la boca para el aprendizaje y la adopción de la vocalización, o el impacto que ha ocasionado la falta de presencialidad en todos los niveles académicos, con el consiguiente aumento de las inequidades en la educación. Otras consecuencias comienzan a ser alarmantes, como un aumento de la dependencia o adicción a redes sociales y videojuegos, especialmente en niños de estratos más bajos. Esto en buena parte ha sido motivado porque las redes sociales son gratuitas en los planes de telefonía celular mientras que la conexión para asistir a clases virtuales tiene costo, un evidente estímulo perverso que ojalá sea corregido pronto. Hay que insistir en la necesidad de la presencialidad completa cuanto antes para proteger la salud mental de cerca de tres millones de niños que, a la fecha, aún no se han reincorporado a la educación presencial.

Hay algunas observaciones que habrá que profundizar más para establecer su relación con la pandemia y su verdadera dimensión sanitaria. Entre ellas se encuentra el aumento en los suicidios informado en el 2020 en nuestro país y algunas observaciones que indican un aumento significativo en el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en adolescentes.


Es difícil prever las consecuencias, a mediano y largo plazo, que tendrán las afectaciones de la salud mental de niños y adolescentes, pero hay quienes se aventuran a presagiar que la sociedad sufrirá cambios profundos, no necesariamente negativos todos. Por lo pronto, hay que alertar al sistema de salud para proporcionar la asistencia oportuna y adecuada para que niños y adolescentes puedan recuperar su estabilidad emocional y su salud mental plena.

**Hay que alertar al sistema de salud para proporcionar la asistencia oportuna y adecuada para que niños y adolescentes puedan recuperar su estabilidad emocional y su salud mental plena.**

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) define *altruismo* como “Diligencia en procurar el bien ajeno aún a costa del propio”. La palabra se emplea con frecuencia sin entender lo profundo de su contenido, que forma parte esencial del profesionalismo médico y que ha sido ejercido de manera ejemplar durante esta pandemia por los trabajadores de la salud. Cada vez que alguien deja su familia y la seguridad de su hogar para ir a atender pacientes que padecen una enfermedad contagiosa, potencialmente mortal, y que incluso pueden convertirlo en el vehículo para contagiar a su familia, está practicando el altruismo de manera plena.

Pero, simultáneamente, este acto de solidaridad superior genera angustia, estrés emocional y, en potencia, depresión. Son estos síntomas reportados con frecuencia por quienes forman parte de la primera línea de atención, especialmente en los servicios de urgencias y UCI. A esto hay que agregar lo vivido especialmente durante los picos: el estar rodeado de muchos pacientes en estado crítico y tener que ver morir a muchos enfermos a pesar de todos los esfuerzos. El panorama en algunos momentos puede ser desolador y explica que se estén presentando muchos casos de síndrome de Burnout.

Debemos resaltar que el Ministerio de Salud ha emprendido medidas para dar apoyo a quienes lo requieren y ha establecido normativas para ser adoptadas en los distintos niveles del sistema. También entidades de varios sectores y muchos hospitales han emprendido acciones para apoyar a sus equipos y a sus funcionarios con diferentes estrategias.

Este momento debe aprovecharse para que la salud mental se aborde de manera integral en nuestro sistema de salud, para que deje de estar relegada a algunas acciones marginales o coyunturales y pase a ser uno de los ejes centrales de la política pública en salud. 

# Impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia



“Lo único inmutable es el cambio” sentenció Heráclito. Y es la capacidad de adaptarse al cambio lo que permitió la evolución de la especie humana a través del tiempo y permitirá su supervivencia. En 2020 un pequeño virus puso en jaque a la humanidad y desnudó el frágil equilibrio del cual depende su continuidad sobre la Tierra.

De ahí nace el primer gran impacto que desencadenó la pandemia de COVID-19 en 2020, una emergencia sanitaria inesperada e incontrolable, que, en mayor o menor medida, afectó a todos los habitantes del planeta. Al igual que pandemias anteriores que asolaron la humanidad, representa un gran desafío al mantenimiento de la salud mental en medio del caos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado físico, mental y social de completo bienestar, y no solo como la ausencia de enfermedades o trastornos. En este estado sereno, el individuo puede conllevar el estrés normal del día a día, trabajar productivamente y estar en la capacidad de desarrollar sus habilidades y contribuir a su comunidad.

En su informe sobre la salud en el mundo 2001, la OMS señaló que para

todos los individuos la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. “Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países”, decía la organización en ese momento.

En 2020, la salud mental de la humanidad fue amenazada por una enfermedad desconocida que se expandió sin tregua por todo el mundo de manera acelerada, dejando a su paso millones de muertes y contagios. Esta emergencia de salud pública de preocupación internacional, con impactos sin precedentes en el siglo XXI, ha representado un gran desafío para la salud mental.

Estudios en epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes. Son múltiples las alteraciones psicológicas asociadas, que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos con un deterioro marcado de la funcionalidad, tales como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés post-traumático<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ramírez J, Castro D, Lerma C, Yela F, y Escobar F. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Universidad Nacional de Colombia. Estudio en curso.

# Actuar Con Velocidad

## en la atención del Ataque Cerebrovascular

Un logro sostenido de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy

Desde el año 2018, el equipo de neurología de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, entidad que hace parte de la Subred Sur Occidente en la ciudad de Bogotá, ha implementado grandes mejoras para la atención de los pacientes que acuden al momento de un Ataque Cerebrovascular o derrame cerebral, el cual solo cuenta con 4 horas y 30 minutos desde el inicio para evitar la muerte o discapacidad de la persona.

Este equipo, perfectamente alineado, inicia su gestión desde que el paciente acude al servicio de urgencias, partiendo por el triage, seguido del diagnóstico clínico, la activación del código ACV y, finalmente, integrando al equipo de reanimación compuesto por los médicos de emergencia, especialistas, el equipo de enfermería y de neurología, disponibles 24/7 para atender a cada paciente sin demora, aumentando su probabilidad de vida.

Gracias a su gestión, este hospital es la primera institución pública en el país en recibir el reconocimiento del 'World Stroke Organization' por su gran trabajo en el manejo de este fenómeno.

**La Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, entidad que hace parte de la Subred Sur Occidente en la ciudad de Bogotá, fue la primera institución de la red pública del país en recibir un reconocimiento de la Organización**

**Mundial del Stroke (WSO por sus siglas en inglés), por la calidad de la atención de pacientes con Ataque Cerebrovascular. El reconocimiento fue otorgado en el Q1 de 2019 en la categoría platino y, nuevamente, en el Q1 de 2020.**



"No es suficiente contar con el personal, si no se genera una sinergia entre todos. Por esto, hemos conformado a un equipo listo, con un rol definido y capacitado para atender emergencias con una ventana de tiempo tan limitada como es la del Ataque Cerebrovascular"

Andrés Mauricio Betancourt, Neurólogo, líder del código ACV en la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy

Desde hace tres años, Betancourt identificó que la mejora y optimización del tratamiento de estos pacientes, depende de la conformación de un código donde se entrenan las diferentes áreas médicas de atención para disminuir los casos de mortalidad, morbilidad y discapacidades a largo plazo que genera el no recibir el correcto tratamiento médico a tiempo, "El Ataque Cerebrovascular es una de las pocas enfermedades neurológicas que de forma aguda puede cambiar el futuro y pronóstico del paciente si recibe ayuda rápida y oportuna", señala Betancourt.

La Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, gracias a la iniciativa 'Angels' permite la rápida identificación de estos pacientes en la fase hiperaguda del Ataque Cerebrovascular, y se ha aumentado de forma segura la tasa de trombólisis, disminuyendo la posibilidad de complicaciones.

**Conformar un grupo médico capacitado para actuar en la primera hora en la que el paciente presenta los síntomas, es una estrategia clara y eficaz ante la urgencia neurológica, que favorece siempre el tratamiento de los pacientes, y esto lo ha logrado la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, entidad que hace parte de la Subred Sur Occidente en la ciudad de Bogotá.**

## **Afortunadamente, con la pandemia la salud mental tomó relevancia en la agenda pública mundial, luego de que la salud misma alcanzara estatus de máxima prioridad de cara al futuro.**

La soledad, la insuficiencia de interacciones sociales, la pérdida de ingresos y el desempleo se asocian frecuentemente con el deterioro de la salud mental. Desde el inicio de la pandemia del COVID-19, los índices de ansiedad, depresión, y de estrés en general aumentaron a nivel global. En pandemias anteriores, como la del SARS (2003-2004) y la del ébola (2014-2016), también se observaron deterioros en la salud mental de los individuos<sup>2</sup>.

Las personas experimentan sentimientos heterogéneos, asociados tanto a la enfermedad, como a situaciones resultantes de las medidas gubernamentales implementadas para la contención y mitigación del virus. El espectro de las manifestaciones es bastante amplio y tiene diversos niveles de intensidad en cuanto al impacto que generan en la percepción de bienestar y la capacidad de funcionamiento de las personas, que van desde casos leves, como reacciones habituales al estrés, dificultades en el manejo de emociones o de las relaciones, alteración de hábitos y comportamientos, hasta casos severos y de mayor complejidad, como ideación y conducta suicida,

episodios de pánico, depresión y ansiedad, conductas violentas o exacerbación de síntomas de trastornos preexistentes.

La ineludible atención en la transmisión y repercusiones físicas del COVID-19 en el mundo pueden minimizar el interés público de las consecuencias psicosociales que se presentaron en las personas afectadas por el brote, desconociendo que la atención de la parte psíquica es de las más importantes, porque de esta depende todo lo demás, incluso la salud física.

Debe advertirse que los temas de salud mental que emergen en la pandemia pueden evolucionar a problemas de salud física a mediano plazo, teniendo como referentes las epidemias del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS - SARS-CoV) en 2003 y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) en 2012. En estos casos el número de infectados no fue equiparable a la pandemia actual, pero se evidenció que cerca del 35% de los sobrevivientes del primer brote reportaron sintomatología psiquiátrica durante la fase de recuperación temprana, y, en el caso del MERS-CoV, alrededor del 40% de las personas afectadas requirieron de una intervención psiquiátrica<sup>3</sup>.

Afortunadamente, con la pandemia la salud mental tomó relevancia en la agenda pública mundial, luego de que la salud misma alcanzara estatus de máxima prioridad de cara al futuro.

---

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> Ibidem.



## Panorama global: Pandemia erosionó la salud mental de millones de personas en el mundo

La investigación *Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*<sup>4</sup> de un grupo de la Universidad de Ottawa (Canadá), muestra un aumento en la prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático a raíz de la crisis por la COVID-19.

El equipo canadiense hizo un metaanálisis con datos de 55 estudios internacionales (con más de 190.000 participantes) realizados entre enero y mayo de 2020. Gran parte de la información provenía de China, pero también utilizaron cifras de trabajos desarrollados en Italia, Estados Unidos, Perú, España e Irán, entre otros países. Pese a que los estudios chinos eran los más abundantes, sus resultados no presentaron diferencias de peso con otras zonas del mundo.

Se encontró que la prevalencia del insomnio fue del 24%, la del trastorno por estrés postraumático alcanzó el 22%, la de la depresión se situó en 16% y la de la ansiedad llegó al 15%. Se destaca que el trastorno por estrés postraumático, la ansiedad y la depresión fueron, respectivamente, cinco, cuatro y tres veces más frecuentes en comparación con lo que habitualmente reporta la OMS.

No se observaron diferencias significativas por género o región geográfica; tampoco entre la población en general y los trabajadores de la salud, salvo en el caso del insomnio, ya que los problemas para conciliar el sueño eran dos veces más pronunciados en los trabajadores sanitarios.



Considerando investigaciones anteriores, el estudio sostiene que el insomnio puede desencadenar otros problemas, como depresión e ideas suicidas. Se advirtió del riesgo para la salud mental de trabajadores de la salud conforme estén menos expuestos a la pandemia. Un estudio realizado en la República Democrática del Congo mostró que los problemas de salud mental entre el personal que luchó contra el ébola aumentaron después de que los casos de la enfermedad fueron disminuyendo. Por ello, es necesario acompañar a los trabajadores de la salud, hacerles seguimiento, crear una red de apoyo, detectar quiénes requieren o requerirán ayuda.

Otra investigación en Reino Unido, publicada en *The British Journal of Psychiatry*<sup>5</sup> en 2020, encontró que los pensamientos suicidas aumentaron entre 8% y 10%, especialmente en adultos jóvenes (donde la cifra asciende a entre 12.5% y 14%), y empeoró la salud mental en quienes viven situaciones socioeconómicas más desfavorables y quienes tenían problemas mentales previos.

<sup>4</sup> Cénat JM *et al.* Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2021;295

<sup>5</sup> O'Connor RC *et al.* Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UKCOVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *BJPsych*, (2020);218:226-233.



Otro frente de investigación son las afectaciones de salud mental en quienes contrajeron la COVID-19. Un estudio de la OMS presentado en octubre de 2020 señala que las personas que superan la COVID-19 pueden tener mayor riesgo de presentar secuelas en su salud mental: una de cada cinco que han superado la enfermedad se ha enfrentado por primera vez a un diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio, y tiene además el doble de probabilidad de tener alguno de estos diagnósticos que personas con otras patologías.

Otro estudio, publicado en noviembre de 2020 en *The Lancet Psychiatry*<sup>6</sup>, mostró que al 18% de los pacientes en Estados Unidos que contrajeron este coronavirus se les diagnosticó un problema de salud mental entre 14 y 90 días después de dar positivo al virus.

### **Pandemia afectó servicios de salud mental en 93% de países del mundo**

La OMS también reveló, en octubre de 2020, que la pandemia de COVID-19 había perturbado o paralizado los servicios de salud mental esenciales del 93% de los países del mundo, en tanto que aumentaba la demanda de atención de salud mental. El estudio, que abarcó 130 países, aportó los primeros datos mundiales acerca de los efectos devastadores de la COVID-19 sobre el acceso a los servicios de salud mental y puso de relieve la necesidad urgente de incrementar la financiación.

Indica la OMS que la pandemia aumentó la demanda de servicios de salud mental en el mundo. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo generaron o agravaron trastornos de salud mental. Muchas personas aumentaron su consumo de alcohol o drogas y sufren crecientes problemas de insomnio y ansiedad. Y la COVID-19

<sup>6</sup> Taquet M *et al.* Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry* 2021;8:130-140.

<sup>7</sup> Mundo Médico. La cuarta ola pandémica. Reportajes. Mundo Médico (2020), octubre 12.

puede implicar complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares.

El director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, reiteró que una buena salud mental es absolutamente fundamental para la salud y el bienestar en general, y que:

*la COVID-19 interrumpió la atención prestada por los servicios de salud mental esenciales de todo el mundo, justo cuando más se los necesitaba. Los dirigentes mundiales deben actuar con rapidez y determinación para invertir más en programas de salud mental que salven vidas, mientras dure la pandemia y con posterioridad a ella.*

### **Enfermedades mentales por la pandemia podrían provocar más muertes que el COVID-19**

La huella psicológica que contempla el trauma físico, agotamiento psicológico, estrés, enfermedad mental, impacto social y económico, derivada de las largas cuarentenas y problemas psicosociales que se manifestarán en las personas, incluso en aquellas sin patología previa, son los efectos colaterales de la pandemia que con el paso del tiempo dejarán una cifra de muertes muy superior a las causadas por el COVID-19<sup>7</sup>.

Esta es la afirmación del médico estadounidense Victor Tseng, quién en abril de 2020 hizo viral en su cuenta de Twitter un inquietante mensaje: "A nuestros amigos y colegas que desafían las líneas de frente, también debemos prepararnos para una serie de réplicas. Es muy difícil planificar tan lejos mientras estamos en modo de supervivencia. Tenemos que elaborar temprano una estrategia para nuestra respuesta al daño colateral de COVID-19".



## eHealth Labs

INNOVACIÓN EN  
TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN  
**EN SALUD**



LA PRIMERA Y MÁS AVANZADA TECNOLOGÍA  
PARA LA GESTIÓN NO-PBS.

**¡TU ALIADO ESTRATÉGICO MIPRES!**



PRESCRIPCIONES



AUDITORÍA



DIRECCIONAMIENTO



SUMINISTRO



FACTURA



Y MÁS

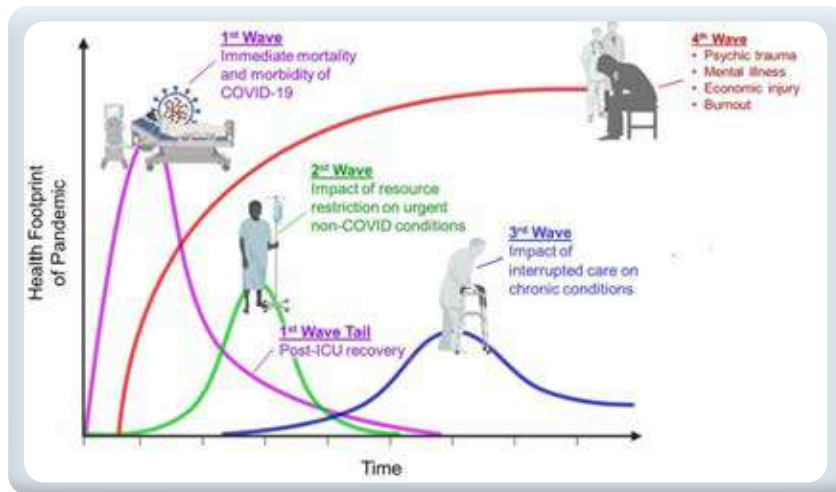


[www.okorum.com](http://www.okorum.com)

Este neumólogo del Hospital y la Universidad de Colorado (EE. UU.) acompañó su mensaje con una infografía sobre las cuatro “olas” de daños que dejaría la pandemia por COVID-19. Ya desde 2020 los epidemiólogos explicaban que, al igual que otras pandemias, el coronavirus no

tendría un “pico único” de casos que dé paso a la “normalidad” —o al estado al que estábamos acostumbrados— sino que se presentaría en “olas de contagios” por países, climas y otros factores.

Las 4 olas de la pandemia – Víctor Tseng



Tomado de Twitter: @VectorSting (publicación 30 de marzo de 2020)

En su infografía, Víctor Tseng alertó sobre cuatro olas: 1) Mortalidad y morbilidad inmediata por COVID-19 en pacientes urgentes; 2) Impacto de la restricción de recursos en las condiciones del paciente no COVID-19; 3) Atención sanitaria interrumpida en los pacientes crónicos; y 4) Trauma físico, enfermedad mental, desgaste psicológico y económico, Síndrome de Burnout.

El profesor Tseng describió esa cuarta ola sin un pico o cima. La curva es de tipo exponencial, nunca descende, y, por el contrario, irá creciendo continua y constantemente hasta superar con creces la altura de las olas anteriores y seguir incrementándose. Explicaba Tseng:

*La primera es la mortalidad y la morbilidad inmediata. Luego viene el impacto en quienes no pudieron ingresar a terapia intensiva, porque estaban atestadas de enfermos con coronavirus. La tercera se refiere a pacientes con condiciones crónicas que interrumpieron sus tratamientos, ya sea por el cierre temporal de algunas prestaciones o por la restricción de recursos para condiciones urgentes no-COVID, cuyos fondos fueron destinados a superar*

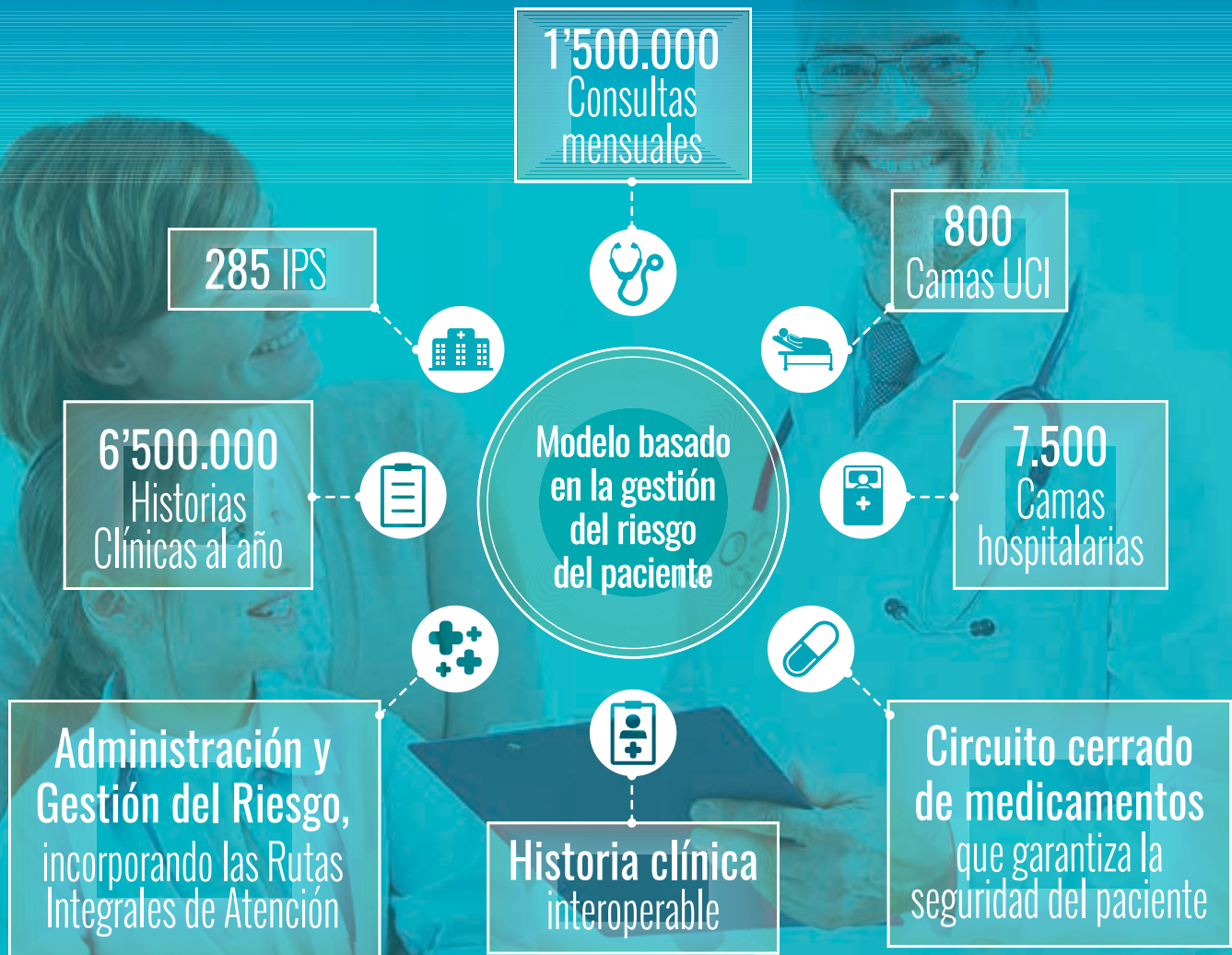
*la emergencia; aún no tenemos certeza de cuáles van a ser las consecuencias futuras.*

Y, por último, explicó Tseng, la cuarta ola produciría un impacto mucho más grande y duradero en el tiempo que las anteriores, porque, como consecuencia de la pandemia, se exacerbarán las enfermedades mentales y aumentarán las necesidades de los sistemas de salud en dicho ámbito. Las personas presentarán situaciones difíciles que reclamarán atención.

Algunos expertos hablan incluso de una quinta ola de los problemas de salud mental que sobrevendrán específicamente a razón de la pandemia de forma “tardía”, en relación con los efectos acumulativos de la situación detonante. Problemas como ansiedad, estrés, depresión y consecuencias económicas en los próximos años afectarán a la población en general, pero se concentrarán aún más en el personal de primera línea de atención de la pandemia.

# HOSVITAL-HIS software de gestión integral para clínicas, hospitales y redes hospitalarias

OPTIMICE SUS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES EN PRO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE



**Más de 25 años en el mercado confirman nuestra experiencia y conocimiento**



## Qué ha pasado con la salud mental de los colombianos en pandemia

Con datos de la encuesta longitudinal RECOVR (Respuestas Efectivas contra la COVID-19) aplicada en mayo, agosto y noviembre de 2020 en Colombia, se buscó dimensionar el impacto de la pandemia sobre la salud mental de la población e identificar factores asociados con su deterioro.

El análisis sobre salud mental, que fue desarrollado por Andrés Moya (Universidad de los Andes), Juan Fernando Vargas (Universidad del Rosario), Margarita Rosa Cabra y Abraham Farfán (IPA Colombia), y Olga Romero (DNP)<sup>8</sup>, reveló que el 52% de los hogares colombianos presentó un deterioro de la salud mental de los adultos durante 2020. La incidencia de los síntomas fue mayor entre los hogares donde alguien perdió el empleo y en los que experimentaron una caída en su ingreso o mayor inseguridad alimentaria. Estos choques afectaron desproporcionadamente a hogares más pobres.

El deterioro de la salud mental durante la pandemia fue mayor en hogares cuyo jefe de hogar es mujer y en hogares unipersonales. La encuesta encontró que mientras el 49% de los hogares en donde el jefe de hogar es hombre presentó un deterioro en los síntomas de salud mental de al menos un adulto, esta cifra

aumentaba a 58% en los hogares en donde la jefe de hogar es una mujer.

Los hogares en los que la salud mental de los adultos se deterioró durante la pandemia o donde aumentaron los conflictos de pareja, presentan mayores tasas de deterioro de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. El 38% de los hogares encuestados reportó síntomas asociados con el deterioro de la salud mental de esa población.

En general, más del 50% de los hogares encuestados reportaron deterioro en la salud mental de al menos un adulto del hogar, y más del 30% reportó deterioro en salud mental en niños, niñas y adolescentes. Dicho deterioro es mayor en función de la vulnerabilidad socioeconómica de los hogares previa a la pandemia, asociada con mayor probabilidad de haber perdido el empleo y experimentado reducciones en el ingreso y en la seguridad alimentaria como consecuencia de la pandemia.

Consistente con la evidencia de otros estudios en Colombia y con la evidencia internacional, estos resultados sugieren que el impacto en la salud mental de la pandemia no se distribuyó de igual forma, sino que, por el contrario, se concentró en los segmentos más vulnerables de la población.

---

<sup>8</sup> Innovations for Poverty Action (IPA). Respuestas Efectivas contra el COVID-19, RECOVR. Encuesta RECOVR Colombia. 2020.

## Preocupación o nerviosismo, sentimiento más reportado en la pandemia

El DANE, por su parte, para conocer cómo se encuentra la población colombiana y cómo se ha visto afectada por la pandemia en términos de salud mental, elaboró la *Nota Estadística. Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia*, con información obtenida a través de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), la Encuesta de Pulso Social (EPS) y las Estadísticas Vitales (EEVV), y asociada con el estado de ánimo, la situación de trabajo y salud mental, redes de cuidado, actividades para sentirse mejor, bienestar subjetivo y suicidio.

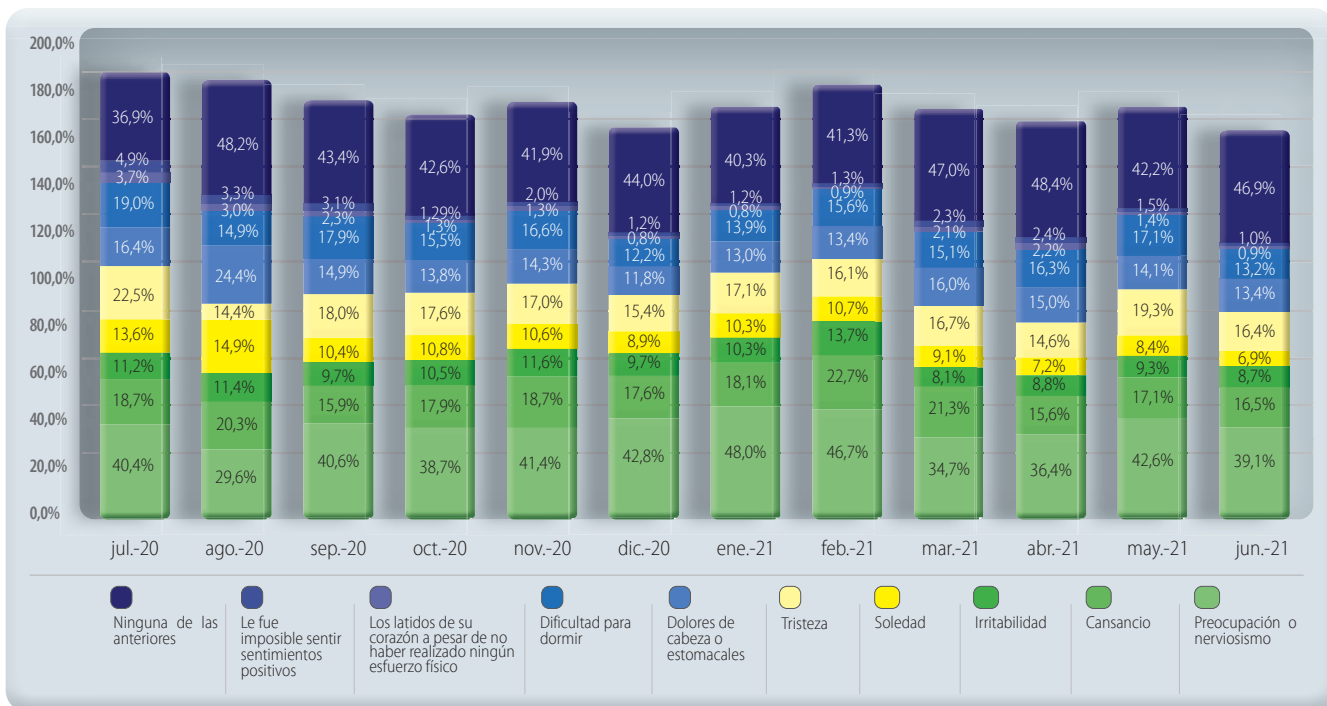
En las 23 ciudades sondeadas en la Encuesta de Pulso Social (EPS) del DANE entre julio 2020

a junio 2021<sup>9</sup>, el sentimiento mayormente reportado fue el de “preocupación o nerviosismo”, sentimiento que, además, presenta disminución de 1.3 puntos porcentuales (p.p.) entre julio 2020 y junio 2021, al pasar de 40,4% a 39,01%. En segundo lugar, está el sentimiento de “cansancio” con disminución de -2,2 p.p. (18,7% en 2020 y 16,5% en 2021) para el mismo período.

En mujeres jefe de hogar, el sentimiento de “preocupación o nerviosismo” en enero de 2021 presentó el mayor porcentaje reportado (49,5%), comportamiento que puede estar relacionado con el aumento de casos de contagio de COVID-19. Y la población de 10 a 24 años es la que más se ha visto afectada por COVID-19, al presentar el mayor porcentaje (41,2%) sobre haber sentido “preocupación o nerviosismo” en la última semana.

<sup>9</sup> DANE. Nota Estadística. Salud Mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia. 2021.

**Porcentaje de jefes/as de hogar y cónyuges que en los últimos 7 días han sentido...**  
Total 23 ciudades y sus áreas metropolitanas



Fuente: Nota Estadística. Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia. DANE, 2021.

Nota: la pregunta "durante los últimos 7 días ha sentido..." permite múltiples respuestas a un mismo participante, la única respuesta cerrada es ninguna de las anteriores



Así mismo, la Gran Encuesta Integrada de Hogares, en un análisis por grupos poblacionales, evidencia que las mujeres son quienes más han presentado sentimientos de soledad, estrés, preocupación o depresión como consecuencia de la pandemia. Y la población de 55 años y más es la que reporta mayor porcentaje de estos síntomas en comparación con los demás grupos etarios.

En junio de 2021, el 31,8% de la población desocupada reportó haberse sentido sola, estresado/a, preocupado/a, o deprimido/a, seguida por la población ocupada con 27,7%.

Sobre la actividad de haber buscado ayuda de un profesional (psicólogo o terapeuta), en junio de 2021 se encontró que el 0,9% de los encuestados reportó haberlo hecho. De ellos, el 1,0% son mujeres y 0,7% son hombres. Y, según grupos de edad, las personas que más buscaron este tipo de ayuda pertenecen a la población de 25 a 54 años.

Entre julio 2020 y junio 2021 se observa que la percepción de jefes de hogar sobre la situación económica del hogar se concentra en que es peor que la de hace 12 meses, siendo agosto de 2020 el mes en que se presen-

tó un mayor porcentaje de esta percepción (60,2%).

Para junio de 2021, el 29,0% de los jefes de hogar considera que la situación económica del hogar en 12 meses será peor que la actual. Esto impacta la percepción sobre la capacidad de ahorro: los hombres tienen mayor capacidad de ahorrar parte del ingreso, en comparación con las mujeres.

### Mayor riesgo en salud mental en mujeres jóvenes con bajos ingresos

El estudio PSY-COVID Colombia "Efectos en la salud mental de la población colombiana durante la pandemia del COVID-19"<sup>10</sup>, fue realizado por la Universidad Javeriana de Cali, la Universidad de Barcelona (UBAT) y el Colegio Colombiano de Psicólogos con el objetivo de crear una base de datos con información sobre los efectos psicosociales de la pandemia y proporcionar evidencia científica actualizada a la comunidad de investigadores y entidades de salud pública.

Mediante difusión de la encuesta en línea del 20 de mayo al 20 de junio de 2020, obtuvieron respuestas de 18.061 personas entre los 18 y los 90 años. El 9% de los encuestados manifestó tener algún trastorno de salud mental desde antes de la pandemia y los resultados registraron que, entre los efectos negativos de la pandemia sobre la salud mental, un 29% de la población consultada presentaba síntomas de ansiedad, un 35% de depresión, un 31% de somatización y un 21% de soledad.

La población más afectada en su salud mental fue la femenina: el 36% de las mujeres manifestaron depresión, un 35% somatización y un 31% ansiedad. Le sigue como población

<sup>10</sup> Universidad Javeriana de Cali, Universidad Autónoma de Barcelona (UBAT) y Colegio Colombiano de Psicólogos. Estudio PSY-COVID Colombia "Efectos en la salud mental de la población colombiana durante la pandemia del COVID-19". 2020.



más afectada los adultos jóvenes: el 48% refirió depresión, el 40% somatización y el 37% ansiedad. Y la otra población más afectada fue la de menores ingresos: 46% de depresión y 36% tanto de depresión como de somatización.

De ahí se desprende que la población en mayor riesgo de sufrir afectaciones en la salud mental por la pandemia es la de mujeres jóvenes con bajos ingresos: el 53% manifestó depresión, el 45% somatización y el 40% ansiedad.

Por su parte, las poblaciones menos afectadas fueron los hombres, que refirieron un 32% de depresión, 25% de ansiedad y 20% de somatización; los adultos mayores, con un 18% que manifestaron ansiedad, 17% depresión y 11% somatización; y la población de altos ingresos, que mostró un 25% de depresión, un 24% de ansiedad y un 23% de somatización.

El estudio mostró efectos positivos en la salud mental de los encuestados: el 82% manifestó apreciar más la vida, el 71% consideró que aumentó su fuerza personal, el 65% logró un cambio espiritual, un 60% afirmó que mejoró su relación con los demás, otro 60% que obtuvo nuevas oportunidades, un 55% mejoró en tiempo libre, un 45% mejoró su resiliencia, un 38% mejoró sus relaciones de pareja/familia, un 35% mejoró su alimentación y un 15% mejoró sus relaciones con los vecinos.

### Cuarentena impactó negativamente salud mental de los jóvenes

Por su parte, el estudio “Salud mental y resiliencia en adultos jóvenes de Sudamérica durante el aislamiento (distanciamiento social obligatorio) por la pandemia de COVID-19”<sup>11</sup>, fue realizado por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y el Departamento de

Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana en adultos jóvenes de 18 a 24 años durante y después del distanciamiento social obligatorio en Lima, Bogotá y Buenos Aires. Este estudio evidenció que la cuarentena provocó niveles severos de depresión en el 17% de los encuestados y diferentes niveles de ansiedad en el 53,37% de los jóvenes.

El objetivo era evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos jóvenes, la progresión

<sup>11</sup> Pontificia Universidad Javeriana. Salud mental y resiliencia en adultos jóvenes de Sudamérica durante el aislamiento (distanciamiento social obligatorio) por la pandemia de COVID-19. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. 2020.



**¡Vacúnate contra los sobrecostos!**  
 Conócenos y optimiza tu gestión del gasto en sistemas de información.

Xoma es la solución de última generación para el sector salud que permite integrar todos los procesos de negocio de hospitales y clínicas, alineando los procesos de gestión con los objetivos administrativos y financieros.

**Juan Fernando Bazzani R.**  
 Director Comercial  
 +57 310 282 7050

100% WEB.  
 Solución Modular.  
 Atención 360° de todos los procesos hospitalarios.

ORACLE | Partner | Iris Soluciones 

## **En reacciones frente a la pandemia, 63,5% de los jóvenes afirmó que la cuarentena tendrá impacto negativo en su futuro académico o laboral, y 72,5% sostuvo que la cuarentena ha sido estresante**

de los síntomas y los recursos y estrategias utilizadas por los jóvenes para cuidar su salud mental en la cuarentena, e identificar los factores que protegen a los adultos jóvenes de desarrollar síntomas de depresión y ansiedad. Entre el 25 de mayo y el 22 de junio de 2020 se encuestaron 1178 jóvenes en Bogotá, de los cuales el 33% fueron hombres y 65,4% mujeres.

En una escala de ponderación de 0 a 20, el estudio evidenció que el 68,12% de los encuestados presentó diferentes niveles de depresión: 9% de 0 a 4; 23% de 5 a 9; 29% de 10 a 14; 22% de 15 a 19; y 17% mayor a 20 (niveles severos). Presentaron altos niveles de depresión el 63,4% de hombres y el 70,3% de las mujeres.

El 53,37% tuvo o ha padecido diferentes niveles de ansiedad: en la escala de 0 a 20, el 18% de 0 a 4; 29% de 5 a 9; 29% de 10 a 14; 18% de 15 a 19 y 6% mayor de 20. El 46,9% de los hombres y el 56,3% de las mujeres presentan niveles altos de ansiedad.

En reacciones frente a la pandemia, 63,5% de los jóvenes afirmó que la cuarentena tendrá impacto

negativo en su futuro académico o laboral, y 72,5% sostuvo que la cuarentena ha sido estresante. Sobre el impacto de la pandemia, 49,8% de los jóvenes consideró que este coronavirus los ha afectado mucho en su vida; el 50,3% de ellos afirmaron haber tenido dificultades para estudiar virtualmente; el 21,3% han perdido su trabajo o han dejado de trabajar; y 15,9% no han podido recibir el tratamiento que necesitan para un problema de salud mental.

En términos generales, en esta población se observa que el 42% presentó cuadros severos de ansiedad, el 40% insomnios, el 31% depresiones, el 28% trastornos vinculados con el estrés postraumático, el 20% síntomas obsesivos compulsivos y el 49,8 % de los jóvenes respondieron que la pandemia ha afectado mucho sus vidas de una u otra forma.

Para el 49,80% de los encuestados que afirman que la epidemia afectó mucho su vida, las dificultades están en el estudio virtual, no poder hacer deporte, afectación en sus relaciones de pareja, pérdida del trabajo y no poder recibir tratamientos de salud mental. Un buen porcentaje indicó que su relación con la familia y los amigos empeoró.

De los encuestados, solo el 56,8% están de acuerdo con que la cuarentena es apropiada y el 20,9% no lo está. Pese a esto, la mayoría de los jóvenes dijeron haber respetado las medidas decretadas.

## Pandemia exagera síntomas de niños y jóvenes con trastorno psiquiátrico previo

La pandemia actual por COVID-19 y el confinamiento son una amenaza para exagerar los síntomas de los niños y jóvenes con un trastorno psiquiátrico previo. Esto se produce dentro de una dinámica familiar afectada por una crisis económica y social.

Esta fue la conclusión del estudio “Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19”<sup>12</sup>, adelantado por Juan David Palacio, Juan Pablo Londoño, Alejandro Nanclares, Paula Robledo y Claudia Patricia Quintero, del Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Explica el estudio que el coronavirus y la COVID-19 son una amenaza de características complejas y de duración incierta, que llevó a muchos países a declarar cuarentena obligatoria. Pero las repercusiones en el contexto social provenientes de la dinámica entre la amenaza (el virus) y las medidas preventivas (el confinamiento) ejercen una presión que afecta al núcleo familiar.

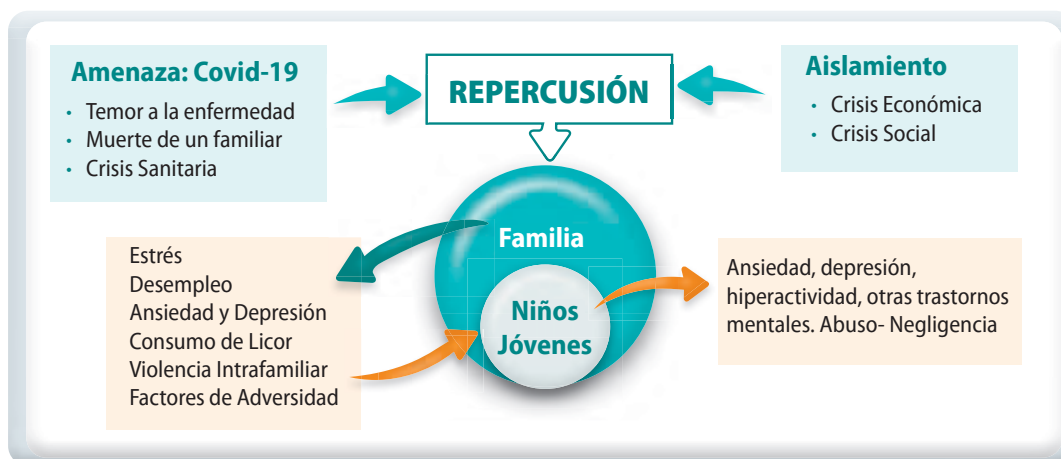
El confinamiento supone una convivencia continua con otras personas que exige cambio en la dinámica familiar. Las familias expuestas previamente a violencia intrafamiliar continuarán con un riesgo latente, y cuantas más dificultades económicas tengan los maltratadores y mayor duración el aislamiento, más posibilidades para el maltrato. Durante esta pandemia, en China se presentaron más casos de depresión y ansiedad en los adultos, que son factores de adversidad potenciales para los niños y adolescentes convivientes.

En el estudio se afirma que, en general, los niños sobrellevan mejor estas situaciones si tienen un adulto estable y tranquilo a su lado. Sin embargo, además de los factores del entorno familiar, se deben tener presentes los factores individuales: características del niño, antecedentes de adversidad, afrontamiento y resiliencia, que en conjunto modulan la respuesta a la amenaza.

Para algunos niños, el cierre del colegio conlleva factores como no tener acceso a educación y alimentación, no tener contacto cara a cara con sus compañeros y con profesores significativos, y no poder realizar sus actividades deportivas y de tiempo libre, entre otros.

<sup>12</sup> Palacio-Ortiz JD *et al.* Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2020;49(4): 279–288.

**Relación entre los elementos: amenaza, aislamiento y repercusión en la familia y los niños**



Fuente: Estudio “Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19”, GIPSI, Universidad de Antioquia.



El médico Roberto Chaskel, experto en psiquiatría, del comité de expertos que asesora al Gobierno nacional en temas de salud mental infantil en la pandemia y la importancia de la alternancia educativa como factor clave para el desarrollo psicosocial de niños y adolescentes, señala que:

*la pandemia ha afectado a nuestros niños tremendamente, a los más pequeños con retrasos en su desarrollo del lenguaje y motriz. Y a los más grandecitos, además de lo anterior, les ha afectado la adquisición de sus conocimientos y especialmente en el desarrollo de la socialización.*

Manifestó que, durante más de un año de emergencia sanitaria por COVID-19, los adolescentes han manifestado episodios de ansiedad, depresión, aumento en consumo de alcohol y drogas, y se han presentado casos de intento de suicidio. Según Chaskel, este fenómeno no se presenta solo en Colombia sino en todos los países, indistintamente si son desarrollados o en vía de desarrollo.

Sin embargo, afirma que, con el cuidado de padres de familia, docentes y directivas de los colegios, el panorama puede mejorar, tal y como lo indica la literatura científica de diferentes estudios: “Todos estos trastornos del desarrollo fueron reversibles gracias a la gran resiliencia que tenemos a nivel cerebral y al aporte que tenemos en padres de familia que están dispuestos a cambiar”.

## **Pandemia podría haber influido en aumento de tasa de suicidios**

Colombia registra aumento de suicidios desde mayo de 2020 luego de la entrada de la pandemia, afirmó el director del DANE, Juan Daniel Oviedo, y alcanzó la cifra más alta en los últimos cinco años: entre enero y julio de este año se quitaron la vida 1489 personas.

Entre enero y abril pasado hubo 958 muertes autoinfligidas, un aumento del 9% (con 79 más) frente a las 879 del mismo período de 2020<sup>13</sup>, cuando se ordenaron las restricciones más drásticas por la pandemia. Esa cifra es la más alta de la última década en número de muertes por esta causa, para el primer cuarto del año.

Al comparar el número de muertes por suicidio en abril de 2020 (en plena cuarentena obligatoria) con el de abril de este año, se observa un aumento de casos del 29,3%. Abril de 2020 fue el único mes en el que el número de estas muertes estuvo por debajo del promedio mensual de los ocho años anteriores.

Según Medicina Legal, en la población en general se ha determinado que la mayor causa de las muertes por suicidio es la enfermedad mental y física, ocupando la depresión el primer lugar. El abuso de drogas también ha influido en el aumento de casos.

Llama la atención que en 2020 los niños entre 10 y 14 años representa-

---

<sup>13</sup> DANE. Estadísticas Vitales EEV-Boletín técnico Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones. 2021.

ron el 4,4% y que se registraron 7 suicidios en menores de 10 años (3 más que en 2019). En esta población es más difícil rastrear las causas, porque en pocas actas de inspección de cadáveres está el motivo.

La más alta mortalidad por esta causa la presentan los hombres. La tasa nacional de mortalidad por suicidio en 2020 fue de 5,4 defunciones por cada 100.000 habitantes. Pero en hombres fue de 8,9 muertes, superándola en un 64,8%, mientras que en mujeres fue de 2 muertes, un 63% por debajo de la medida nacional.

## La atención de la salud mental en Colombia durante la pandemia

Para responder a la situación derivada de la pandemia, el Ministerio de Salud emitió orientaciones técnicas a través de boletines y lineamientos, formó a 5000 profesionales en primeros auxilios psicológicos y 1650 personas de la comunidad recibieron psicoeducación.

Durante la pandemia habilitaron 735 servicios de salud mental y entregaron 1950 autorizaciones transitorias de servicios de atención, más del 90% a través de telemedicina. En fortalecimiento de capacidades, se realizaron 72 escenarios de asistencia técnica con participación territorial.

Desde el 14 de abril de 2020 opera la línea nacional de teleorientación en salud mental, a través de la opción 4 de la línea nacional 192, que presta servicio los siete días, 24 horas, con capacidad instalada para recibir 300 orientaciones/día. Desde allí se hicieron más de 23.000 interacciones con personas de todas las edades y en todo el país. Los motivos más frecuentes de consulta fueron orienta-



ción y apoyo psicológico en situaciones de reacción al estrés, síntomas de ansiedad y depresión, exacerbación de síntomas de trastornos mentales previos, exposición a violencias, conducta suicida, problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Nubia Bautista, Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud, destacó: “En las acciones realizadas entre 2020 y el primer trimestre de 2021, se fortaleció el desarrollo de capacidades a 120 referentes de salud de direcciones territoriales de salud, en gestión e implementación local de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral de Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas”

Esto incluye promoción de la convivencia y prevención de violencias, trabajo en salud mental en comunidades étnicas, soporte de cuidado emocional al talento humano en salud, prevención del suicidio, abordaje del estigma y la discriminación, reducción de riesgos y daños por consumo de sustancias psicoactivas, y otros.

Bautista afirmó que la pandemia por COVID-19 permitió avanzar ante un gran obstáculo que afectaba a la sociedad colombiana, como es el estigma de reconocer la importancia de la salud mental en el bienestar cotidiano. Indicó que en la pandemia se catalizaron las violencias en distintos niveles y órdenes por una mayor convivencia con los generadores de violencia y las disfunciones familiares, ya que una de cada tres familias tiene algún grado de disfuncionalidad.

## El impacto de la pandemia en la salud mental del personal sanitario

Los médicos y el personal de salud enfrentaron una situación sin precedentes cuando la pandemia de COVID-19 los llevó a trabajar en situaciones extremas, así como a tomar decisiones bajo una presión excesiva, viéndose expuestos a diversos agresores para la salud mental, entre los que se destacan el temor a ser contagiados y contagiar a su familia. En consecuencia, se incrementaron los trastornos y afectaciones a

la salud mental en el personal de la salud en Colombia.

Esta es la primera conclusión del estudio "La salud mental del personal de atención en salud en el contexto de la pandemia por COVID-19"<sup>14</sup> del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental (CESISM) de la Universidad CES en Medellín, liderado por su directora, Yolanda Torres, con participación de Gloria María Sierra, Carolina Salas y José Bareño.

Frecuencia de uno o más trastornos mentales

Trastorno	Total de la muestra	Médicos	Enfermeros	Otros profesionales
Total	711			
Ninguno	60,6%	57,1%	69,1%	65,2%
Cualquiera	39,4%	42,9%	30,9%	34,8%
Ansiedad	33,3%	35,4%	27,8%	31,8%
Depresión	23,6%	26,7%	16,7%	18,2%
Insomnio	11,7%	13,0%	10,5%	4,5%

Fuente: Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental (CESISM), Universidad CES, 2020.

El estudio se desarrolló en julio de 2020 con base en encuestas en línea aplicadas a 711 profesionales en Bogotá, Barranquilla, Cali, Medellín y otras ciudades del país por medio de redes sociales, correos electrónicos y mensajería instantánea. Del total de consultados, los médicos representan el 67,9%, el personal de enfermería representa el 22,8% y otros profesiona-

les, como auxiliarles, fisioterapeutas, nutricionistas, casi el 9,3%.

El 67,5% de los profesionales que participaron en el estudio labora en clínicas u hospitales privados, el 25,0% en instituciones públicas y el 7,5% en entidades mixtas. Las áreas laborales en las que se desempeñan son hospitalización, urgencias, Unidades de

<sup>14</sup> Torres de Galvis Y. La salud mental del personal de atención en salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. Grupo de investigación en Salud Mental. Universidad CES. 2020.



# Las tecnologías más frecuentes para hacer que el corazón lata a ritmo

## El 29 de septiembre es el Día Mundial del Corazón.

Es por eso que es una fecha propicia para conversar sobre la salud del órgano muscular que cuando late, bombea sangre que contiene oxígeno y nutrientes por todo el cuerpo. Un corazón sano suministra al cuerpo la cantidad adecuada de sangre a la velocidad propicia para abordar cualquier acción que realice el cuerpo en ese momento. Un ritmo cardíaco anormal, o arritmia, es un cambio en el ritmo o el patrón de los latidos cardíacos. Este cambio de ritmo, durante una arritmia, se considera demasiado rápido o demasiado lento.<sup>1</sup>

La arritmia se manifiesta de diferentes formas, la más frecuente es la Fibrilación Auricular, que afecta a 1 de cada 4 personas mayores de 40 años durante su vida<sup>2</sup>. Por esta razón, se creó la campaña #CuentaCorazón, liderada por Johnson & Johnson Medical Devices y el Colegio Colombiano de Electrofisiología (CCE), que tiene como objetivo generar pedagogía sobre la salud del corazón y la importancia de identificar el ritmo de los latidos para poder no solo brindar un diagnóstico a tiempo sino también dar a conocer las diferentes tecnologías existentes para su tratamiento.

Dado que la fibrilación auricular es una enfermedad progresiva que se vuelve más complicada con el tiempo, la detección temprana y un diagnóstico a tiempo es fundamental para evitar que se desarrolle y genere problemas de salud mucho más complejos, como un derrame cerebral o una insuficiencia cardíaca<sup>3</sup>.

## Medicamentos para la fibrilación auricular

La probabilidad de optar por los medicamentos para manejar la fibrilación auricular es mayor en las primeras etapas de este tipo de arritmia, suele ser la primera ruta antes de contemplar otras alternativas. Existen dos tipos principales de medicamentos: control de la frecuencia y medicamentos para controlar el ritmo<sup>4</sup>.

El medicamento de control de frecuencia se especializa en reducir la frecuencia cardíaca a menos de 100 latidos por minuto. Funciona a través del bloqueo de las señales eléctricas que están siendo emitidas incorrectamente por los atrios. Dos tipos comunes de medicamentos de control de frecuencia son los bloqueadores beta y los bloqueadores de los canales de calcio<sup>5</sup>.

El medicamento de control del ritmo se utiliza por lo general cuando la medicación de control de frecuencia no tiene éxito y funciona para restablecer el ritmo normal de su corazón. Los medicamentos para el control del ritmo también se pueden denominar "cardioversión de medicamentos" o "cardioversión química". Dos medicamentos clave para el control del ritmo son los bloqueadores de los canales de sodio y los anticoagulantes<sup>5</sup>.

Existe evidencia que sugiere que las personas a las que no se les logra controlar la fibrilación auricular con estos medicamentos, o que pueden ser alérgicas a ellos, lograrán mejores resultados con la ablación con catéter.<sup>4</sup>

## Ablación por catéter

Esta técnica en la actualidad se ha convertido en un procedimiento de uso más frecuente, es utilizado para prevenir la fibrilación auricular recurrente.<sup>4</sup> Los ensayos y la investigación han demostrado que este tipo de procedimiento de ablación tiene índices de complicaciones relativamente bajos e índices de éxito superiores para los pacientes seleccionados adecuadamente.<sup>4</sup>

El procedimiento es no quirúrgico, se lleva a cabo a través de un médico especialista en electrofisiología. Durante el procedimiento de ablación con catéter, el electrofisiólogo utilizará una aguja delgada para permitir que los catéteres ingresen a través de su vena o arteria, por lo general se procede por la ingle o el cuello.<sup>6</sup>

Posteriormente, los catéteres se introducen y guían al corazón con la ayuda de monitores de rayos X, generalmente por un sistema de cartografía cardíaca 3D, el cual mostrará un mapa del corazón del paciente y un sistema de navegación por el mismo. Guiado por este mapa, el médico instala un catéter en el corazón para identificar el núcleo que emite las señales eléctricas anormales. Cuando se localiza la fuente de la arritmia de cada paciente, los catéteres terapéuticos se usan para crear cicatrices pequeñas en la parte específica de los tejidos del corazón. Este proceso bloquea las señales eléctricas anormales que causan la arritmia.<sup>6</sup>

Bajo el marco del Simposio sobre la Fibrilación Auricular 2020, una iniciativa educativa de tradición de Biosense Webster y Johnson & Johnson Institute, el profesor Karl Heinz Kuck presentó los resultados del estudio prospectivo y aleatorio ATTEST, estos revelaron que, transcurridos tres años, los pacientes que tuvieron el procedimiento de ablación por radiofrecuencia tenían aproximadamente 10 veces menos probabilidades de desarrollar fibrilación auricular persistente a diferencia de los pacientes tratados con medicamentos antiarrítmicos. Además, se demostró que tenían menor probabilidad de desarrollar fibrilación auricular recurrente. Si se confirman estos resultados, se podría concebir una justificación para la ablación precoz en pacientes mínimamente sintomáticos o incluso asintomáticos con fibrilación auricular paroxística<sup>7</sup>.

**Referencias:** **1.** Mi Arritmia. [https://getsmartaboutafib.net/sites/default/files/user\\_uploaded\\_assets/pdf\\_assets/2019-09/Qu%C3%A9%20es%20una%20arritmia.pdf](https://getsmartaboutafib.net/sites/default/files/user_uploaded_assets/pdf_assets/2019-09/Qu%C3%A9%20es%20una%20arritmia.pdf). Acceso: 29 de septiembre 2021 **2.** Waktare JEP (2002) Atrial Fibrillation. *Circulation* ; 106:14–16. **3.** Oral H, Pappone C, Chugh A, Good E, Bogun F, Pelosi F, et al. Circumferential pulmonary-vein ablation for chronic atrial fibrillation. *N Engl J Med.* , 354 (2006), pp. 934–941 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa050955> **4.** Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D et al. (2016) 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 37 (38): 2893–2962. **5.** American Heart Association, <https://www.heart.org/en/health-topics/atrial-fibrillation/treatment-and-prevention-of-atrial-fibrillation/atrial-fibrillation-medications>. **6.** Mi Arritmia. Fibrilación Auricular. <https://getsmartaboutafib.net/es-419/publico-general/diagnosticado-recientemente/opciones-de-tratamiento/ablacion-por-catheter>. Acceso: 29 de septiembre 2021 **7.** Johnson & Johnson. Lo más destacado del Simposio sobre Fibrilación Auricular 2020. Recuperado de: J&J <https://jinjinstitute.com/es-emea/news/lo-mas-destacado-del-simposio-sobre-fibrilacion-auricular-2020>. Acceso: 29 de septiembre 2021

Cuidados Intensivos, Unidades de Cuidados Intermedios y áreas administrativas.

Entre los primeros hallazgos se encontró que los profesionales de la salud temen ser contagiados y contagiar a su familia, ser discriminados y agredidos por trabajar en un hospital o clínica donde se atienden los pacientes, que un compañero de trabajo sea diagnosticado con COVID-19 y, lo más doloroso, que pueda morir por la enfermedad causada por el virus.

En el estudio se aplicaron escalas validadas sobre los trastornos mentales de ansiedad, depresión, problemas de sueño o insomnio. Del total de la muestra, cerca del 40,0% de los consultados cumplió con los criterios para padecer de algún tipo de trastorno.

Los médicos son los más afectados en todos los trastornos estudiados, al presentar ansiedad en un 35,4%, depresión en un 26,7% e insomnio en un 13,0%. Les sigue la categoría de otros profesionales con el 31,8% de ansiedad, el 18,2% de depresión y el 4,5% de insomnio. Por su parte, de los enfermeros el 27,8% padece ansiedad, el 16,7% depresión y el 10,5% insomnio.

“Esta situación se acompaña por sentimientos de disgusto, pena y culpa, y culmina en síndrome de desgaste profesional, fenómeno que se conoce como *moral injury*, definida como estrés psicológico, uno de los agresores más severos en estos tiempos”, explicó la psiquiatra Torres.

Parte de esa situación se deriva de los factores a los que se expone el personal de salud, como tener que aislarse de su familia por el trabajo clínico, falta de Equipos de Protección Personal (EPP) adecuados, participar en áreas que no hacen parte de su especialidad, largas jornadas laborales, cansancio físico y mental, pérdida de la rutina personal, rechazo y agresión por segmentos de la sociedad, y excesiva información médica y no médica relacionada con el coronavirus (infodemia).

De ahí que otra importante conclusión fue la baja proporción de apoyo psicológico (47%) y la deficiencia de

EPP. También se destaca que esta pandemia se originó en el apogeo de redes sociales y una infodemia de la cual el personal de salud es un blanco importante.

### Factores de riesgo para uno o más trastornos

Factores de riesgo	RD (IC95%)
Preocupación por infectar a su familia con COVID-19	3,79 (1,10 - 13,06)
Ser profesional	2,78 (1,59 - 4,85)
Discriminación social	2,60 (1,90 - 3,57)
Nivel de formación posgrado	2,08 (1,21 - 3,58)
Preocupación por infectarse de COVID-19	2,02 (1,30 - 3,12)
Aumento de trabajo durante la pandemia	1,74 (1,18 - 2,55)
Ser médico	1,68 (1,15 - 2,45)
Contacto con pacientes COVID-19	1,53 (1,13 - 2,08)
Trabajar en el área de hospitalización	1,39 (1,01 - 1,93)

Fuente: Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental (CESISM), Universidad CES, 2020.

“Debido a diversas razones en el contexto y la atención de la pandemia, no sorprende que el personal de la salud sea especialmente susceptible a sufrir trastornos del estado de ánimo, como ansiedad, depresión e insomnio. Estos factores, en conjunto, hacen de esta pandemia una tormenta emocional que ocasiona que la salud mental de los médicos y trabajadores de la salud se vea afectada, lo cual ha sido documentado por nuestro estudio”. Afirmó Torres

Agregó que la pandemia por COVID-19 generó un ambiente propicio para el deterioro de la salud mental de la población y especialmente de los profesionales de salud, pero que hoy se cuenta con intervenciones basadas en la evidencia que deben aplicarse prontamente en forma de apoyo psicológico brindado en el lugar de trabajo.



## Síndrome de Agotamiento Profesional, una de las mayores afectaciones en la salud mental del personal de salud

Carlos Gómez Restrepo, psiquiatra y psicoanalista, epidemiólogo clínico, salubrista y Decano de Medicina de la Universidad Javeriana, afirma que la pandemia conllevó efectos sobre la salud mental de todas las personas y en especial del personal de salud:

“Existen diversos reportes que muestran cifras superiores al 30-50% representados en insomnio, depresión y ansiedad, cifras 4 a 5 veces más altas que lo reportado prepandemia. Asimismo, el estrés derivado de la situación que vivimos por casi 18 meses aumentó el Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP), comúnmente conocido como Burnout. Este síndrome frecuente en personal de salud se incrementó en 1,5 o 2 veces más, dependiendo de la especialidad y lugar de trabajo en la pandemia”.

Indica también el psiquiatra: “Se evidenció en el personal de salud el sufrimiento derivado del insomnio que aquejó a muchos colegas, predominantemente en los inicios de la pandemia; el incremento del estrés, ansiedad y depresión asociados a los tres picos de la pandemia, y un desgaste del personal donde el SAP se asocia íntimamente al trabajo y estrés derivados de la atención de la pandemia”.

Explicó que todas las mediciones de estas problemáticas son muy sen-

sibles al momento de medición, así como al tipo de especialidad, evidenciando mayor riesgo para aquellos profesionales en primera línea: “Sin embargo, estos grupos y en especial puedo dar cuenta de nuestro hospital (San Ignacio), han aprendido a enfrentar idóneamente estos riesgos, lo cual unido a la vacunación de todo el personal condujo a una mayor tranquilidad al profesional de la salud, nuestros residentes y estudiantes de pregrado, así como en sus familias”.

Indica Gómez-Restrepo que la carga derivada del actuar en una institución de salud o consultorio, y sentirse como posible vector del COVID-19, conllevaba culpas e inquietudes que sobrecargaban aún más al personal de salud: [...] y en muchas circunstancias llevó a muchos colegas a vivir fuera de casa, aislarse y disminuir la interacción con su familia, tanto de ellos como de sus hijos, cónyuge, padres, hermanos y otros familiares. Esto es lo que he denominado ‘una sobrecarga en la soledad’, y claramente un estrés en las familias del personal de salud”.

Previendo estos efectos, la Facultad de Medicina, el Hospital Universitario San Ignacio y Javesalud iniciaron tempranamente un seguimiento de gran parte del personal con equipos integrados por los profesores médicos psiquiatras de la facultad y residentes, liderados por algunos que habían aplicado técnicas basadas en grupo (técnicas de grupos Ballint). Se hicieron algunas adaptaciones para acompañar a los grupos de médicos y enfermeras durante la pandemia.



▼  
**Carlos Gómez Restrepo**  
Decano de Medicina de la  
Universidad Javeriana

## Se han dado mayores compensatorios al personal de salud y se han implementado desde la facultad y la universidad actividades de ejercicio, culturales y grupales que ayudan a enseñar y planear formas que favorecen la salud mental y física.

Esta estrategia conllevó muchos aprendizajes y conocimientos para innovar, realizar intervenciones tempranas sobre los grupos y ayudar a presentar soluciones a los inconvenientes derivados de la pandemia.

También se instituyó una estrategia que derivó en el programa “Mentes Colectivas”, liderado desde el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, donde a través de una plataforma virtual diseñada para ello y con voluntarios entrenados, se acompaña y se apoya a todas aquellas personas que lo han requerido. Además, se han dado mayores compensatorios al personal de salud y se han implementado desde la facultad y la universidad actividades de ejercicio, culturales y grupales que ayudan a enseñar y planear formas que favorecen la salud mental y física.

### Urgencia de innovación en la atención al paciente

Señala el decano que el mundo entero enfrenta la pandemia, pero en Colombia tuvimos situaciones particulares que se fueron destapando durante esta y dejaron aprendizajes, además de que se tomaron algunas decisiones con gran incertidumbre y en ocasiones con muchos miedos, que hoy en día podríamos pensar y aprender de lo realizado. En un simposio alrededor del tema en la Universidad Javeriana, el decano comentó: “La pandemia por COVID-19 representa un punto de inflexión, que conlleva una serie de eventos complejos que tienen y tendrán importantes repercusiones en lo biológico, lo psicológico, lo social, lo político, lo económico, lo educativo, lo religioso, lo cultural y en la civilización”.

Y agregó: “La pandemia cambió y cambiará nuestra vida de relación, nuestra manera de ver y vivir el mundo, nuestras ideas acerca de los otros y sus cuidados de la salud. Nos hará entender la gran interdependencia entre cada una de las partes con las demás personas, la interacción de los sistemas (salud, educación, económico, etc.) que pretendíamos independientes y que hemos vivido como desarticulados. Nos mostrará la importancia del componente biopsicosocial en cada paciente y de lo que suelo llamar ‘determinantes psicosociales’ y su influencia sobre las comunidades y las personas. Esta experiencia y sus aprendizajes nos harán pensar interdisciplinariamente, nos mostrará nuevas rutas y oportunidades, nos hará innovar y pensar solidariamente, de manera altruista y generosa, en torno al cuidado y respeto por los otros y por nosotros. Podremos, con lo aprendido, realmente reflexionar sobre el futuro y como disminuir la incertidumbre y las inequidades”.

Concluyó el decano: “Hemos innovado y tendremos que innovar aún más en la atención de los pacientes, sobre todo de aquellas personas con dificultades derivadas del COVID-19 y que tendremos que rehabilitar, de todos los que dejamos de atender por miedos a asistir a las instituciones de salud y que vieron atrasadas o canceladas sus intervenciones en salud. Igualmente tendremos en la telesalud un instrumento que se impuso, necesitaremos mejorar el conocimiento y competencias de todo el personal para atender los problemas en salud mental que son una realidad hoy en día, en diseñar estrategias comunitarias para responder a la pandemia de los trastornos mentales, en pensar en la globalización y en sus ventajas y desventajas para la salud, en optimizar los modelos de educación en salud, en optimizar las intervenciones en casa. Estas son tan solo algunas de las necesidades e ideas hacia el futuro”.

## Cómo abordar la salud mental en la postpandemia

Urgentemente se requiere una Política de Salud Mental frente a la pandemia, en la prevención y la atención clínica. Como en términos generales todo el mundo ha sido afectado, se requiere rehabilitación psiquiátrica postpandemia. Es una necesidad urgente en todo el país, porque la pandemia del COVID-19 no solamente deja secuelas físicas sino también psicológicas; muchísima gente necesita una rehabilitación para retomar el camino. Como se confía que la situación se está estabilizando, va a ser cada vez más patente la cantidad de secuelas que requieren rehabilitación.

Así lo afirmó Álvaro Rodríguez Gama, Profesor de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, quien advierte que no hay un solo colombiano que no haya sido afectado por la pandemia, ya sea porque sufrió la enfermedad, porque tuvo familiares graves en UCI o muertos entre sus allegados: “Todos y cada uno de los colombianos han sido afectados. Además, como es una cuestión social, la sola información genera preocupación para todo el mundo”.

El profesor aclara, por ejemplo, que las dimensiones de la pandemia superan lo contabilizado:

“Primero: en Colombia las cifras oficiales hablan de alrededor de

132.000 muertos (hasta agosto pasado), pero en cuatro oportunidades el DANE ha revelado que hay 19.000 más casos en estudio que no se han sumado, probablemente todos sean de COVID. Entonces, 150.000 sería la cifra real de muertos, algo descomunal. Y segundo: figuran 4.900.000 contagiados según el Ministerio de Salud, pero como no se hacen pruebas a toda la población, no hay la información completa de los casos leves. Unos 10 millones de colombianos habrían sido afectados por el virus y muchos ni siquiera se enteraron de que tuvieron el virus en infecciones asintomáticas”.

Señala el docente: “El impacto psicológico del COVID ha sido en todo. Es como si hubiera nuevas costumbres, como si hubiera una nueva civilización, como si emitieran nuevas formas de comunicación, y todo se ha vuelto de unas dimensiones enormes de virtualidad y sobre todo de incertidumbre, temor y zozobra generalizada. Todo el panorama es complejísimo. Es una pandemia que ha afectado a todo el mundo, en mayor o menor medida”.

Rodríguez estima que las afectaciones psicológicas por la pandemia incluyen ansiedad, depresión, intento de suicidio, incertidumbre, aumento de conflictos familiares, grandes dificultades económicas para por lo menos cuatro quintas (4/5) partes de la

Foto tomada de [www.asale.org/academicos/alvaro-rodriguez-gama](http://www.asale.org/academicos/alvaro-rodriguez-gama)



**Álvaro Rodríguez Gama**  
Profesor de Psiquiatría de la  
Universidad Nacional de Colombia



**Los más afectados son todo el personal que está expuesto y en primera línea, muy cercano a las UCI y la posibilidad de contagio personal. Ahí ha habido desde situaciones de heroísmo, de resiliencia, pero también mucha situación de Burnout, de agotamiento y gente sufriendo.**

población, que implican tensiones emocionales por la disminución del ingreso económico y el impacto de las deudas. También refiere aumento del consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas ilícitas, porque gente muy ansiosa, deprimida, frustrada, acude a estas para enfrentar los problemas.

Algunas afectaciones psicológicas derivan directamente del impacto de la enfermedad y otras de las medidas de bioseguridad. Explica el profesor Rodríguez: “El confinamiento para muchísima gente es terrible. Es más complicado para aquellos en condiciones de hacinamiento: si hay 13 millones de viviendas en Colombia, donde casi la mitad son de menos de 50 m<sup>2</sup> en las cuales viven varias personas, ese confinamiento lleva al hacinamiento y este genera una cantidad increíble de problemas. También afecta mucho a quienes les gusta salir, a personas muy sociables que no están hechas en su psicología para el distanciamiento social ni para el confinamiento”.

Considera el psiquiatra que se afectan relaciones afectivas de toda índole por el distanciamiento social; por la comunicación, la educación y el ambiente laboral obligados desde la virtualidad; y el aumento de cuadros graves de depresión que llevan al suicidio, con subregistro en las estadísticas.

Otro efecto psicológico muy complicado de la pandemia es un sentimiento de culpa generalizado de que quién contagio a quién. Advierte el docente: “Incluso

genera situaciones familiares de dimensiones psicológicas desastrosas, porque está la preocupación de quién trajo el virus a la casa. Hay una cantidad de culpas que se viven echando unos a otros”.

Otro impacto psicológico delicado es en el personal de salud, indica Rodríguez: “Los más afectados son todo el personal que está expuesto y en primera línea, muy cercano a las UCI y la posibilidad de contagio personal. Ahí ha habido desde situaciones de heroísmo, de resiliencia, pero también mucha situación de Burnout, de agotamiento y gente sufriendo. Me decía un médico que estaba acostumbrado a que muy de vez en cuando se le moría un paciente, pero ahora se le morían 6, 7 u 8 diarios; el impacto de semejante situación en la mente del personal de salud es grandísimo y a eso se suman situaciones como que más de la mitad del personal sanitario carece de condiciones laborales adecuadas. Muchísimos médicos sin un contrato de trabajo en medio de una pandemia. Desempeñar semejante labor clave y heroica, y no les pagan, todo eso impacta negativamente”.

Concluyó el profesor Rodríguez que en Psiquiatría y Salud Mental hay una sobre-exigencia para los profesionales, porque son millones de personas afectadas psicológicamente por la pandemia y el nivel de consulta aumentó exageradamente.

### **Se necesita modelo de atención integral en Salud Mental**

Cuando el equilibrio emocional está flojo, si algo lo afecta más como la pandemia [...] Sin duda, si la salud física va a dejar una huella de gato, la salud mental va a dejar una huella de elefante, y en ese sentido tenemos que entender los actores del sistema de salud que

se deben articular servicios mucho más ágiles, reactivos, que permitan atender estas necesidades en salud mental de manera pronta e integral, necesitamos un modelo de atención integral en salud mental.

Así lo manifestó el psiquiatra Rodrigo Córdoba, docente e investigador de la Universidad del Rosario, quien agregó que ante los cambios a que obligó la pandemia en la salud mental, hay una batalla en la que todavía estamos todos rezagados, y es el modelo de atención. Indicó:

Tenemos que generar un modelo de atención que no sea fragmentado, ni episódico, ni reactivo, con una visión integral en la atención de las patologías y de los problemas mentales. Tenemos que persistir en la lucha contra el estigma en general, perseverar y mostrar que el cuerpo y la mente son una unidad, que tenemos que incentivar y promover la atención integral.

Para que la población enfrente los efectos en la salud mental que deja la pandemia, es tarea de todos los actores del sistema de salud el facilitar el acceso a la atención para salud mental en la postpandemia, señala el profesor Córdoba: "Es una tarea de todos: aseguradores, prestadores. Todos debemos facilitar el acceso a la salud mental. Es uno de los retos grandes. Campañas que disminuyan el estigma, que seamos mucho más ágiles en la atención, que no tengamos el paciente golpeando de lado a lado, y comprometer al Talento Humano en Salud. La situación de

la salud mental está mostrando señales de alarma en este momento y requiere una atención urgente".

Explicó que la problemática de salud mental no es un problema pandémico: "Antes de que empezara la pandemia, en 2019, la Organización Panamericana de la Salud presentó uno de los estudios más ambiciosos de cara a la enfermedad: el 59% correspondía a Enfermedades No Transmisibles, pero de ese 59%, un 20% correspondía a trastornos mentales, neurológicos, abuso de sustancias o suicidio. La pandemia por factores relacionados, como aislamiento social, temor a perder la vida, a perder familiares, los cambios en el confinamiento que significaron un impacto en todos los grupos de edad, se convirtieron en factores de riesgo importante para salud mental".

Indicó que las primeras acciones estuvieron encaminadas a disminuir el impacto de la pandemia, a identificarlo con fundamento en el conocimiento, la detección temprana y la intervención precoz: "Las acciones estuvieron más orientadas hacia los síntomas que hacia los problemas y el diagnóstico, y al seguimiento de pacientes con trastornos mentales establecidos, ofreciéndoles soporte y ayuda desde la perspectiva de la virtualidad".

## **Ampliar y fortalecer prestación de servicios de salud mental**

No es el momento de escatimar en salud mental. Por el contrario, es momento de entender que no hay salud



**Rodrigo Córdoba**  
Docente e investigador de la  
Universidad del Rosario



Equipo de atención de la Clínica la Inmaculada, entidad especializada en la atención de salud mental

sin salud mental, como afirma la OPS (Organización Panamericana de la Salud). Estamos en el momento preciso para hacer el fortalecimiento de la prestación de servicios en salud mental en todos los niveles de atención.

Esta es la propuesta del psiquiatra Oscar Javier Ribero, Director Científico de Clínica La Inmaculada, centro hospitalario especializado en salud mental perteneciente a la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús en Bogotá.

Luego de advertir que no se ha acabado la pandemia, señala que presenciamos la evolución de un proceso absolutamente catastrófico en todos los escenarios, tanto sociales como económicos, interpersonales y demás. Especificó: “Ahora que tenemos un mundo diferente, necesitamos las herramientas de la salud mental para alcanzar estados de salud adecuados. ¿Qué hacer para potencializar el acceso a la Salud Mental en todos los niveles poblacionales? La tarea y los objetivos deben dirigirse hacia la ampliación del acceso a la salud mental en todos los niveles de atención, porque una población que tenga más acceso a salud mental va a ser mucho más productiva económicamente, va a ser socialmente más responsable y en el entorno actual donde las dificultades cada vez impactan más el comportamiento de las personas, necesitamos más intervenciones de salud mental”.

El psiquiatra señala que uno de los efectos de la pandemia sobre la salud mental fue visibilizar las enormes dificultades y carencias de acceso a un muy buen cuidado de salud mental en nuestras poblaciones: “Situaciones vividas en esta pandemia nos llevan a darle muchísima más relevancia a las condiciones asociadas con la enfermedad mental y el mantenimiento de la salud mental”.

Indicó que se incrementaron de manera significativa los casos de depresión, los relacionados con trastornos de ansiedad, que, en conjunto con las dificultades económicas y sociales, y la incertidumbre por la pandemia, hacen que aquellas poblaciones que están en más riesgo, las de más vulnerabilidad, vean interrumpida la secuencialidad en la vida, generando así síntomas como los mencionados.

En la Clínica La Inmaculada se incrementó la demanda de servicios de salud mental por afectaciones en todos los grupos de edad, indica el director científico: “Pero llama mucho la atención el incremento de problemáticas en el grupo de niños, niñas y adolescentes, por trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, específicamente depresión”.

La Clínica La Inmaculada participa en la construcción de lineamientos para la atención de la pandemia, explicó el psiquiatra Ribero: “La Política Nacional de Salud Mental y la Política para Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas nos dan un marco de referencia para la ejecución de acciones concretas que deben ser implementadas en salud. Lo que hizo la pandemia fue dar un escenario de implementación. Entonces, los elementos componentes de la construcción procedimental para la preservación y la intervención en la salud mental de nuestras poblaciones está fundamentada en esos dos documentos, contruidos antes de la pandemia”.

Al incrementarse la demanda de servicios de salud mental por la pandemia, las instituciones han fortalecido su capacidad instalada, indicó el especialista: “No tenemos un programa específico de salud mental en COVID. La pandemia es tan solo uno de los elementos sobre los cuales transcurre la prestación de servicios en salud mental. Es probable que en un futuro no muy lejano exista un nivel de especialización específico en la prestación de los servicios dedicados a estos pacientes”.

“Para mejorar el acceso ante el aumento de la demanda de servicios, se amplió la atención con herramientas de telesalud”, indicó el director científico:

El fortalecimiento de los servicios viene con la ampliación del acceso a través del uso de herramientas como la telesalud mental. Nuestra clínica ha mantenido los indicadores de atención oportuna gracias a la posibilidad de prestar nuestros servicios a través de dichas herramientas, específicamente la telemedicina interactiva.

## **Fortalecer promoción y prevención en Salud Mental en entornos laborales**

Para el psicólogo David Zaretsky, magíster en Gestión Humana, miembro invitado de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo sector TIC del Ministerio del Trabajo, e investigador del Modelo PER COVID-19 Colombia, la pandemia, no solo en el mundo laboral, sino en

todos los aspectos de la vida, generó nuevas interacciones, nuevos retos, que nos obligaron a adaptarnos a un estilo de vida para el cual no estábamos preparados y a generar estrategias para salir adelante.

Indica Zaretsky que la Ley 1616 de 2013, o Ley de Salud Mental, busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental. Y en octubre de 2020 el Gobierno nacional, en la Circular 064, establece acciones mínimas de evaluación e intervención de los factores de riesgo psicosocial, promoción de la Salud Mental y prevención de problemas y trastornos mentales en los trabajadores durante la emergencia sanitaria por COVID-19, dirigida a empleadores públicos y privados, trabajadores dependientes e independientes, y contratantes de personal.

En la Circular 064 el Ministerio de Trabajo considera necesario fortalecer acciones y medidas de prevención e intervención conducentes a proteger la salud mental y el bienestar de los trabajadores de sectores económicos que desempeñan actividades de forma remota o presencial.

Señala que la incertidumbre frente al futuro, el temor, la preocupación, la ansiedad por el contagio y el aislamiento social pueden producir un impacto psicológico en la población trabajadora generando un alto nivel de estrés, lo cual puede llevar a alteraciones de salud mental como: 1) Cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad, excesiva felicidad),



▼  
**David Zaretsky**  
Miembro invitado de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo sector TIC del Ministerio del Trabajo

## En la pandemia, las ARL deben buscar las estrategias más apropiadas para armonizar normas anteriores con los protocolos de bioseguridad o acciones para mejorar la salud mental de los trabajadores

crisis emocionales; 2) Cambios en el comportamiento, como consumo nocivo de sustancias psicoactivas, agresividad, reacciones emocionales negativas, violencia intrafamiliar, entre otras; y 3) El impacto psicológico en los duelos por la pérdida de un familiar o persona allegada a causa de la enfermedad.

Sin embargo, como el artículo 6 de la Ley 2052/2020 establece que los trámites deberán realizarse en línea, solamente podrá aplicarse la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial de manera virtual a partir del momento en el que el Ministerio del Trabajo publique en la página web del Fondo de Riesgos Laborales el *software* de la aplicación de la batería, lo cual se plantea para cuando se supere la Emergencia Sanitaria por COVID-19.

Entretanto, los empleadores, contratistas y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) deben continuar la Gestión del Riesgo Psicosocial durante la Emergencia Sanitaria, cumpliendo con las guías y lineamientos adaptados a las condiciones de la pandemia, e implementar las estrategias mínimas para la interven-

ción de los factores psicosociales, promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y trastornos mentales por la COVID-19. Por ejemplo, debe mantenerse activo y funcionando el Comité de Convivencia Laboral, con normas de bioseguridad y con énfasis en el uso de herramientas tecnológicas que reduzcan el contacto personal.

La Circular 064 establece como estrategias mínimas para dicha intervención el aspecto psicosocial del trabajo en casa; la armonización de la vida laboral con la vida personal y familiar; la comorbilidad, el trabajo y el aspecto psicosocial; y la postpandemia.

Explica Zaretsky que las ARL deben desarrollar acciones de promoción y prevención, como indican la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1086 de 2015, y, en salud mental, la Resolución 2404 de 2019: “En la pandemia, las ARL deben buscar las estrategias más apropiadas para armonizar normas anteriores con los protocolos de bioseguridad o acciones para mejorar la salud mental de los trabajadores”.

Las ARL deben desarrollar acciones de prevención e intervención, como campañas y espacios de capacitación, en el desarrollo de actividades destinadas a reducción del estrés y mejoramiento de las condiciones organizacionales y recursos personales para el manejo de las reacciones emocionales y conductuales más frecuentes ante situaciones de crisis como la pandemia. Además, deben implementar una línea



telefónica de ayuda, de intervención psicosocial o soporte en crisis no presencial, atendido por profesionales de la salud mental que brinden un espacio de escucha, orientación y apoyo emocional y primeros auxilios psicológicos a los trabajadores.

Los trabajadores deberán cumplir con las medidas de prevención adoptadas en los centros de trabajo por el empleador o contratante, como asistir a las capacitaciones realizadas por el empleador o la ARL; cuidar su salud (autocuidado) y suministrar información clara, veraz y completa de su estado de salud; colaborar para mantener un entorno organizacional favorable y libre de violencia; conocer y participar en la detección de los factores de riesgo psicosocial; informar situaciones que pongan en riesgo el entorno y sus integrantes; participar en eventos de divulgación sobre el tema; y realizar las actividades sugeridas por el empleador o la ARL.


Reitera Zaretsky que los impactos de la pandemia en el mundo laboral fueron inmensos, por lo que cuidar la salud mental es una responsabilidad que debemos tomar muy en serio: “Esta nueva realidad nos impone adaptarnos con cambio de hábitos. Hay unos básicos, como mantenernos bien informados, y mantener rutinas adoptadas en la pandemia, como lavado de manos constante, planear actividades, mantener protocolos de bioseguridad y de aseo personal, consumir alimentos saludables en horarios fijos, hacer ejercicio y tener una rutina para trabajar y descansar”.

Agrega que las empresas deben desarrollar acciones para garantizar el retorno laboral seguro, muy de la mano con actividades de promoción y prevención, con participación frecuente de los trabajadores y ojalá de sus núcleos familiares. Ello porque en informes de las ARL y los ministe-

rios de Salud y Trabajo se concluye que la gran mayoría de contagios no se dan en los entornos laborales dentro de las empresas, que cumplen protocolos de bioseguridad, sino que se generan en ambientes donde el trabajador no se cuida, como la reunión familiar, la salida con los amigos, acciones independientes de la realidad empresarial que el empresario no puede controlar.

Zaretsky enfatiza la necesidad de mantener acciones de promoción y prevención en Salud Mental, un tema totalmente transversal, que toma muchísima importancia a raíz de la pandemia, e invita a que todos seamos más solidarios: “Como empresarios y como trabajadores, no podemos dejar de preocuparnos por los demás; seguirmos cuidando, seguirmos preparando ante situaciones adversas, y, si tengo alguna afectación, acudir a profesionales de la EPS o la ARL que puedan apoyarme ante situaciones de ansiedad, temor, miedo, estrés. Es una invitación a fortalecer la Salud Mental y lo más valioso, a seguir adelante: la resiliencia debe ser un estilo de vida”.

Y quienes no están en el mercado formal del trabajo, sino que laboran en la economía informal, deben identificar y promover las acciones de salud mental en los entes territoriales, municipios y departamentos que deben brindarlos a la comunidad en general y a quienes están en el régimen subsidiado, indica Zaretsky: “Todos los habitantes del país tienen derecho a acceder a esos servicios de promoción y prevención en salud mental. Es una responsabilidad de los entes territoriales a través de las Secretarías de Salud el desarrollar este tipo de acciones”.

Concluye Zaretsky: “La pandemia nos dio muchos retos. El más valioso es seguir apoyando a los demás. Ofrecamos ayuda a las personas que nos rodean, seamos sus aliados; ante esta situación es demasiado importante y no podemos perder esa humanización. La pandemia nos dio una gran enseñanza y es el ser más solidario. Ojalá no perdamos esta oportunidad de ser mucho más solidarios al volver a esta nueva realidad, mucho más humanos, mucho más cercanos, y buscar estrategias para salir adelante y enfrentar otras situaciones críticas que la vida nos traerá”. 



## Con la ruta del medicamento, COHAN le apunta a la integralidad en el servicio

**R**espaldada por su experiencia en la gestión de los servicios farmacéuticos en red con sus hospitales asociados, orientada por las políticas internacionales de la OPS, los soportes formativos y científicos, así como por la evolución de los marcos jurídicos; COHAN es hoy referente en la gestión de la ruta del medicamento.

Un proceso que, para los clientes de la Cooperativa, como Savia Salud EPS, Nueva EPS, Prosalco y las personas privadas de la libertad en instituciones carcelarias del país, representa acompañamiento, tecnología, logística y personal experto para ir más allá de

la comercialización y la dispensación, promoviendo el uso adecuado de las medicinas y un seguimiento que minimice los riesgos de la formulación para lograr la eficiencia.

Esta es la tendencia que se da hoy en el sistema de seguridad social, en donde los prestadores de servicios de salud, con millones de afiliados, ya no se encargan de tener sus propias farmacias, sino que contratan otros gestores para administrar la entrega de medicamentos y dispositivos médicos de forma segura y con un acompañamiento profesional.

## Siete pilares hacia la integralidad



**Logística Centro de Distribución (CEDI) COHAN:** tras la negociación con las casas farmacéuticas, la ruta inicia con la recepción técnica y administrativa de los medicamentos y equipos médicos, la gestión de inventarios, el almacenamiento; así como el picking y packing. Continúa con la distribución a los servicios farmacéuticos propios y en red, con una logística organizada y la trazabilidad de la cadena de suministros.



**Red de dispensación y servicio farmacéutico:** la red nacional y departamental se atiende mediante tres modalidades: atención de usuarios con red propia de farmacias; atención de usuarios con red en convenio con hospitales asociados y entidades privadas y; atención mediante la modalidad domiciliaria, con diferentes puntos de servicios farmacéuticos en Colombia.



3

**Sistema integral de tecnologías y gestión de la información:** Con HERINCO, sistema propio de información en ambiente *web*, COHAN lleva una trazabilidad de los derechos de los usuarios, los soportes de entregas, el control de inventarios, la facturación, las tutelas y PQRS, las altas tempranas; así como el control de interacciones con otros medicamentos. Información que, a través de su unidad de análisis, facilita la toma de decisiones a las entidades contratantes.

Cuenta, además, con un *call center* con Inteligencia Artificial, un *software* en modalidades de *DEMAN DRIVEN* para garantizar disponibilidades en promedio del 95 %, un *software* de *tracking* para entrega de fórmulas y la APP COHAN MÁS VITAL para programar o solicitar productos a domicilio.

4

**Programa de Atención Farmacéutica Integral (PAFI):** gracias a la gestión de la información, el equipo de químicos farmacéuticos de COHAN hace seguimiento a los pacientes, con programas de atención farmacéutica integral, de farmacovigilancia y tecnovigilancia; personalizando el servicio al usuario y generando ahorros al sistema de salud.

5

**Gestión del conocimiento:** a través del “Politécnico COHAN Ciencias de la Salud” la Cooperativa capacita a los auxiliares de los servicios farmacéuticos para que, con conceptos unificados en la atención, promuevan un servicio estándar según la normatividad. Además, se programan eventos y jornadas de actualización y entrenamiento como el Encuentro de Servicios Farmacéuticos y el Encuentro para Pacientes.

6

**Gestión del riesgo farmacéutico - cogestión:** con los hospitales asociados, COHAN hace una caracterización de las poblaciones y una clasificación de pacientes. La aplicación de sus medicamentos y atención especializada se hace en la IPS especializada de COHAN o en los hospitales asociados donde reside cada paciente.

7

**Co-gestión del riesgo financiero y de incentivos:** para promover la farmacoeconomía, minimizando el desabastecimiento y garantizando el despacho oportuno de medicamentos, con los hospitales y entidades asociadas a la Cooperativa y las EPS cliente, COHAN elabora el portafolio de medicamentos, diseña modelos de contratación, de pagos, de presupuestos, ofrece estímulos e incentivos a los asociados que dispensan los medicamentos con la Cooperativa, hace seguimiento a los costos, así como a la valoración de los contratos y de los programas.

# ACHC realizó el Primer Congreso Virtual Hospitalario para proyectar el futuro del sector salud colombiano



Bajo el lema “Aprendiendo del futuro para proyectar el futuro de la salud”, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas organizó el **Primer Congreso Virtual Hospitalario ACHC**, realizado del 25 a 27 de agosto de 2021, en el que 39 expertos, nueve internacionales y 30 nacionales, presentaron valiosas experiencias y propuestas para afrontar los desafíos actuales y futuros en la gestión técnica y administrativa de la prestación de servicios de salud, en la construcción de políticas públicas de salud y en la evolución de los sistemas de salud.

Este primer congreso virtual de la ACHC, al que asistieron cerca de 800 miembros del sector salud colombiano y latinoamericano, contó con la participación de las principales autoridades y agentes del sector salud de nuestro país, autoridades de Inspección, Vigilancia y Control del país, y las experiencias de reconocidas entidades hospitalarias colombianas y de 5 países iberoamericanos en el abordaje del COVID-19. Además, los líderes políticos colombianos más importantes en la actualidad dieron a conocer sus propuestas para el

futuro de la salud, y expertos conferencistas internacionales y nacionales abordaron las tendencias e ideas para gestionar la prestación de servicios de salud en la pospandemia.

Bajo la visión de expertos de orden internacional, se abordaron temas como “Desafíos en la reapertura y prestación de servicios de salud en la pospandemia”, con Vidal Seegobin de la compañía Advisory Board; “Cómo cuidar la salud mental del talento humano en salud en la nueva realidad” con Luiz Gustavo Vala Zoldan del Hospital Albert Einstein; “Salud reimaginada” con Ana Van Poucke, Líder Global de Salud en KPMG; “Alianzas que generan valor en la pospandemia y en la nueva economía de la salud” con Jorge Isaac González, Director de la Línea Salud para Latinoamérica en PWC; y “Ecosistemas digitales de Salud, retos y oportunidades para hospitales y clínicas”, con Jorge Torres, Director de Desarrollo de la Práctica de Salud de McKinsey para América Latina, entre otros.

Este importante evento académico permitió concluir que la pandemia por COVID-19, que impactó al mundo entero en 2020, obliga a la

transformación del sistema de salud mediante el diseño, construcción y consolidación de modelos de atención centrados en el usuario y con fuerte énfasis en promoción y prevención, nuevos planes institucionales y financieros, iniciativas de asociación y alianzas estratégicas soportadas con ecosistemas digitales, y la conformación de redes y micro-redes de servicios, con fuerte apoyo y protección al talento humano que garantiza la atención.

**“Los hospitales y clínicas han permanecido con esmero”:  
Dr. Andrés Aguirre**

Durante la instalación del evento, el Dr. Andrés Aguirre Martínez, Presidente de la Junta Directiva de la ACHC, hizo un reconocimiento a la labor dedicada de los hospitales y los profesionales de la salud en un entorno muy retador y muchas veces adverso, como lo ha sido la pandemia por COVID-19. “Han mantenido el norte a pesar de la presión, nadie ha claudicado a pesar de los ataques y señalamientos [...] Han permanecido con esmero”, señaló al expresar su gratitud.

Recordó que la realidad de los hospitales en Colombia no fue diferente a la realidad de otros países. Además, hizo un llamado a no perder de vista la calidad y, citando a Michael Porter, recordó que la reducción de costos sin mirar los desenlaces es peligrosa y puede llevar a falsos ahorros. “La

invitación a todos los agentes del sistema es a no caer en una trampa de reducción de costos, que termina siendo perjudicial para los desenlaces de salud que esperan las personas”, enfatizó.

En su reflexión, el doctor Aguirre destacó la importancia de las habilidades blandas en el manejo de la crisis por parte de los gerentes y líderes de los hospitales y clínicas e invitó a no perder de vista la conexión entre lo que hacemos y lo que somos. “El sistema lo hacemos nosotros, las normas las interpretamos nosotros y debe permanecer ese espíritu del arte de la medicina [...] el llamado es a cultivar el propósito, los valores y la conexión social”, señaló.

Así mismo, invitó a todos los agentes del sector a proteger los hospitales y a entender su importancia, y al sector hospitalario, específicamente, a no perder el sentido de lo que hace, seguir enfocados en la calidad de la atención, la experiencia del servicio y el cuidado responsable de los recursos. Concluyó el presidente de la ACHC:

*“En un mundo redondo no se puede ser cuadrado. Por ello, esto necesita un cambio de creencias [...] Este sistema no puede ser para un negocio, para aprovechar un mercado. El sistema está hecho para brindar servicios de salud humanos con eficiencia, con ética y con la mejor evidencia disponible para ayudarle a los colombianos.”*



▼  
Dr. Andrés Aguirre Martínez,  
Presidente Junta Directiva ACHC en la  
Instalación del Primer Congreso Virtual  
Hospitalario ACHC



Intervención del señor Ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz en la apertura del Congreso de la ACHC

### Minsalud: Clínicas y hospitales, fundamentales en la pandemia

En el marco del congreso virtual de la ACHC, el Ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz, en nombre del Gobierno nacional y de la sociedad colombiana, agradeció al sector hospitalario el gran esfuerzo realizado durante un año y medio de pandemia, y muy especialmente el esfuerzo para afrontar el tercer pico:

*“Los hospitales y clínicas de Colombia han dado una contribución excepcional para nuestro país, para la seguridad sanitaria, para la búsqueda del bien común y para la posibilidad de pensar una normalidad y una reactivación económica. La pandemia no ha terminado. Tendremos nuevos retos. Existe la eventualidad cierta de un cuarto pico con nuevas variantes que están ingresando al país. Pero con el avance del Plan Nacional de Vacunación y las coberturas que estamos logrando, y con el apoyo de hospitales y clínicas, podremos lograr la posibilidad de una afectación mucho menor, especialmente en términos de muertes”.*

El ministro invitó a mantener “nuestra alerta, nuestra capacidad instalada, nuestros equipos en funcionamiento. Ojalá no tengamos necesidad de utilizarlos, pero, sin embargo, siempre estar presentes y siempre estar pensando en la potencialidad de una eventualidad, de un eventual cuarto pico en nuestro país”.

Y respecto de las expectativas del Ministerio de Salud para el último año del Gobierno actual, el doctor Fernando Ruiz señaló:

*“La orientación de nuestro ministerio se irá fundamentalmente a tratar de perfeccionar los aspectos críticos estructurales que deben implantarse y posibilitarse en nuestro sistema de salud; temas muy importantes como el mejoramiento de todos los procesos de integración de los Planes de Beneficios en Salud a nivel nacional, la implantación de la Historia Clínica Electrónica y la facturación electrónica”.*

### De hospitales resilientes a hospitales transilientes



Conferencia Dr. Juan Carlos Giraldo Valencia, Director General ACHC.

En la conferencia inaugural, Juan Carlos Giraldo, Director de la ACHC, presentó una propuesta para pasar de los hospitales resilientes a instituciones *transilientes*.

Señaló que la pandemia evidenció que los recursos humanos son la clave fundamental en el funcionamiento de los sistemas y que se requieren nuevas y mejores respuestas multilaterales para enfrentar el reto que tiene un sistema de salud cuando llega una pandemia como la de la COVID-19.

Además, recalcó que, actualmente, estamos más que conscientes que no habrá un sistema de salud eficaz para la población que no esté basado en Atención Primaria en Salud, con fuertes componentes de salud pública.

Giraldo resaltó cómo, ante la pandemia, el sistema de salud colombiano y sus hospitales se precian de haber sido resilientes, de haber respondido al desafío en la medida de sus capacidades: “Pero no podemos quedarnos ahí. Hay que invocar algunos movimientos nuevos, y otros recientes, para tratar de evolucionar y no quedarnos solamente en ser resilientes”.

Y propuso avanzar de la resiliencia a la *transiliencia*, que para el caso del sistema de salud se define así:

El *transiliente* es aquel sistema que reconoce el papel de la atención médica en el sistema humano-ecológico y responde a las crisis de tal manera que evita futuros desequilibrios en el poder, el acceso a la atención y los resultados de salud. Actualmente, los sistemas de salud a nivel mundial perpetúan muchos daños sociales y ecológicos que afectan tanto a quienes prestan como a quienes reciben atención.

## El balance de la administración de la pandemia

En el panel “La administración y el gobierno de la pandemia por COVID-19 en Colombia” participaron el Viceministro de Salud, Dr. Luis Alexander Moscoso, la Directora del Instituto Nacional de Salud, Dra. Martha Lucía Ospina, y el Director de la Federación Nacional de Departamento, Dr. Didier Tavera, quienes detallaron los retos, dificultades y logros de las autoridades sanitarias y territoriales en el país durante el último año y medio para atender y



Panel sobre la administración de la pandemia con la participación de la Dra. Martha Lucía Ospina, directora del INS; Dr. Luis Alexander Moscoso, Viceministro de Salud y el Dr. Didier Tavera, Director de la Federación Nacional de Departamentos. Moderado por el Dr. Andrés Aguirre Martínez.

mitigar el impacto de la pandemia por COVID-19. Este panel fue moderado por el Dr. Andrés Aguirre Martínez, Presidente de la Junta Directiva de la ACHC.

Durante su presentación el Dr. Alexander Moscoso, Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, señaló que, para enfrentar la pandemia por COVID-19, el Gobierno nacional determinó cuatro grandes estrategias: Aislamiento preventivo obligatorio, Aislamiento flexible con desescalada global, Distanciamiento social responsable, y Regreso a la nueva normalidad. Para adelantar estas cuatro fases, se determinaron unas respuestas sectoriales: el fortalecimiento de capacidades con acciones de coordinación intersectorial, vigilancia en salud pública, fortalecimiento de la red de laboratorios, y coordinación entre aseguradores, prestadores y entidades territoriales.

Ante la conciencia de que mientras las personas estaban en aislamiento el contagio seguiría aumentando, de acuerdo con las predicciones del Instituto Nacional de Salud (INS), se buscó organizar la atención. Para esto, se generaron 37 planes de acción en conjunto con los departamentos, fortalecimiento la disponibilidad de camas de cuidados intensivos, al pasar de 5.300 camas a casi 13.200 camas, y al pasar de una UCI por 100.000 atender 11 a 26 UCI en menos de 8 meses.

También se fomentaron las capacidades de coordinación y articulación, instancias de análisis y de recomen-



dación: se creó el Comité Asesor, Comité Asesor de Vacunas, Comité Estratégico y la Instancia Asesora. También se dio acompañamiento territorial con el PMU (Puesto de Mando Unificado) y se hicieron más de 3.500 asistencias técnicas y más de 2.000 visitas de campo.

Esta gran respuesta sectorial demandó un trabajo articulado entre todos los actores e inversiones muy grandes: casi \$3,6 billones en mantener el aseguramiento de la población colombiana, dado que muchos perdieron el empleo y la capacidad de pago, y muchas personas entraron en mora. Se hicieron inversiones importantes en salud pública y en el Plan Nacional de Vacunación, hasta ahora estimadas en 4,4 billones de pesos, además de más de 10 billones de pesos de destinación del FOME (Fondo de Mitigación de Emergencias). Todo esto aparte de todas las destinaciones en los otros sectores.

Por su parte la doctora Martha Lucia Ospina, Directora del Instituto Nacional de Salud (INS), explicó las cuatro líneas de acción del INS como parte del Plan Nacional de Respuesta a la Pandemia de COVID-19:

- 1. Modelamiento matemático:** Se inició desde enero de 2020 con seguimiento a la información de Wuhan. Se fortaleció el grupo de modelamiento del INS en el Observatorio Nacional de Salud, y así se han hecho los modelos de Colombia que se corren semana a semana, que han sido sumamente cercanos a la realidad. Esos modelos matemáticos, como las microsimulaciones recientes con los diferentes linajes que circulan, han permitido que Colombia tenga una información excelente de primera línea.
- 2. Laboratorio:** Tuvo el reto enorme de implementar biología molecular en el territorio nacional, partiendo de crear la capacidad de diagnóstico que no existía y de implementar el Protocolo Berlín. Colombia fue el primer país de América Latina en tener este protocolo. El INS acompaña a cada laboratorio y estableció una red que tiene 198 laboratorios de 3 tipos: los laboratorios departamentales de salud pública; los laboratorios co-

laboradores en salud pública, que vinculan universidades y centros de investigación; y los laboratorios comerciales. Indicó Ospina:

Ese fue el reto más grande. seguimos acompañando ese proceso para tener esos laboratorios funcionando de manera idónea. Creamos SisMuestras, un repositorio nacional en donde todos los laboratorios envían sus resultados de laboratorio [que] nos permite tener como una torre de control, sacar muestras probabilísticas para la vigilancia genómica y consultar lo que pasa en el territorio.

Hoy, Colombia es el primer país de América Latina con la mayor velocidad en publicar resultados de genómica en GISAID, 40 días, similar a la de países desarrollados.

- 3. Vigilancia en salud pública:** El Ministerio de Salud, por primera vez en la historia, creó un sistema complementario: el E-COVID, un sistema de información que recoge datos hospitalarios, los integra al sistema de vigilancia y crea esa gran central de llamado para hacer la estrategia PRASS en Colombia. Esto se complementó con la vigilancia tradicional en salud pública del país.
- 4. Investigación:** Se hace en paralelo con las otras tres líneas de acción. Existen tres grandes paquetes de investigación: estudio de seroprevalencia en Colombia; investigación en genómica o de linajes, que permite caracterizar cómo están en el país la participación probabilística real con tamaños muestrales en cada lugar de Colombia y la caracterización filogenética de nuevos linajes; y, más recientemente, investigaciones ultraespecializadas de neutralización: con los sueros de vacunados de diferentes vacunas y sueros de personas que estuvieron hospitalizadas,





Desarrollo de conferencias con la participación de expertos internacionales

se observa la capacidad neutralizante de diferentes linajes de los virus cultivados.

Respecto a la labor de los entes territoriales, Didier Tavera, Director de la Federación Nacional de Departamentos, señaló que los gobernadores, posesionados en enero de 2020, enfrentaron ya en marzo una realidad totalmente distinta para la cual habían sido elegidos y tuvieron que convertirse en gerentes de la crisis sanitaria, social y económica generada por la pandemia.

Los gobernadores enfrentaron desafíos complejos, como la articulación con el Gobierno nacional, el manejo de los hospitales públicos, la mayoría de ellos con problemas financieros y una dependencia enorme del régimen subsidiado, y la garantía del orden público en medio de las restricciones, los toques de queda, el aislamiento y la reapertura para avanzar hacia la normalidad. Afirmó Tavera:

*“Se tuvieron que modificar presupuestos para atender la emergencia sanitaria. Ahora viene el nuevo desafío: qué va a ocurrir en 2022 para garantizar ese financiamiento. Hoy las ESE públicas tienen una dependencia total del proceso presupuestal de los departamentos y de la Nación. Pero en este momento necesitamos esa contratación, tener un Plan de Choque para 2022 en esas finanzas departamentales de la red pública hospitalaria. Hoy surge la necesidad de fortalecer la competencia y la autoridad sanitaria de los gobernadores, y de fortalecer el ámbito administrativo de las secretarías de salud departamentales y municipales.”*

Tavera destacó que las ESE públicas tienen la obligación de cumplir y atender a los pacientes, y llevar la carga de esta atención en la pandemia en municipios y departamentos. Destacó que es muy positivo el balance de la actuación de las clínicas y los hospitales, y la articulación del gobierno regional a través de las gobernaciones y de las alcaldías. El papel de la Federación en este proceso fue ser articulador de esos procesos.

## Logros y propuestas de la vigilancia y control al sistema de salud colombiano

Otro aspecto que se abordó en el Primer Congreso Virtual Hospitalario ACHC fue el estado actual y hacia dónde avanzar en la vigilancia y el control del sistema de salud. En este panel se contó con la participación de la Dra. Lina Aldana, Contralora Delegada para el Sector Salud, el Superintendente Nacional de Salud, Fabio Aristizábal, y el Viceprocurador General de la Nación, Antonio Emiro Thomas. El panel fue moderado por el Dr. Roberto Esguerra Gutiérrez, Miembro Honorario de la Junta Directiva de la ACHC y Editor de Hospitalaria.

Lina Aldana, Contralora delegada para el Sector Salud, informó que desde el segundo semestre del año anterior iniciaron auditorías financieras y de cumplimiento a las 28 EPS del país, y que este año iniciaron un

seguimiento permanente al Plan Nacional de Vacunación. En esa tarea encontraron inconsistencias significativas entre el número de registro de datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), que es de 9,6 millones de personas, respecto de las proyecciones poblacionales del DANE, con 6,8 millones de personas. Un caso específico: encontraron en la BDUA a 27.869 personas ya fallecidas en el régimen contributivo y 21.956 en el subsidiado, cuya compensación, según el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), asciende a \$160.000 millones. Encontraron, además, 248.956 personas que tienen más de 100 años, “de las cuales 3109 tendrían entre 120 y 267 años”, indicó Aldana.

La Contraloría Delegada también encontró incumplimiento de obligaciones en flujo de recursos: excedentes por \$516.000 millones no fluyeron a la red de IPS en 7 de las 28 EPS; y de \$17 billones de ingresos corrientes entre abril y diciembre de 2020, no fluyeron \$0,52 billones.

En el proceso también hubo 510 hallazgos en auditorías a las 28 EPS, de los cuales el 27% corresponde a hallazgos fiscales relacionados con los recursos por \$550.000 millones. Y en auditorías a 10 hospitales, se dieron 89 hallazgos, de los cuales 10 tenían una connotación fiscal por \$8000 millones. En suma, en auditorías y fiscalización hubo hallazgos por \$560.000 millones. Es imperativo rescatar la racionalidad de los recursos, la eficiencia de los recursos del



Panel sobre Vigilancia y Control, hacia dónde avanzar, integrado por la Dra. Lina Aldana, Contralora Delegada para el sector salud, Dr. Fabio Aristizábal Ángel, Superintendente Nacional de Salud y Dr. Antonio Thomas, Viceprocurador General de la Nación y la moderación del Dr. Roberto Esguerra Gutiérrez, Editor de la Revista Hospitalaria

sector en beneficio de un derecho colectivo a la salud. Esta es “una misión inconclusa en la que todos los actores, desde la Contraloría, la Procuraduría y la Supersalud, tenemos que aportar para lograr que el sistema funcione correctamente”, explicó Aldana.

Antonio Emiro Thomas, Viceprocurador General de la Nación, expuso que desde que inicio la pandemia esta entidad ha adelantado 563 procesos disciplinarios, 690 procesos de intervención y más del mil procesos preventivos relacionados con la gestión de la emergencia sanitaria por el COVID-19 y en la vigilancia del uso de los recursos públicos.

El viceprocurador indicó que, a más de un año de su declaratoria, es posible ratificar que la pandemia sacó a la luz la fractura de nuestra política de salud en el componente de salud pública. Afirmó Thomas que el análisis de indicadores:

*“Puso al descubierto una inequidad en el acceso a los servicios de salud; por ejemplo, el menor acceso a pruebas entre regiones del país y un menor acceso para los afiliados al régimen subsidiado, además del indicador del exceso de mortalidad en 2020, que ilustra la inequidad y mayor exposición de los afiliados al régimen subsidiado a la mortalidad a causa de otros diagnósticos.”*

También advirtió que las entidades territoriales y los aseguradores siguen enfrentando dificultades para articular y desarrollar sus procesos de atención en vigilancia epidemiológica que van desde la georreferenciación de sus afiliados hasta la consolidación del equipo de talento humano en salud para el desarrollo de programas de seguimiento como el PRASS. Además, señaló que el sector debe reformular los modelos de atención para recuperar el

## **El viceprocurador indicó que, a más de un año de su declaratoria, es posible ratificar que la pandemia sacó a la luz la fractura de nuestra política de salud en el componente de salud pública.**

equilibrio en la atención de las enfermedades crónicas que se descuidaron y recuperar la salud mental de los colombianos, que se ha visto afectada por la pandemia.

Por su parte, el Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal, explicó cómo las decisiones que toma esa entidad pueden afectar a diferentes miembros del sistema y por ello se toman bajo un modelo de riesgo sistémico. Recordó que a la fecha se han liquidado 11 EPS y sus 6,4 millones de afiliados fueron trasladados a otras EPS, donde reportan alto grado de satisfacción. También destacó que hoy las EPS sin medida especial tienen un superávit patrimonial cercano al billón de pesos y las EPS con medida especial tienen un déficit patrimonial de \$5,5 billones: “Si no hubiéramos tomado las decisiones, tendríamos un déficit patrimonial cercano a los \$11 billones, que estarían soportados en los prestadores v

El doctor Aristizábal destacó que en las Mesas de Flujo de Recursos y las Jornadas de Conciliación ya llevan \$2,8 billones aclarados y conciliados de manera oficial de esta manera: \$1,4 billones en las Mesas, \$774.000 millones en Jornadas, \$361.000 millones en desistimientos y \$252.000 millones en compromisos de depuración de cartera. También informó que en la actualidad hay 16 hospitales intervenidos, 7 durante la pandemia.

Concluyó que en la gestión de vigilancia se han identificado más de 70 modalidades de malas prácticas de todos los actores, por lo que considera que la crisis no es del sistema, sino de algunos de sus actores.

## Los aprendizajes en pandemia para los agentes del sistema

Los principales líderes del sector salud colombiano también compartieron con los asistentes al Primer Congreso Virtual Hospitalario ACHC los desafíos y aprendizajes que les ha dejado el abordaje de la pandemia por COVID-19.

En este panel, moderado por el Dr. Carlos Francisco Fernández, Editor de Salud del diario El Tiempo, participaron la Dra. Elisa Carolina Torrenegra, Directora de Gestarsalud; la Dra. María Fernanda Atuesta, Presidente de Assosalud; la Dra. Lina María Triana, Presidente de la Sociedad Colombiana de Sociedades Científicas; el Dr. Gustavo Morales, Presidente de Acemi; Dennis Honorio Silva, vocero de la organización Pacientes Colombia, y el Dr. Juan Carlos Giraldo Valencia, Director de la ACHC.

Cada uno de los líderes gremiales presentó las principales acciones que

emprendieron sus sectores desde el mismo momento que se empezaron a dar las alertas de la inminente llegada al país de este virus. Expusieron cómo a través de sus gremios articularon la implementación de las directrices del Gobierno nacional dándole un tratamiento de urgencia, el trabajo de gestión del conocimiento para aportar a los protocolos nacionales y para preparar al talento humano de sus instituciones, los ajustes y adecuaciones en los procesos para poder cumplir con la atención de salud a los colombianos, y los principales aprendizajes que consideran ha dejado hasta ahora la pandemia para el sector salud.

Para los gremios aseguradores, el principal desafío que asumieron fue asegurar, vale la redundancia, la atención en salud en medio del confinamiento y la migración de la atención presencial a la telemedicina, fortaleciendo los sistemas de información. Carolina Torrenegra, Directora de Gestarsalud señaló que la parte científica y técnica de la pandemia ha sido bien manejada en el país y las fallas se han dado es en la comunicación desde el Gobierno y en la demora en la decisión de la compra de vacunas. Concluyó que es necesario de revisar las condiciones de vida de la población más pobre y vulnerable para intervenir y gestionar diferente.

Por su parte, Gustavo Morales, Presidente de Acemi, indicó que la pandemia, en general, ha pasado y las fallas en el país se han dado en el manejo en las incapacidades, el rastreo de



Panel sobre aprendizajes y desafíos de los agentes de sector salud por la pandemia de Covid19 en el que participaron los voceros y líderes de los gremios aseguradores, de profesionales de la salud, pacientes, los hospitales y clínicas y fue moderado por el Dr. Carlos Francisco Fernández, Editor de Salud de El Tiempo.

contactos y la demora en la compra de las vacunas. Enfatizó en que es necesario eliminar algunas barreras conceptuales del sistema, ya que la salud puede ser un motor de crecimiento económico. Es necesario dejar de verlo como gasto, entenderlo como factor de crecimiento y ver a los agentes privados del sector a servicio de una causa pública, que es la salud, y no como apéndices del Estado.

Dennis Silva, como vocero de los pacientes, expuso que, al inicio de la pandemia, las mayores dificultades que enfrentaron fue el acceso a las pruebas de manera oportuna y a las atenciones programadas, y puso énfasis en que la mayor preocupación que tienen es que se dé la reactivación completa del sistema de salud porque, en este segundo año de pandemia, se está observando un nivel crítico de las enfermedades que no se atendieron.

Para María Fernanda Atuesta, Presidente de Assosalud, la pandemia demostró el desconocimiento que se tiene desde el Gobierno en la identificación de las profesiones de salud en el país, lo que dificultó el acceso a la bonificación que entregaron al talento humano. Sin embargo, destacó también que el Plan Nacional de Vacunación haya logrado rápidamente vacunar al personal de la salud en este año.

Lina Triana, Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, señaló que el principal aprendizaje de la pandemia es que quedó demostrada la necesidad de



En Congreso Virtual de la ACHC los asistentes conocieron las lecciones que ha dejado la pandemia en España, México, Brasil, Argentina y República Dominicana, con la participación de los líderes de los principales gremios hospitalarios de estos países y la moderación del Dr. Juan Carlos Giraldo, director general de la ACHC.

fortalecer el sistema, enfocarlo en la Atención Primaria en Salud y lograr que todos los actores se sientan parte del sistema.

El Dr. Juan Carlos Giraldo Valencia, Director de la ACHC, recordó que el sector prestador ha respondido a todos los desafíos que le ha impuesto la pandemia, ampliando y adecuando sus capacidades, capacitando a su talento humano, gestionando el conocimiento y cumpliendo con su misión. Advirtió que el país tiene que aprender a gerenciar mejor los tiempos valle de la pandemia, que toda la sociedad debe asumir esta responsabilidad y que para ellos se debe crear una conciencia, no basada en el miedo, sino en una cultura del cuidado colectivo. Es por eso por lo que el Gobierno tiene que recomponer todas las medidas colectivas. El doctor Giraldo concluyó que no se pueden desaprovechar los aprendizajes de la pandemia, que mostró qué funciona bien y qué no, y que sobre esto se deben hacer los cambios al sistema de salud.

# Candidatos presidenciales presentaron sus propuestas para el sector salud en el Congreso de la ACHC

El Primer Congreso Virtual Hospitalario ACHC también dedicó un espacio para conocer las “Propuestas para el futuro del sistema de salud colombiano” en un panel con los líderes políticos y precandidatos presidenciales. Estos presentaron su visión y propuestas de ajuste al sistema de salud colombianos. En este panel participaron el Dr. Juan Manuel Galán, precandidato del Nuevo Liberalismo; el Dr. Oscar Iván Zuluaga, Precandidato del Centro Democrático; Dra. Dilian Francisca Toro, Directora del Partido de la U; y el Dr. Jorge Enrique Robledo; Senador de la República y candidato por el nuevo partido político Dignidad, y el Dr. Gustavo Petro, Senador y precandidato por el movimiento Colombia Humana. Las siguientes son algunas de sus percepciones y propuestas para el futuro del sistema de salud.



**Juan Manuel Galán** enfatizó que debemos entender la salud como una política de Estado desde los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), como un tema de seguridad nacional, un derecho y una oportunidad para todos, pilar de la política de paz, y sector vital en

la recuperación económica del país que debe ser pionero en Ciencia, Tecnología e Investigación (CT+I).

Afirmó que se debe transitar hacia un sistema libre de ineficiencias y clientelismo y restaurar la rectoría técnica con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS), entidad que debería instalarse de inmediato. También, que se deben acabar las barreras administrativas de acceso a la salud; transversalizar la atención a los DSS; consolidar pagos directos de la ADRES a las IPS; pagar obligaciones billonarias (\$6 billones) de malas intervenciones y liquidaciones de EPS; establecer incentivos de calidad para IPS, EPS y agentes estatales; y aumentar del 7 al 9% el gasto de salud, ya que el de Colombia es uno de los más bajos de la OCDE.

Galán también propone fortalecer el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y el Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta; aumentar del 1 al 3% el gasto en vacunas, excluyendo la del COVID-19; reglamentar Ley de Enfermedades Huérfanas; respetar la dignidad y los derechos del Talento Humano en Salud y mejorar sus condiciones laborales; limitar la integración vertical, de manera que aseguradores y prestadores cumplan su rol; y tener una Superintendencia Nacional de Salud técnica, despolitizada y enfocada en mejorar el sistema, no solo en liquidar.



**Jorge Enrique Robledo** indicó que su propuesta para el sistema de salud sigue en construcción, con aportes de expertos y entidades del país. Señaló que hay cosas por preservar, como la afiliación universal y el aumento de recursos para la salud, y otras por mejorar, como los recursos de la red pública, calidad de la atención, el maltrato a las IPS y la profunda corrupción.

Señaló que Colombia es muy débil en cuanto a gasto en salud por habitante, comparado con otros países, por lo que debe cuidarse cada peso y cada centavo porque son recursos vitales: “Los \$50 billones al año son recursos públicos que deben cuidarse”.

Indicó que en el mundo hay modelos de aseguradoras de salud sin ánimo de lucro de los que podemos aprender: “El único rey del sistema debe ser el paciente. Todos deben estar a su servicio y no al revés. No debe ser un sistema al servicio de las EPS”.

Robledo enfatizó: “No voy a estatizar el sistema de salud. No voy a regresar a antes de la Ley 100”. Y presentó dos ideas centrales de su propuesta: mejorar calidad del servicio y bajar costos. Se propone crear un modelo real de salud preventiva, crear redes de IPS de Atención Primaria en Salud, mejorar la calidad de la medicina guiada por hacer mejor las cosas y no por gasto.

Además, propone cuidar las IPS públicas y privadas, unificar la forma de facturar para evitar glosas arbitrarias, aumentar recursos a IPS públicas porque en la pandemia se demostró que son imprescindibles, eliminar la politiquería y el clientelismo, mejorar condiciones laborales, eliminar intermediarios, ADRES como único recaudador y pagador, unificar en un solo régimen el contributivo y el subsidiado, compras centralizadas del Estado de medicamentos e insumos, producir más medicamentos en Colombia, y crear un Fondo Anticatástrofes y Antipandemias.



**Dilian Francisca Toro** propuso repensar el sistema de salud y hacer cumplir la Ley Estatutaria en Salud que reconoce la salud como derecho fundamental. Producto de las lecciones aprendidas en la pandemia, planteó rediseñar institucionalmente el sistema de salud con el Estado como rector y la sociedad civil como actor principal, fortalecer las Secretarías y Consejos territoriales.

Manifestó que es fundamental redefinir los roles de los actores del sistema de salud, regular la integración vertical, destinar 92% de la UPC a prestación del servicio y 8% a administración (EPS), reglamentar un verdadero Plan de Beneficios implícito con reglamentación de exclusiones y una Política Farmacéutica clara (sobre todo en enfermedades de alto costo).

También propuso mejorar la Atención Primaria en Salud y fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que se coordinaron muy bien en la atención de la pandemia; honrar los pagos a las IPS y cumplir el Acuerdo de Punto Final en su totalidad; hacer pagos directos a IPS públicas y privadas; fortalecer la Red Pública



Hospitalaria; establecer un sistema de salud diferencial para zonas apartadas que trabaje en DSS e incentivos al talento humano; definir una política pública para el talento humano que garantice estabilidad laboral y pagos oportunos; y adecuar y financiar un sistema de CT+I nacional y con líneas estratégicas de investigación.

Una de sus ideas centrales es financiación al 100% del sistema para superar el déficit permanente en el régimen contributivo y subsidiado y buscar otras fuentes de ingresos con impuestos progresivos. Toro afirmó:

*“Si queremos cambiar el sistema de salud, debemos tener Salud Familiar y Comunitaria, PyP, estabilidad del Talento Humano en Salud (THS), CT+I, y aumentar del 7,2% al 9,2% del PIB el aporte al sector para financiar cambios al sistema de salud que garantice acceso y calidad del servicio para todos.”*

Afirmó que esta sería la única forma de tener al paciente en el centro, sobre todo para mejorar indicadores de salud y mejorar la calidad de vida. Por último, invitó a un gran consenso sobre una reforma estructural al sistema de salud, donde el paciente sea el centro y así tener salud con oportunidad y calidad.



**Oscar Iván Zuluaga** afirmó que, tras la atención a la pandemia, los ciudadanos valoran la institucionalidad en salud creada por la Ley 100/93 y que el enfoque del sistema de salud debe estar en Promoción y Prevención (PyP), bajo el principio rector de tener que salir a buscar el paciente. Para ello, explicó que debe optimizarse el uso de los \$8 billones destinados a PyP, e incorporar a la atención la salud mental y el médico familiar.

En Talento Humano en Salud (THS) propuso acelerar la transición de la formalización en el pago de profesionales de la salud, hacer acuerdos con sociedades científicas y la academia para ampliar las capacidades y los cupos de especialistas, y formar especialistas con enfoque regional para su ejercicio profesional.

En infraestructura hospitalaria, propuso priorización para cerrar las brechas que dejó la pandemia, fortalecer la red de laboratorios y el sistema de pruebas, y la ejecución de recursos por parte de las regiones.

Respecto a vigilancia y control, señaló que el problema no es de normas ni de crear más leyes, sino de actuar en los siguientes cuellos de botella: que cada actor del sistema cumpla su rol para evitar fraudes, continuar el sistema de depuración de los aseguradores y lograr que el mecanismo de glosas no constituya una barrera en el flujo de recursos del sistema.

Para garantizar la sostenibilidad financiera, planteó atacar la informalidad y la evasión para lograr la premisa de la sostenibilidad financiera del sistema con el 60% de afiliados en el régimen contributivo y 40% en el subsidiado. Indicó que el sistema no está concebido ni diseñado *a/ debe*, por lo que el pago de flujos oportunos es cláusula insustituible para el éxito de la prestación del servicio. Manifestó que deben depurarse las cifras del pasivo, tener cuentas claras y depuradas, y avanzar en el desmonte del No-POS para lograr un sistema único sobre la premisa de presupuestos máximos.

En cuando a inclusión digital, indicó que la magnitud de la participación del sector salud en el PIB exige un sistema de información único de libre acceso para todos los actores del sistema. Señaló asimismo que la pandemia de-



mostró que la telemedicina es una herramienta confiable para agilizar la atención, el diagnóstico y la movilidad del sistema, y que tener la Historia Clínica Digital es una tarea inaplazable.

Y, entre otros temas adicionales, subrayó que el sistema de salud pospandemia es una de las claves para la reactivación económica por las grandes posibilidades de transformación productiva de bienes e insumos; que urge la transformación y digitalización del Invima y sus procesos de registro; la entrega de medicamentos a pacientes crónicos y adultos mayores ya es parte central de la prestación del servicio; y que el turismo de salud es una fuente de exportación del talento médico.



**Gustavo Petro Urrego** recalcó que debates en 20 años en el Congreso de la República para cerrar cicatrices del sistema de salud con la esperanza de que funcionara bien, son, hasta ahora una promesa incumplida, porque no han funcionado los “remedios” para la Ley 100/93.

Agregó que las cifras y estadísticas a nivel mundial en la pandemia muestran que Colombia obtuvo resultados terribles por estratos sociales y las relaciones de poder atravesadas por el virus. Por ello, la pandemia permitió vislumbrar nuevos caminos sobre el tipo de reforma




▼ Panel sobre propuesta para el futuro del sector salud colombiano en el que participaron los líderes políticos y precandidatos a la Presidencia de la República.

que debería hacerse al sistema de salud, con apertura a la juventud, apertura de nuevas facultades de medicina y enfermería para suplir el déficit de estos profesionales en el país.

Señaló que la pandemia demostró que las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) estaban concentradas en ciudades con capacidad de pago con oferta de servicios especializados suficiente, saliendo a la luz debilidades de la red pública hospitalaria en las regiones: “El Estado debe cubrir lo que el mercado no cubre, poner la red al máximo nivel tecnológico y que no compita entre sí”.

Reiteró que no existe el sistema de salud preventivo porque no es un negocio desde el punto de vista económico y las rentabilidades, sino desde el punto de vista de la vida y la prevención de la enfermedad. Recordó la experiencia de talla mundial de los Territorios Saludables que conformó en Bogotá, con atención extramural y altos indicadores en prevención.

Por ello, Petro resumió su propuesta en un sistema de salud preventivo para Colombia; un sistema territorializado de salud en la casa con eje en el hospital, porque la prevención tiene que ver con todo lo relacionado con agua potable, calidad del aire y del medio ambiente; y servicios de salud en el territorio, todo lo cual sería una construcción para los próximos cuatro años. 

## **BENEFICIOS**

- 1) Suministra presión positiva continua en las vías aéreas (CPAP).**
- 2) Indicado para terapia de expansión pulmonar intermitente y para tratar la falla respiratoria hipoxémica aguda.**
- 3) Reduce la necesidad de intubación endotraqueal y la mortalidad a corto plazo.**
- 4) Mejora variables fisiológicas como la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión sistólica y diastólica.**
- 5) Eficacia bacteriana/viral del 99.9999%, inclusive contra SARS-CoV-2**

# **CPAP O<sub>2</sub>-MAX™ TRIO**



## **BENEFICIOS**

- 1) *Proporciona presión positiva en la vía aérea durante la espiración.*
- 2) *Válvula de presión ajustable. 5, 10, 15 y 20 cm de H<sub>2</sub>O.*
- 3) *Mejora la capacidad residual funcional y el volumen pulmonar.*
- 4) *Prevención y tratamiento de atelectasia.*
- 5) *Promueve la higiene bronquial.*
- 6) *Permite proporcionar oxígeno suplementario durante la terapia.*

# **AccuPAP™**

# La Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá cumple 50 años



La Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá fue creada en el año de 1971 por un grupo de médicos del Instituto Nacional de Cancerología.

**D**urante estos 50 años, la Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá se ha posicionado en el corazón y la mente de los colombianos, quienes han hecho posible que perdure en el tiempo. Es hoy una entidad de referencia en donde los pacientes con riesgo o sospecha de cáncer ven una oportunidad de vida.

La Liga Contra el Cáncer continúa avanzando y aportando a la sociedad a través de la educación con estrategias de prevención y detección temprana del cáncer para evitar sus secuelas y muertes, buscando que la población pueda tener un futuro mejor.

El planteamiento de modernización de la Liga y el cambio de modelo médico ya son una realidad. Para

celebrar sus primeros 50 años, la Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá, abrirá una nueva sede, buscando complementar lo que hoy se conoce como la ruta integral de atención del cáncer, más allá del diagnóstico, para incursionar en el tratamiento. Sus instalaciones serán más modernas y harán más cómoda y ágil la atención de los usuarios.

La Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá fue creada en el año de 1971 por un grupo de médicos del Instituto Nacional de Cancerología y sus esposas, que formaron un voluntariado con el ánimo de sensibilizar a las mujeres de Bogotá y Cundinamarca sobre la importancia de realizarse la citología para detectar oportunamente el cáncer de cérvix.

El voluntariado ha sido una parte fundamental en el desarrollo y crecimiento de la institución durante sus cinco décadas de existencia, apoyándola en las diferentes actividades programadas para cumplir su misión como fundación sin ánimo de lucro.

Actualmente, la Liga Seccional Bogotá cuenta con 24 voluntarias activas, que, de la mano de directivos, médicos y demás funcionarios de la institución, continúan trabajando por el bienestar y salud de la comunidad.

# Hospital Universitario San Ignacio recibe premio internacional por el cuidado de sus empleados durante la pandemia



El Hospital recibió este reconocimiento por el proyecto "Modelo de Contención y Protección" para sus trabajadores, que abarca a 3300 personas que trabajan en la entidad.

La Fundación Internacional ORP entregó recientemente el Premio Internacional ORP al Mérito de la Gestión empresarial 2021 al Hospital Universitario San Ignacio por la gestión en favor de la protección de sus trabajadores en el marco de la pandemia por COVID-19. La ceremonia de entrega de este reconocimiento se llevó a cabo el pasado 16 de septiembre en Santiago de Compostella, España.

En una emotiva velada, el director del congreso de la ORP, el señor Pedro Mondelo, reconoció la labor de todas las personas, empresas e instituciones ganadoras en la prevención de riesgos laborales, que se han esforzado en hacer algo diferente y bien hecho por el bien de la sociedad y de los colaboradores.

Al recibir el reconocimiento, el director del hospital, Dr. Julio César Castellanos, señaló:

Recibo en nombre de todos los trabajadores del HUSI este premio. Este es un proceso

que empezó desde hace 8 años cuando nos hicimos una pregunta. Ya sabíamos que lo más importante es la gente. Pero nos preguntamos "¿Cuál es la estrategia para atraer talento humano?", y la respuesta fue: "La fidelización de nuestro talento humano". Esa fidelización implica una mayor cantidad de proyectos para crear en nuestra organización, para el trabajo y para la vida, que les ayude a desarrollar ese proyecto de vida. La pandemia nos enseñó mucho.

Un punto por destacar es la cooperación internacional, gracias a que tuvimos contacto con varios hospitales españoles, en especial con el Sanchinarro que se encuentra ubicado en la ciudad de Madrid. Gracias a esa cooperación y ese conocimiento, pudimos ayudar a que nuestra gente se cuidara. Definitivamente, los de salud no teníamos que escondernos, los de salud no teníamos que encerrarnos, teníamos que dar un paso al frente para atender a todas las personas, salvar la mayor cantidad de vidas [...] lo más importante era consolidar nuestra salud mental y el orgullo de ser trabajadores de salud; sentirnos cuidados, mutuamente, y eso logró unos avances [que forman parte de] este uniforme, que me lo coloqué para recibir este premio en nombre de todos y cada uno de nuestros trabajadores.

El HUSI, con el patrocinio de Positiva, Compañía de Seguros, participó con el proyecto "Modelo de Contención y Protección" para sus trabajadores, que abarca a 3300 personas que trabajan en el hospital, incluyendo residentes y personas contratadas a través de terceros. El proyecto contiene las diferentes estrategias implementadas, así como los resultados obtenidos (cifras e indicadores) en pro del cuidado de los empleados, aborda temas de seguridad y salud en el trabajo, bienestar, salud mental, comunicación, educación y liderazgo.

# La Fundación Cardioinfantil renovó su imagen y presentó LaCardio



LaCardio es un complejo hospitalario que presta atención especializada en servicios de medicina cardiovascular, trasplantes y pediatría de alta complejidad, con un modelo de atención de clase mundial.

La Fundación Cardioinfantil, después de 48 años de trayectoria decidió renovar su imagen y, bajo el modelo de marca emparentada, da un nombre a su complejo hospitalario: LaCardio, el hospital que todos conocemos como siempre lo hemos llamado.

Pero ¿a qué se debe este proceso de transformación? Hoy la salud es más relevante que nunca y la fundación quiere que todos los pacientes de Colombia y la región encuentren una solución integral en salud para todo su ciclo de vida. Afirma Juan Gabriel Cendales, Director Ejecutivo de la Fundación Cardioinfantil: “La renovación de nuestra imagen como fundación y crear una submarca para el hospital nace de escuchar a nuestros pacientes, sus familias y la comunidad en general, quienes nos ven como una institución de salud enfocada en atención pediátrica. Es

por esto por lo que queremos dar la claridad de que continuamos manteniendo nuestro propósito misional como fundación y ahora con la prestación de servicios de salud a través de LaCardio como complejo hospitalario tanto para niños como adultos, enfocado en los servicios donde generamos mayor valor: medicina cardiovascular, de trasplantes y alta complejidad pediátrica”

Esta es una acción estratégica con la que buscan posicionar a LaCardio como institución hospitalaria con la mejor tecnología, la infraestructura idónea y un talento humano experto, en beneficio de la salud de los colombianos y la región. Son cambios sutiles en la marca que se estarán develando progresivamente: la modernidad en su tipografía, la vida en sus colores y el icono del corazón que los identifica, que representa esa pasión, compromiso y calidez con la que ha-

cen las cosas y que la diferencia de otras instituciones de salud. Así, proyecta, a través de su nueva imagen, una marca:


- **Experta:** Un hospital de primer nivel y reconocida excelencia científica conformado por un equipo de profesionales altamente calificados.
- **Humana:** Un hospital con una excepcional cultura de servicio en donde el trato sensible y compasivo está por encima de todo.
- **Dinámica:** Un hospital que se mantiene a la vanguardia y evoluciona constantemente para ofrecer soluciones efectivas y eficientes.
- **Solidaria:** Un hospital comprometido con la sociedad y orgulloso de pertenecer a una organización con una vocación de servicio única.

Hoy, muchas empresas han transformado su imagen como una oportunidad de conectar con sus clientes y consumidores, conscientes de la importancia no solo de lo que

hacen sino del impacto que generan en su entorno. Es el momento de LaCardio, medicina con corazón.

Pero no es solo una transformación de imagen. Son muchas acciones paralelas que estarán implementando: “Estamos transformándonos desde el ser, para que nuestro hacer trascienda en las personas”.

La Fundación Cardioinfantil es una institución privada sin ánimo de lucro, fundada en el año 1973 por los hermanos Reinaldo y Camilo Cabrera Polanía. LaCardio es un complejo hospitalario que presta una atención especializada en servicios de medicina cardiovascular, trasplantes y pediatría de alta complejidad, con un modelo de atención de clase mundial.

Es una de las pocas instituciones colombianas acreditadas internacionalmente por la Joint Commission International y, desde el año 2016, la Fundación Cardioinfantil está reconocida como Hospital Universitario por el Comité Intersectorial para el Talento Humano en Salud, en cumplimiento de los requisitos de los ministerios de Salud y de Educación de Colombia. 



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

# Revista Hospitalaria®

[www.achc.org.co](http://www.achc.org.co)

La revista del sector salud Colombiano

¡Páute con  
Nosotros! »»»

**Info:** [comunicaciones@achc.org.co](mailto:comunicaciones@achc.org.co)  
[publicidadhospitalaria@achc.org.co](mailto:publicidadhospitalaria@achc.org.co)

**Celular:** 310 2616106 – 315 2031887

**Fijo:** 57-1-3124411



# América Latina: nuestra región y la pandemia

Al dar un vistazo a los últimos 21 meses vemos cómo el planeta entero experimentó una situación en la que la vida se convirtió en algo que jamás imaginamos.

Para nadie fue una situación llevadera, por el contrario, fue una lucha constante, una vida diferente a la que llevábamos y los profesionales de la salud nunca imaginaron tener que vivir esta experiencia.

Mirando en retrospectiva, en Colombia, todos los profesionales de la salud sintieron una angustia constante en su diario vivir, el Doctor Jorge Ortiz, jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Santa Clara, menciona: *“dos de los momentos más fuertes que vivimos, fue ver que cada día murieron alrededor de 600 pacientes por COVID-19 y ver que la ocupación en Unidad de Cuidados Intensivos estuvo al 100%. La exposición al virus, más la fatiga de los grupos del personal de salud, fue lo más difícil que vivimos en su momento...”*

Nuestro continente ha reportado más de 74 millones de casos de COVID-19 y 1.9 millones de muertes, esto significa que más de un tercio de los casos y más del 40% de las muertes notificadas en el mundo entero han estado dentro de nuestra región.<sup>1</sup>

Desde que empezó el virus, se generaron cambios drásticos en América Latina. Los sistemas de salud colapsaron, los programas de protección social se postergaron y la economía de los distintos países se desestabilizó.<sup>1</sup>

Todas las profesiones se vieron afectadas por el COVID-19, de una u otra manera; sin embargo, unas de las más impactadas, son las personas que hacen parte del personal de salud... que, desde el primer día hasta hoy, han hecho hasta lo imposible por salvar vidas. *“La preocupación más grande que sentí, apenas empezó la pandemia, fue si el sistema de salud, el número de hospitales y la cantidad de recursos humanos*

*(profesionales de la salud) íbamos a poder abordar, un problema clínico tan amplio, en especial cuando los pacientes críticos ingresaban a cuidados intensivos”*, manifestó el Dr. Ortiz.

En la región hay en promedio 2 camas por cada mil habitantes, mientras que en los países de la Organización para Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) hay 4.8 camas. De igual manera, sucede con el número de médicos, existen 20 doctores por cada 10 mil habitantes, en contraste con 35 médicos en países de la OCDE.<sup>2</sup>

En América Latina y el Caribe cada vez se ve menos lejana la idea de que todo vuelva a la normalidad, pues el porcentaje de la población total con esquema de vacunación completa, aunque lentamente, ha ido avanzando.

Es necesario recordar que esta pandemia, afectó de gran manera la vida personal y social del mundo entero, y que los profesionales de la salud tuvieron que distanciarse de sus seres queridos, para evitar contagios. *“Dejé de verme con mis papás y con mis suegros desde que inició la pandemia, no me encontré con ellos por un año y medio, los vi hace pocos meses hasta que completaron su esquema de vacunación...”*, aseguró Ortiz.

Las decisiones que debieron tomar los profesionales de salud en un hospital no son sencillas, se han enfrentado a una enfermedad nueva y desconocida, pero no hay duda, desde que el COVID-19 llegó a nosotros, los profesionales de salud han puesto a prueba su compromiso con su vocación, empeño, inteligencia y disposición por salvar vidas... una que podría ser la tuya. Por eso, los médicos en América Latina y el mundo merecen nuestra admiración...

Cada uno de ellos es...  
un ícono de nuestra era

## REFERENCIAS:

1. Organización Panamericana de la Salud. Aumentan los casos de COVID-19 en muchos países de América. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-7-2021-aumentan-casos-covid-19-muchos-paises-america> Consultado en: julio de 2021.

2. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en:

<https://www.cepal.org/es/noticias/cepal-presenta-plan-integral-autosuficiencia-sanitaria-fortalecimiento-capacidades> Consultado en: julio de 2021



# ¿Ya conoces las nuevas funciones de Ateneo?

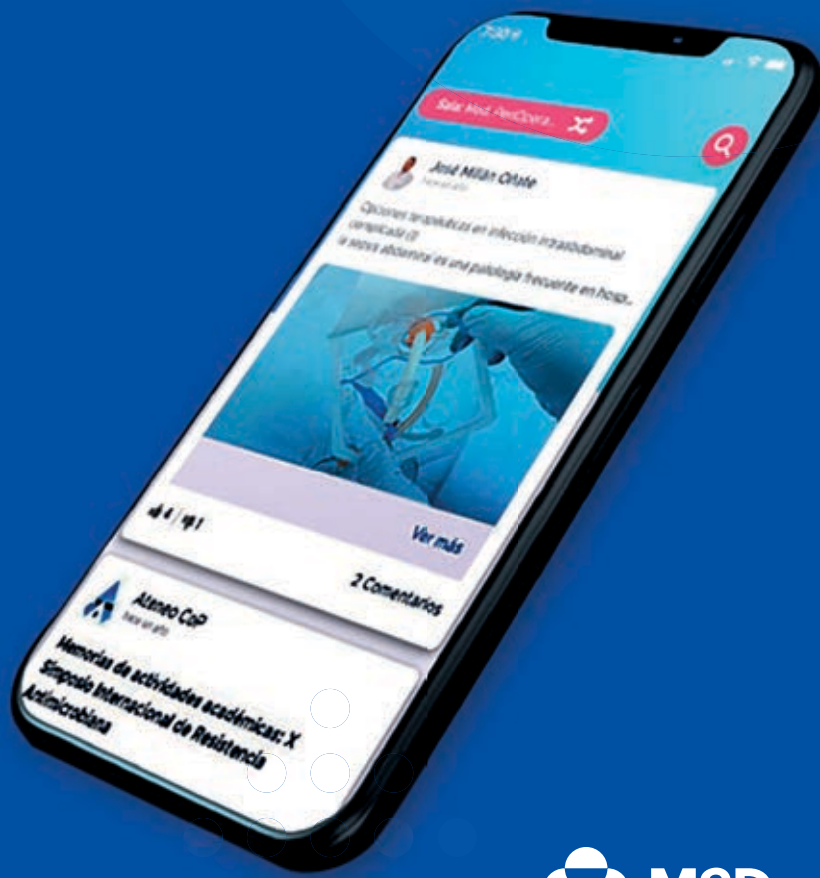
No te las pierdas, descarga ya **Ateneo Cop**, actualízate y comparte con tus colegas.



Consíguelo en el  
**App Store**



DISPONIBLE EN  
**Google Play**



**MSD**  
INVENTING FOR LIFE

# Organismos multilaterales piden acceso generalizado y equitativo a las vacunas contra COVID-19



Una de las mayores preocupaciones de los organismos multilaterales en el proceso de vacunación contra la COVID-19 en el mundo es que todos los países logren tener acceso generalizado y equitativo a las vacunas para poder avanzar en los planes de reactivación de la economía mundial.

En el más reciente encuentro del Grupo de Trabajo de Líderes Multilaterales sobre Vacunas, Tratamientos y Diagnósticos relacionados con la COVID-19, conformado por la Directora General de la OMC, Ngozi Okonjo-Iweala, la Directora Gerente del FMI, Kristalina Georgieva, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, y el Presidente

del Grupo del Banco Mundial, David Malppas, se emitió una declaración conjunta en la que los miembros pidieron lograr mayores avances en la distribución de las vacunas en los países en desarrollo, especialmente en África, y pidieron a los diferentes gobiernos y a los fabricantes de vacunas adoptar medidas específicas que permitan alcanzar una mayor cobertura de forma equitativa.

En su pronunciamiento, el Grupo de Trabajo advirtió que, sin medidas urgentes, es poco probable que el mundo logre vacunar al menos al 40% de la población en todos los países antes de finalizar 2021, objetivo fundamental para poner fin a la pandemia y para la recuperación económica mundial.

Los representantes de los organismos multilaterales reconocieron que la producción global total de vacunas es adecuada y va a un buen ritmo. Sin embargo, las dosis no llegan a los países de ingresos bajos y medianos bajos en cantidades suficientes, lo que genera una crisis de inequidad en las vacunas. El grupo pidió a los países que han contratado grandes cantidades de dosis de vacunas y a los fabricantes de vacunas unirse para

<sup>1</sup> Con información de Declaración conjunta del Grupo de Trabajo Multilateral de Líderes sobre la Mejora del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 ([www.who.int](http://www.who.int)) y Malpass D. 2021. Solucionar las brechas en la vacunación. <https://blogs.worldbank.org/es/voces/solucionar-las-brechas-en-la-vacunacion>

acelerar urgentemente el suministro de la vacuna COVID-19 a COVAX y AVAT, dos mecanismos multilaterales que son cruciales para la distribución equitativa de las vacunas.

En su comunicado, el grupo advirtió que, si se quiere alcanzar el umbral de cobertura del 40% en todos los países para fines de 2021, los gobiernos y los fabricantes de vacunas deben tomar las siguientes acciones de inmediato:

Liberar dosis a países de ingresos bajos y medianos bajos: Los miembros del Grupo de Trabajo tomaron nota de que los países con altas tasas de vacunación han comprado colectivamente más de dos mil millones de dosis por encima de lo que se requiere para vacunar completamente a sus poblaciones. El Grupo de Trabajo hizo un llamado nuevamente a esos países para que: i) intercambien sus programas de entrega a corto plazo con COVAX y AVAT, ii) cumplan sus compromisos de donación de dosis con entregas anticipadas no asignadas a COVAX, y iii) liberen a las compañías de vacunas de opciones y contratos para que esas dosis pueden administrarse a personas de países de ingresos bajos y medianos bajos. Además, los fabricantes de vacunas deben priorizar y cumplir sus contratos con COVAX y AVAT.

Transparencia en el suministro de vacunas: Para garantizar que las dosis lleguen a los países que más las necesitan, en particular a los países de ingresos bajos y medianos bajos, el Grupo de Trabajo pidió a los fabricantes de vacunas que compartan detalles sobre los cronogramas de entrega mes a mes para todos los envíos de vacunas, especialmente para COVAX y AVAT. En sus comentarios, la OMS enfatizó su llamado a

una moratoria sobre las dosis de refuerzo hasta finales de 2021, con la excepción de los inmunodeprimidos, para ayudar a optimizar el suministro a los países de bajos ingresos.

Eliminar las restricciones y prohibiciones a la exportación: el Grupo de Trabajo instó a todos los países a abordar urgentemente las restricciones a la exportación, los aranceles elevados y los cuellos de botella aduaneros sobre las vacunas COVID-19 y las materias primas y los suministros necesarios para la producción y distribución oportuna de las vacunas.

Simplificación y armonización de la reglamentación: El Grupo de Trabajo también instó a todas las autoridades reglamentarias del mundo a crear coherencia y estandarización reglamentarias sobre la aprobación de vacunas y a respaldar la aceptación del procedimiento de Listado de Uso de Emergencia de la OMS. Indicó que, paralelamente, se deben realizar esfuerzos para impulsar la producción de vacunas, diagnósticos y tratamientos a nivel mundial y acelerar la entrega equitativa de tales herramientas que salvan vidas en los países en desarrollo.

Según estimaciones actuales de este grupo de organismos multilaterales, los países en desarrollo necesitan casi 2000 millones de dosis más para alcanzar la meta provisional de vacunar al 40% de su población para fines de 2021, casi 4000 millones de dosis más para vacunar al 60% de su población a mediados de 2022, y casi 5000 millones de dosis más para vacunar al 70% de su población a estas alturas del año próximo. Y advirtieron que estas necesidades de dosis podrían aumentar dependiendo de cómo evolucione la variante delta.

Abordar el problema del suministro de vacunas puede salvar millones de vidas más, pero ello solo será posible gracias a la cooperación de las economías avanzadas que han adquirido por adelantado dosis excedentes, los países que están produciendo vacunas y los fabricantes de vacunas.



### **El Banco Mundial ha puesto a disposición USD 20.000 millones en financiamiento para vacunas hasta fines de 2022, recursos que los países pueden utilizar inmediatamente para adquirir vacunas y solucionar las deficiencias en la distribución.**

Este grupo informó que se reunió recientemente con fabricantes de las vacunas. Además de reconocer el ingenio de los inventores y desarrolladores de vacunas y los esfuerzos por producirlas en grandes cantidades, también les pidieron compartir información detallada sobre los envíos y entregas de vacunas previstos para que los países puedan prepararse para la distribución de estas.

Los miembros del Grupo de Trabajo anunciaron que, como resultado de la gestión que han venido adelantando, la Unión Europea les ha anunciado que devolverá millones de dosis de vacunas J&J para que se envíen a África y Estados Unidos y ha anunciado recientemente que comprará cientos de millones de dosis para donarlas a diferentes países del mundo. En el segundo semestre de 2021, la proporción de dosis comprometidas que se enviaron a los países en desarrollo aumentó del 10% al 12%. Pero, aun así, se deben distribuir cientos de millones más de dosis donadas.


Respecto a los déficits de financiamiento, el Banco Mundial ha puesto a disposición USD 20.000 millones en financiamiento para vacunas hasta fines de 2022, recursos que los países pueden utilizar inmediatamente para adquirir vacunas y solucionar las deficiencias en la distribución. También se han movilizado alrededor de USD 7500 millones en financiamiento para ayudar a los países a acceder a otras herramientas sanitarias que les permitan enfrentar la COVID-19, tales como kits de pruebas, oxígeno y equipos de protección personal.

A través de operaciones de financiamiento para vacunas, el Banco Mundial ya está ayudando a 54 países

no solo en el área de las adquisiciones, sino también a abordar las deficiencias en la distribución, y esto incluye ampliar la capacidad de almacenamiento y de las cadenas de frío, capacitar a los trabajadores sanitarios, generar confianza en los programas de vacunación mediante la participación de los ciudadanos y la comunidad, y mejorar los datos y los sistemas de seguimiento de la distribución de las vacunas.

Al mismo tiempo, es fundamental obtener mejor información sobre los calendarios de entrega, en particular en el caso de las dosis donadas, para garantizar que los países puedan prepararse para su distribución. Las autoridades etíopes, por ejemplo, tuvieron que rechazar donaciones de dosis porque no se les había avisado con suficiente antelación, y las vacunas que se les habían asignado tenían fechas de caducidad breves. En la República Democrática del Congo se produjo una situación similar.

Además del financiamiento para vacunas y el apoyo a los sistemas de salud de los países, el Grupo Banco Mundial, a través de la Corporación Financiera Internacional (IFC), también respalda los esfuerzos para mejorar la capacidad y las competencias en el sector manufacturero de los países en desarrollo. En esta área, el Grupo de Trabajo observó avances iniciales en Sudáfrica, Ruanda y Senegal. Con el apoyo de la Plataforma Mundial para la Salud de la IFC, por valor de USD 4000 millones, se basaron en esta experiencia para impulsar una capacidad manufacturera más diversificada.

David Malppas afirma que es “urgente actuar ahora para acelerar el suministro y la distribución de las vacunas en todos los países en desarrollo, de modo que podamos poner fin a esta pandemia mundial”. 

Lafayette

# INNOVACIÓN HECHA PROTECCIÓN

En **LAFAYETTE UNI FOR ME** te ayudamos a contar con la mayor protección textil para desempeñar con éxito las **altas exigencias a las que son sometidas el personal de la salud.**



## +ANTIMICROBIAL

Tecnología que inhibe el crecimiento y reproducción de bacterias nocivas, levadura, moho y microhongos.



## +ANTIVIRAL

Inhibe bacterias y virus tipo envoltura como el Coronavirus SARS-CoV-2 en un 99,9%.



## +ANTIFLUIDO/ REPELENCIA

Tecnología que repele el agua y evita el paso de salpicaduras accidentales, actuando como un escudo protector de la piel. Permanece a través de las lavadas.



## + IMPERMEABILIDAD

Tecnología que impide el paso del agua y líquidos, manteniendo así al usuario siempre seco y cómodo.

\*solo aplica para Orión cloro resistente antimicrobial.



## + ANTICLORO

Tecnología que permite mayor protección del color del textil al ser expuesto al cloro.

## TELAS

- **UNIVERSAL**  
CLORORESISTENTE  
ANTIMICROBIAL
- **ORIÓN**  
CLORORESISTENTE  
ANTIMICROBIAL
- **MICROTEC**  
CLORORESISTENTE  
ANTIMICROBIAL
- **UNIVERSAL V-SAFE**

## BENEFICIOS

- **INHIBE EL CRECIMIENTO DE BACTERIAS:** STHAPHYLOCOCCUS AEREUS, KLEBSIELLA PNEUMONIAE Y E. COLI.
- **INHIBE EL CRECIMIENTO DE BACTERIAS Y VIRUS CON ENVOLTURA COMO EL CORONAVIRUS SARS-COV-2 (CAUSANTE DE LA COVID-19)\*\***
- **TECNOLOGÍAS GARANTIZADAS EN LAS PRIMERAS 50 LAVADAS CASERAS**
- **APTA PARA AUTO CLAVE, GARANTIZADA POR 20 CICLOS\***

CERTIFICACIÓN

OEKO-TEX®

CONFIDENCE IN TEXTILES

STANDARD 100

20.HCO.10422 HOHENSTEIN HTTI

Control de sustancias nocivas  
www.oeko-tex.com/standard100



servicioalcliente@lafayette.com | Tel: +571 294 8880  
Whatsapp: +571 5141082 | Línea gratuita: 01 8000 11 8000  
uniformelafayette.com | @lafayette\_uniforme\_salud

**INTELIGENCIA TEXTIL QUE PROTEGE LA VIDA**

Lafayette  
uni for me

\*\* Solo aplica para Universal V-Safe.

\* Solo aplica para Universal cloro resistente antimicrobial, Microtec cloro resistente antimicrobial y Orión cloro resistente antimicrobial.

# Los mecanismos electrónicos de compra en la validación de indicadores en los planes de gestión anual de las ESE

\*Fabiola Alba Muñoz y  
\*\*María Helena Patiño Farieta

**E**l plan de gestión anual que deben presentar los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado incluye indicadores y estándares por áreas de gestión. Dentro de estos se contempla, en la Resolución 408 de 2018 (Anexo Técnico 2, literal c) el indicador 6 sobre “Compras a través de mecanismos electrónicos”. Ha surgido la inquietud de si la aplicación y publicación en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP) y la publicación en las páginas web de los hospitales permiten el cumplimiento de este indicador.

Para efectos de validar lo anterior es necesario tener en cuenta el siguiente marco normativo.

El artículo 3 de la Ley 1150 de 2007,<sup>1</sup> dispone:

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999, *la sustanciación de las actuaciones, la expedición de los actos administrativos, los documentos, contratos y en general los actos derivados de la actividad precontractual y contractual, podrán tener lugar por medios electrónicos.* Para el

trámite, notificación y publicación de tales actos, podrán utilizarse soportes, **medios y aplicaciones electrónicas**. Los mecanismos e instrumentos por medio de los cuales las entidades cumplirán con las obligaciones de publicidad del proceso contractual serán señalados por el Gobierno Nacional. (Negrilla fuera de texto)

Y en la línea de la contratación pública electrónica dispone lo siguiente:

Con el fin de materializar los objetivos a que se refiere el inciso anterior, **el Gobierno Nacional desarrollará el Sistema Electrónico para la Contratación Pública, SECOP**, el cual:

- a. Dispondrá de las funcionalidades tecnológicas para realizar procesos de contratación electrónicos bajo los métodos de selección señalados en el artículo 2 de la presente ley según lo defina el reglamento;
- b. Servirá de punto único de ingreso de información y de generación de reportes para las entidades estatales y la ciudadanía;
- c. Contará con la información oficial de la contratación realizada

---

\*Jefe Jurídica ACHC

\*\* Analista Jurídica ACHC

<sup>1</sup> Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con recursos públicos.

con dineros públicos, para lo cual establecerá los patrones a que haya lugar y se encargará de su difusión a través de canales electrónicos; e

**d.** Integrará el Registro Único Empresarial de las Cámaras de Comercio, el Diario Único de Contratación Estatal y los demás sistemas que involucren la gestión contractual pública. Así mismo, se articulará con el Sistema de Información para la Vigilancia de la Contratación Estatal, SICE, creado por la Ley 598 de 2000, sin que este pierda su autonomía para el ejercicio del control fiscal a la contratación pública.

A su turno, el Decreto 1510, que reglamenta el sistema de compras y contratación pública, en su artículo 9,<sup>2</sup> recopilado en el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015,<sup>3</sup> establece lo siguiente:

[...] **Artículo 2.2.1.1.1.7.1.** Publicidad en el SECOP. **La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación**, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición. La oferta que debe ser publicada es la del adjudicatario del Proceso de Contratación. Los documentos de las operaciones que se realicen en bolsa de productos no tienen que ser publicados en el SECOP.

La Entidad Estatal está obligada a publicar oportunamente el aviso de convocatoria o la invitación en los Procesos de Contratación de mínima cuantía y el proyecto de pliegos de condiciones en el SECOP para que los interesados en el Proceso de Contratación puedan presentar observaciones o solicitar aclaraciones en el término previsto para el efecto en el artículo 2.2.1.1.2.1.4 del presente decreto [...]. (Negrilla fuera de texto)

Ahora bien, la **Ley 1712 de 2014**<sup>4</sup> o Ley de Transparencia, al desarrollar el derecho de acceso a la información pública, determinó que toda entidad pública debe tener a disposición su información, a través de medios físicos, remotos o locales, de comunicación electrónica.<sup>5</sup>

Así, el literal c) del artículo 9 de la Ley 1712, respecto de la **información mínima obligatoria de la estructura de la entidad** a publicar dentro de los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan, establece la de:

**e.** Su **respectivo plan de compras anual, así como las contrataciones adjudicadas para la correspondiente vigencia** en lo relacionado con funcionamiento e inversión, las obras públicas, los bienes adquiridos, arrendados y en caso de los servicios de estudios o investigaciones deberá señalarse el tema específico, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011. (Negrilla fuera de texto)

Y el artículo 10 de esta ley, sobre el deber de publicidad de la contratación de las entidades, señala que:

[...] la información de contratos indicada en el artículo 9 literal e), tratándose de **contrataciones sometidas al régimen de contratación estatal, cada entidad publicará en el medio electrónico institucional sus contrataciones en curso y un vínculo al sistema electrónico para la contratación pública** o el que haga sus veces, a través del cual podrá accederse directamente a la información correspondiente al respectivo proceso contractual, en aquellos que se encuentren sometidas a dicho sistema, sin excepción. (Negrilla fuera de texto)

<sup>2</sup> Por el cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública.

<sup>3</sup> Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector administrativo de Planeación Nacional..

<sup>4</sup> Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

<sup>5</sup> Artículos 1, 5 y 7 de la Ley 1712 de 2014.



### **El SECOP y la página web de la entidad son mecanismos electrónicos respaldados por la normatividad vigente para efectuar procesos de compra, entre otros, de medicamentos y materiales médico-quirúrgicos por parte de la Empresas Sociales del Estado**

Al tiempo, señala dentro de la información mínima obligatoria a publicar respecto de servicios, procedimientos y funcionamiento por parte de los obligados, lo siguiente:

g) Sus procedimientos, lineamientos, políticas en materia de adquisiciones y compras, así como todos los datos de adjudicación y ejecución de contratos, incluidos concursos y licitaciones.<sup>6</sup>

De esta manera, atendiendo al artículo 12 de la citada ley, “todo sujeto obligado deberá adoptar y difundir de manera amplia su esquema de publicación, dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. **El esquema será difundido a través de su sitio web**”. (Negrilla fuera de texto)

Conforme al anterior marco normativo, se puede establecer que el SECOP y la página web de la entidad son mecanismos electrónicos respaldados por la normatividad vigente para efectuar procesos de compra, entre otros, de medicamentos y materiales médico-quirúrgicos por parte de la Empresas Sociales del Estado en su calidad de entidades públicas.

Ahora bien, es preciso mencionar que el indicador sobre **Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de: a) Compras conjuntas, b) Compras a través de Cooperativas**

<sup>6</sup>Literal c) del artículo 11 de la Ley 1150 de 2014.

de Empresas Sociales del Estado, y C) Compras a través de mecanismos electrónicos, propende por la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado. Para dicho propósito, las entidades pueden comprar a través de cooperativas, compras asociadas o mediante sistemas de compras electrónicas u otros mecanismos que las beneficien a través de economías de escala, oportunas y eficientes que permitan, a su vez, el cumplimiento de los principios y postulados de la contratación pública.

En desarrollo de lo anterior, debe una ESE establecer si la página web de la institución y del SECOP se utilizan solo para la publicación de convocatorias públicas o si, además y efectivamente, mediante estos medios la institución realiza compras de medicamentos y materiales médico-quirúrgicos.

Por otra parte, en caso de no haber realizado la compra de manera electrónica, es recomendable que se precisen las posibles dificultades en la evaluación del indicador, las razones por las cuales no se realizaron compras a través de mecanismos electrónicos. Esto se debe a que, por la misma dinámica del sector, puede suceder que, aun cuando exista voluntad de realizarlo, no se pueda concretar debido a la insuficiencia de oferentes que manejen herramientas electrónicas que faciliten el proceso solicitado, o que incluso al haberlos, que se logre la estandarización o compra de la totalidad a través de estos mecanismos.

Lo anterior debido al volumen y diversidad de insumos que hacen que el proceso no sea sencillo y que, en cumplimiento del estatuto de contratación estatal, se deban adquirir los insumos que mejor se ajusten en precio y calidad. De darse lo antedicho, tal como se ha mencionado, deben realizarse las precisiones correspondientes en la evaluación de dicho indicador. **II**





# MÁS VIDA



UN SISTEMA DE LAVADO ADECUADO, PUEDE SALVAR VIDAS.



Protege la vida de tus pacientes y de tu personal **usando lavadoras de barrera sanitaria** para evitar la contaminación cruzada.



ESCANEA Y CONOCE MÁS



RECIBE ASESORÍA PERSONALIZADA:

Bogotá (311) 2315757 - (310) 2856529 | Antioquia (315) 6120981

Costa Caribe (300) 2045577 | Eje Cafetero (311) 3252985 | Cali (319) 7647513

# Recomendaciones para el manejo del humo quirúrgico<sup>1</sup>



**E**n esta época de creciente preocupación, es importante que médicos y enfermeros tengan información y recursos que los ayuden a guiarlos en sus decisiones con respecto a los sistemas de evacuación de humo para ayudar a mitigar riesgos. En respuesta a la situación del COVID-19, la AORN (*Association of periOperative Registered Nurses*, Asociación de Enfermeros Perioperatorios de Estados Unidos) publicó una guía que “recomienda la evacuación de todo humo quirúrgico, ya que contiene químicos peligrosos, partículas ultrafinas, virus, bacterias y células cancerosas” (1). En esta oportunidad queremos brindarles recomendaciones generales relacionadas con el uso de la evacuación de humo.

## Recomendaciones para el manejo del humo quirúrgico (2)

- Deben utilizarse un filtro ULPA (ultrabajo de partículas de aire) cuando se anticipe humo quirúrgico o cualquier

aerosolización de partículas (ejemplo: casos de otorrinolaringología, endoscopía gastrointestinal, desintubación e intubación de anestesia, o durante la electrocauterización de tejido).

- Los evacuadores de humo deben tener una tasa de flujo mínima de 25 pcm (pies cúbicos por minuto, o 42.475 litros por hora) con una tasa de flujo variable para adaptarse a los distintos niveles de humo.
- Un sistema de vacío médico-quirúrgico (es decir, unidad de succión de pared) puede utilizarse para evacuar pequeñas cantidades de partículas aerosolizadas según las definan las políticas y procedimientos de la organización del cuidado de la salud. Al utilizar un sistema de vacío médico-quirúrgico, debe colocarse un filtro en línea de 0,1  $\mu\text{m}$  (por ejemplo, ULPA) entre la conexión de la unidad de succión y el recipiente de succión.
- La protección respiratoria personal (por ejemplo, un respirador quirúrgico N95) brinda una protección secundaria contra el humo quirúrgico residual que evada la evacuación.
- El sistema de evacuación de humo (por ejemplo, evacuador de humo, sistema de vacío médico-quirúrgico con filtro en línea) debe estar activado en todo momento mientras se genera el humo quirúrgico o la aerosolización de partículas.
- El personal perioperatorio debe asegurarse de que el dispositivo de captura del humo

<sup>1</sup>Departamento de Mercadeo Bioart con información de CONMED Corporation.

(por ejemplo, el puerto de captura del lápiz de evacuación de humo, los tubos) esté posicionado tan cerca de la herida quirúrgica como sea necesario para recolectar todos los rastros de humo quirúrgico.

- El equipo perioperatorio debe utilizar un sistema de evacuación de humo durante los procedimientos mínimamente invasivos.
- Los filtros, tubos y varillas de evacuación de humo deben manipularse utilizando las precauciones estándares y deben desecharse como residuos de riesgo biológico.

## Recomendaciones para casos abiertos

Como precaución estándar general, utilizamos un evacuador de humo en cada procedimiento abierto que genera humo quirúrgico.

Los desechables de la evacuación de humo deben estar tan cerca de la fuente de la generación del humo como sea posible. CONMED recomienda el uso de un lápiz de evacuación de humo tal como el PlumePen® Elite (PLP2020), el PlumePen® Ultra (PLPUL4020) y el PlumePen® Pro (PLPRO4020). Si un lápiz de evacuación de humo no se prefiere o no está disponible, las alternativas incluyen un adaptador de lápiz electro-quirúrgico, tal como el SnapEvac® (SNAPEVAC20) o el PenAdapt® (PA2010), o una tubería abierta (como VTWT624).

La utilización del colector de líquidos puede reducir el riesgo de la contaminación del filtro por líquidos y tejidos. CONMED recomienda el código de producto VSFT10 para ser utilizado en todo procedimiento.

## Recomendaciones para Procedimientos Mínimamente Invasivos

Para obtener orientaciones específicas con respecto a la insuflación y al Sistema AirSeal®, por favor, refiéranse a las Recomendaciones de Insuflación de CONMED. CONMED recomienda la utilización de un dispositivo auxiliar de evacuación de humo asistido por succión para ayudar a reducir el riesgo de la liberación de partículas aerosolizadas. La solución sugerida por CONMED es el PlumePort® ActiV® (PP010CS).

Al utilizar el PlumePort® ActiV®, asegúrense de que el extremo distal del tubo esté conectado con el recipiente de líquidos o al conector Neptune. Conecten el extremo

EDITORIAL MÉDICA panamericana  
SIEMPRE CONECTADOS CON LA SALUD

Conoce nuestros nuevos Cursos en el área de Urgencias

¡ENCUENTRA TU CURSO Y MATRÍCULATE YA!

Titulados por la Universidad El Bosque

UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
Facultad de Medicina Educación Continuada

- Diplomado en Servicio de Urgencias y Medicina Legal; Exploración Física por Especialidades y Electrocardiografía en Urgencias.
- Diplomado en Radiología en Urgencias.
- Diplomado en Análisis Clínicos en Urgencias.
- Diplomado en Semiología por Especialidades y Tratamiento en Urgencias.

Conoce toda la oferta académica que tenemos con la Universidad El Bosque escaneando el siguiente código.

Aprovecha el 10% de descuento en todos nuestros productos con el código **CILAPANA10** al momento de la compra en: [www.medicapanamericana.com](http://www.medicapanamericana.com)

EDITORIAL MÉDICA panamericana  
SIEMPRE CONECTADOS CON LA SALUD

[www.medicapanamericana.com](http://www.medicapanamericana.com)



## De nuestros Patrocinadores

proximal a la llave de paso del trocar. CONMED sugiere que configuren la tasa de flujo a "0" durante la insuflación inicial. Cuando se alcance el neumoperitoneo, comiencen con una configuración entre "0" y "1" para asegurarse de que el humo quirúrgico esté siendo capturado mientras mantiene el neumoperitoneo. Durante el procedimiento, la tasa de flujo puede ajustarse para satisfacer las demandas del procedimiento y evacuar el humo quirúrgico de modo adecuado.

### Recomendaciones con respecto a la evacuación de humo vía succión

Cuando no tengan un evacuador de humo disponible, o la evacuación de humo vía succión se considere apropiada, un filtro en línea de categoría ULPA debe colocarse entre el contenedor de succión y la conexión a la unidad de succión.

Si se presenta olor a tejido vaporizado durante el procedimiento, esto sugiere una evacuación inadecuada del humo quirúrgico. Si el olor persiste, consideren utilizar un evacuador de humo con una tasa de flujo adecuada.

### Normas para utilizar la evacuación de humo durante la intubación

Los profesionales de la anestesia pueden correr un riesgo mayor durante la intubación y desintubación. Algunos hospitales están comenzando a usar evacuación de humo además del Equipo de Protección Personal como una medida de protección adicional para la anestesia. Si deciden adoptar esta técnica, recomendamos que sigan los siguientes consejos:

- Debe haber un evacuador de humo en cada quirófano en el extremo donde esté la anestesia.
- La Tubería Abierta No-estéril (Ej: VT10524-10 o VT78-6) debe estar conectada con el evacuador de humo y colocada a 2 pulgadas (5,08 centímetros) de la boquilla, y el evacuador debe activarse antes de la intubación y desintubación. Los tubos son para uso de un solo paciente y se desechan después de cada caso.



### Recomendaciones para manipular el equipo de evacuación de humo

Cierren todos los puertos de filtros de evacuación de humo cuando no se utilicen. Asegúrense de que los colectores de líquidos se utilicen de modo desechable, para un solo paciente, como se estipula en las indicaciones de uso.

Se recomiendan precauciones generales tales como vestir el Equipo de Protección Personal al interactuar con un evacuador de humo.

Desechen todos los productos para uso de un solo paciente siguiendo el protocolo de riesgo biológico utilizado por la institución.

Este material brinda información con respecto a cómo usar los dispositivos e instrumentos médicos de CONMED en procedimientos médicos. No es una recomendación médica y cada profesional de la salud debe usar su propio juicio profesional para sus procedimientos.

### Referencias

1. <https://www.aorn.org/guidelines/aorn-support/COVID19-faqs>
2. Fencil JL. Guideline Implementation: Surgical Smoke Safety. AORN J. 2017;105(5):488-497.

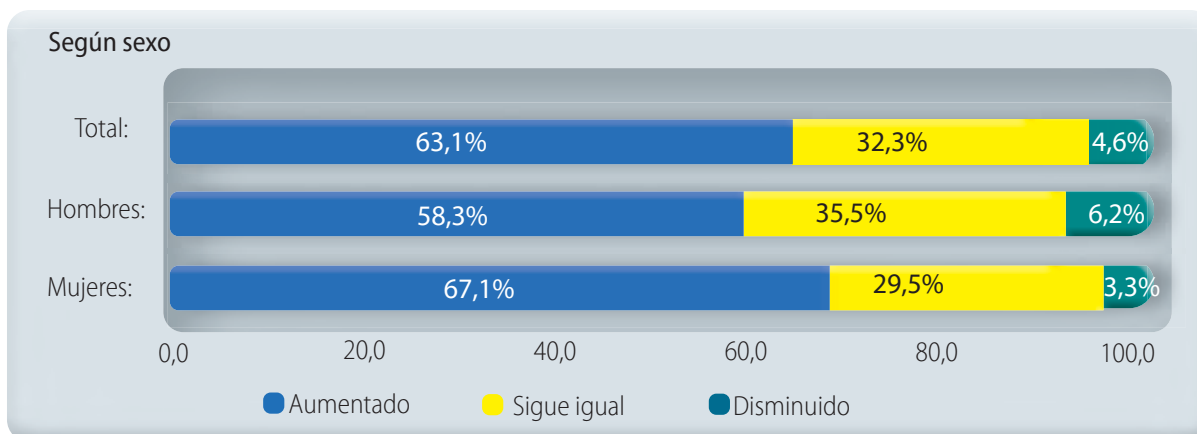
# La percepción de los empleados públicos sobre el trabajo en tiempos de COVID-19

Ante los cambios que trajo la pandemia por COVID-19 al mundo laboral, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el Banco Mundial y el University College London adelantaron la encuesta denominada “Los desafíos del COVID-19 en el empleo público en Colombia” en la que participaron 34.827 servidores públicos y contratistas de las entidades de la Rama Ejecutiva del orden nacional, alcaldías de ciudades capitales y gobernaciones.

La encuesta buscó conocer la percepción de los servidores públicos y contratistas sobre el impacto de la emergencia sanitaria y los nuevos retos del trabajo remoto durante y después de la pandemia.

Según el informe, el 81,4% de los servidores públicos y contratistas encuestados trabajó de manera remota al menos un día por semana. Esta práctica fue menos frecuente a nivel subnacional. El 18,6% de las personas encuestadas llevó a cabo su trabajo de manera presencial a tiempo completo (5 días por semana). El 37,2% trabajó únicamente de manera remota.

Desde el inicio de la pandemia en Colombia (marzo de 2020) diría que su carga de trabajo ha:

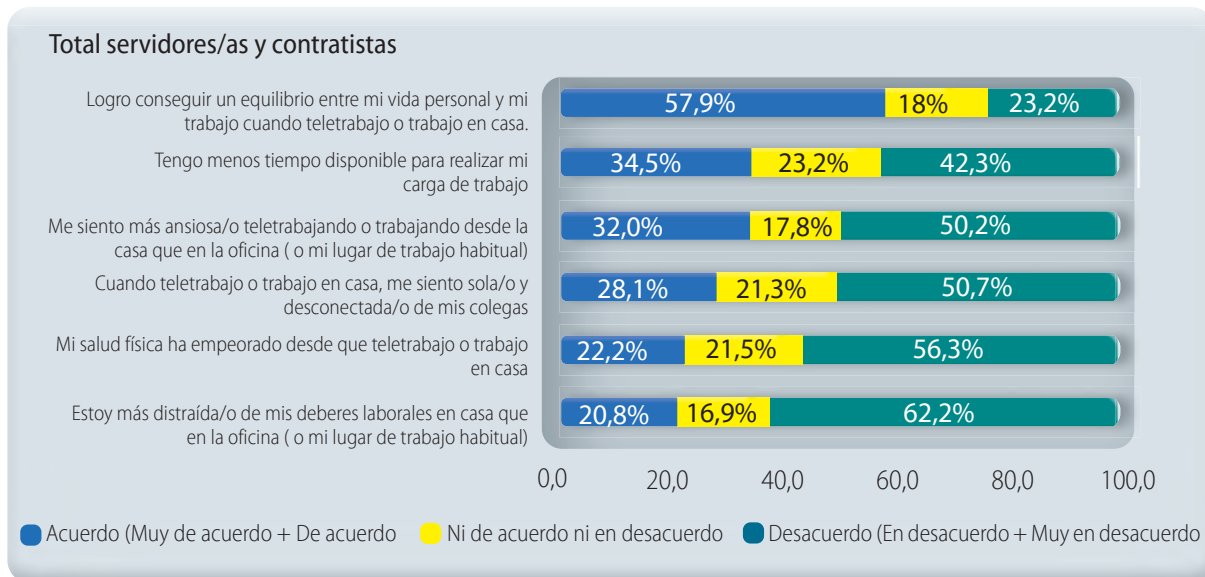


Fuente: DAFP; DANE; UCL; WB. (2020). Encuesta sobre los desafíos del COVID-19 en el empleo público en Colombia - Resultados y recomendaciones para el trabajo remoto para el empleo público durante y después del COVID-19

Respecto a la carga laboral, el 63,1% de los encuestados indica que el volumen de trabajo ha aumentado; un 32,3% indica que esta ha seguido igual, y solamente un 4,6% indica que ha disminuido. Visto por sexo, las mujeres son las que perciben un mayor aumento en la carga laboral, pues el 67,1% lo percibe así, mientras

que solo el 58,3% de los hombres consideran que se les ha aumentado el trabajo durante la pandemia. El informe también señala que el 66,9% de las personas encuestadas con responsabilidades de cuidado de dependientes (niños o adultos mayores) indican que su carga de trabajo ha aumentado, frente al 59,3% de aquellos que no tienen responsabilidades de cuidado.

**Bienestar:**  
Hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

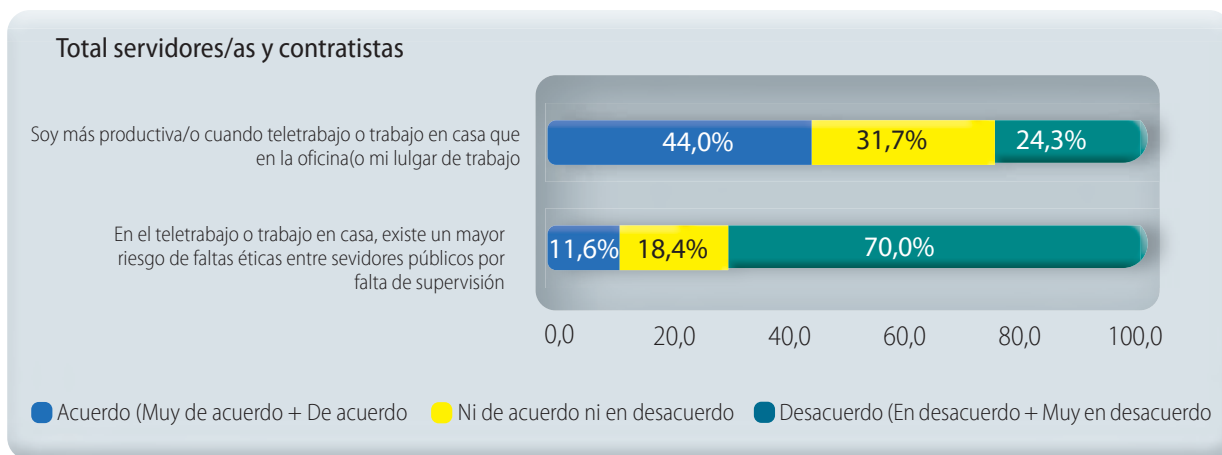


Fuente: DAFP; DANE; UCL; WB. (2020). Encuesta sobre los desafíos del COVID-19 en el empleo público en Colombia - Resultados y recomendaciones para el trabajo remoto para el empleo público durante y después del COVID-19

El informe señala que la gran mayoría de las personas encuestadas reportaron que su bienestar no se ha visto perjudicado por el trabajo remoto, si bien una minoría importante difiere. El 22,2% reporta que su salud física ha empeorado durante el trabajo remoto, un 23,2% indica que no logra conseguir un equilibrio entre su vida personal y el trabajo, un 32,0% indica que se siente más

ansioso trabajando remotamente, y un 28,1% indica que se siente solo/a y desconectado/a de sus colegas. Según el reporte, en algunas entidades con bajo desempeño en estos indicadores estas cifras suben notablemente: un 41,8% se siente más ansioso y un 29,7% afirma que su salud física ha empeorado.

**Productividad:**  
Hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

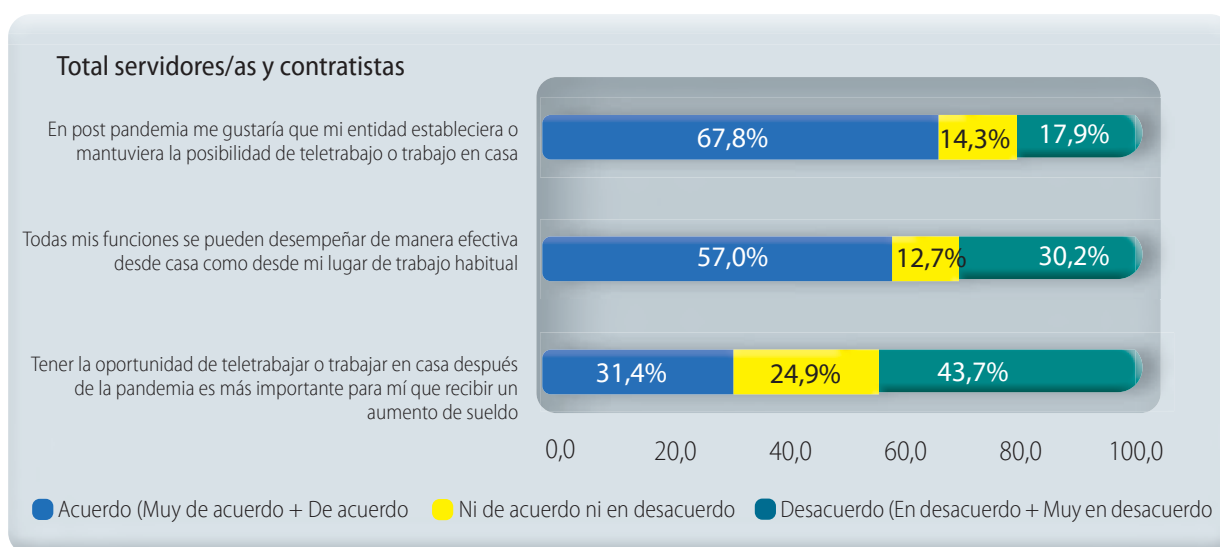


Fuente: DAFP; DANE; UCL; WB. (2020). Encuesta sobre los desafíos del COVID-19 en el empleo público en Colombia - Resultados y recomendaciones para el trabajo remoto para el empleo público durante y después del COVID-19

En cuanto a la productividad, el 44% de los encuestados señala que su productividad no se ha visto afectada y, al contrario, ha aumentado. Por su parte, el 22,8% de quienes ejercen responsabilidades de jefatura y supervisión de personal indica que su equipo no ha podido llevar a cabo sus funciones igual de

bien que antes de la pandemia. Del mismo modo, el 24,3% de las personas encuestadas consideran que son menos productivos, frente a un 44,0% que sí se considera más productivo, y el 20,8% se consideran más distraídos trabajando remotamente que de manera presencial, frente a un 62,2% que no lo considera así.

**Pensando en el futuro post-pandemia, indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:**

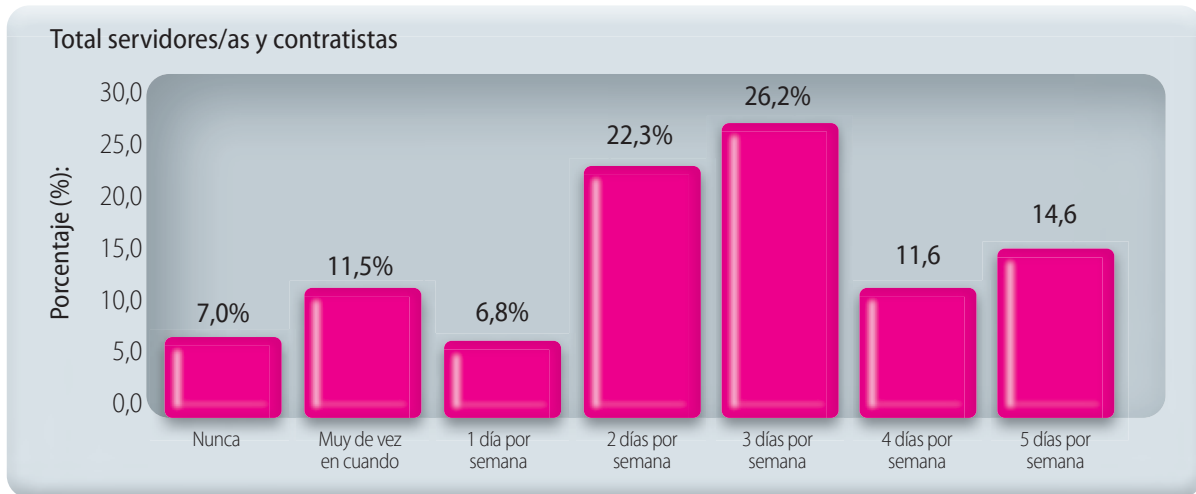


**Fuente:** DAFP; DANE; UCL; WB. (2020). Encuesta sobre los desafíos del COVID-19 en el empleo público en Colombia - Resultados y recomendaciones para el trabajo remoto para el empleo público durante y después del COVID-19

La encuesta también indagó por las expectativas de la dinámica laboral en la pospandemia y permitió conocer que el 93,0% de las personas encuestadas que trabajaron remotamente desean seguir trabajando al menos parte del tiempo de manera remota después de la pandemia. En promedio, los servidores públicos y contratistas quisieran trabajar remotamente 2,6 días semanales después de la pandemia, y dada la opción, una tercera parte de las personas encuestadas optaría por alguna opción de trabajo remoto antes que por un aumento

de salario. El 57,0% indica que todas sus funciones se pueden desempeñar de manera efectiva remotamente. En algunas entidades, más del 20% no quisiera trabajar remotamente pospandemia y solamente una minoría indica que todas sus funciones se pueden desempeñar de manera efectiva remotamente, por lo que sería importante que esta modalidad de trabajo se pudiera adelantar de manera voluntaria. No obstante, en la generalidad, 57,0% afirmaron que pueden desempeñar sus funciones de manera efectiva desde casa.

¿Con qué frecuencia quisiera trabajar remotamente después de la pandemia?:

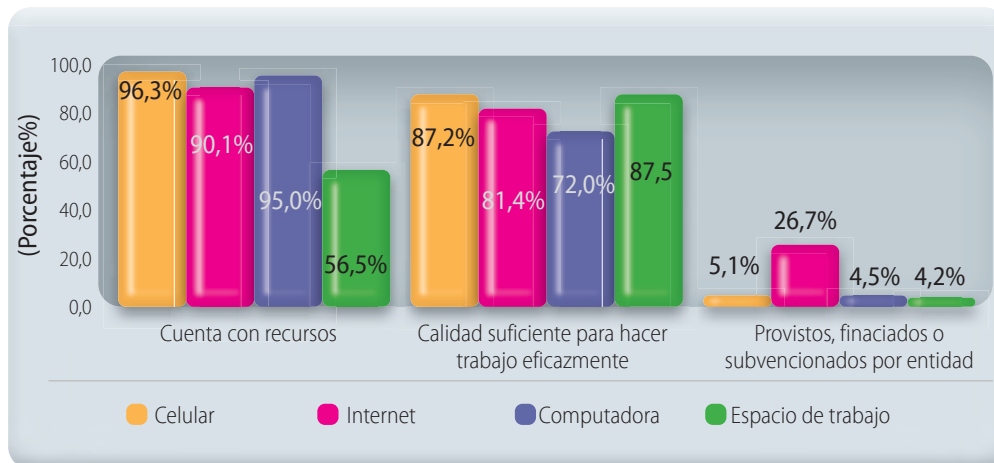


Fuente: DAFP; DANE; UCL; WB. (2020). Encuesta sobre los desafíos del COVID-19 en el empleo público en Colombia - Resultados y recomendaciones para el trabajo remoto para el empleo público durante y después del COVID-19

El informe revela que la disponibilidad de los equipos, las fallas en la conexión de internet y los espacios dedicados de trabajo han sido los retos más relevantes que han enfrentado los trabajadores encuestados: entre el 90,1% y el 96,3% de las personas encuestadas indican que no necesitan computadores, internet y celular para trabajar remotamente; tienen,

de hecho, acceso a estos recursos, con la calidad suficiente para trabajar eficazmente (más del 72% en general). El 56,5% indica tener acceso a un espacio de trabajo adecuado para trabajar remotamente en casa. Solo el 27,8% reporta fallas frecuentes con su conexión a internet en cuanto a las dificultades principales en el trabajo remoto.

Recursos para el trabajo remoto



Fuente: DAFP; DANE; UCL; WB. (2020). Encuesta sobre los desafíos del COVID-19 en el empleo público en Colombia - Resultados y recomendaciones para el trabajo remoto para el empleo público durante y después del COVID-19 [II](#)





## + que un estilo de vida

### El lugar donde debes estar

En Bogotá, la capital cosmopolita del arte, la moda, la gastronomía y cuna de negocios en Latinoamérica, sobre el eje vial más importante de la capital de Colombia, donde se han establecido las instituciones de salud, gubernamentales y financieras, más significativas para el progreso del país. Aquí en el corazón de Chapinero alto, Carrera 7 con Calle 56, costado oriental, nace el nuevo proyecto, 7-56 + que Un Estilo de Vida.

En este lugar se construirá la nueva sede de la Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá. Con la visión proyectual de satisfacer las necesidades de la Liga Contra el Cáncer y los ciudadanos, con Zonas de Alta valoración, este privilegiado proyecto, tiene una óptima movilidad ya que cuenta con excelentes vías de acceso, entre otras la Carrera Séptima, La Avenida Circunvalar, Las Calles 53 y 72.

Desde 7-56, a muy poca distancia se encuentra el complemento perfecto para tener el mejor Estilo de Vida; representado en comercio, clínicas y sitios de entretenimiento, Infinidad de restaurantes, sedes de oficinas públicas y privadas, zonas de rumba, gimnasios, centros comerciales, universidades, colegios, tiendas, galerías, teatros, transporte público y todas las facilidades y dotaciones urbanas de la ciudad.

Argumentos que han consolidado a este sector como uno de los más representativos del Nororiente de Bogotá.

### Complejo Inmobiliario

En 7-56, donde se ubicará la nueva sede de la Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá, tenemos espacios flexibles para servicios médicos desde 26m<sup>2</sup> hasta pisos completos de 438,05m<sup>2</sup>, más una torre independiente de vivienda con apartamentos que van desde 32m<sup>2</sup> hasta 64m<sup>2</sup> y locales comerciales para el servicio de la comunidad y la zona.

7-56 contará con 10 pisos habitables y zonas comunes en el piso 11. Sobre este terreno se desarrollará una torre médica con 49 consultorios en el frente de la Carrera 7 y una torre de vivienda con 42 apartamentos sobre la Carrera 6.

A nivel de primer piso contará con tres (3) locales comerciales. La nueva sede de la Liga Contra el Cáncer se ubicará en la totalidad de los pisos dos y tres del proyecto.

La construcción será erigida en estructura tradicional, contará con componentes de sostenibilidad tipo LEED y tendrá acabados arquitectónicos de alta especificación y funcionalidad.

Las zonas sociales estarán compuestas de:

Torre Médica, contará con una recepción independiente, una terraza verde, con: Sala de juntas y dos salones múltiples, con facilidad para parqueo de propietarios y visitantes.

Torre de vivienda, tendrá recepción independiente y en el piso 11 encontraremos un gimnasio dotado, una sala de estudio, una sala de coworking y una terraza verde con zona de BBQ. Cada apartamento contará con estacionamiento privado, ubicados en tres sótanos.

Bogotá merece tener lo mejor y es por eso que tenemos un proyecto exclusivo ubicado en el corazón de la capital.

**¡Porque 7-56 es más que un estilo de vida!**

Para obtener información más completa de este proyecto, le recomendamos visitar nuestra página web [www.756.com.co](http://www.756.com.co) o contactarse con los móviles 320 338 9796 - 320 962 6441  
Sala de exhibición Calle 56 No.6-23

# GLOSARIO NORMATIVO ACHC

\*\*\* Trascendente

\*\*Importante

\*Informativa

## 1. LEGISLATIVO

### \*\*\*Ley 2155 (14 de septiembre)

Por medio del cual se expide la Ley de inversión social y se dictan otras disposiciones – Reforma tributaria



La presente ley tiene por objeto adoptar un conjunto de medidas de política fiscal que operan de forma articulada, en materia de gasto, austeridad y eficiencia del Estado, lucha contra la evasión, ingreso y sostenibilidad fiscal, orientadas a dar continuidad y fortalecer el gasto social, así como a contribuir a la reactivación económica, a la generación de empleo y a la estabilidad fiscal del país, con el propósito de proteger a la población más vulnerable contra el aumento de la pobreza, preservar el tejido empresarial y afianzar la credibilidad de las finanzas públicas. Adicionalmente, se adoptan las medidas presupuestales correspondientes para su adecuada implementación.

### \*\*\*Ley 2121 (3 de agosto)

Por medio de la cual se crea el régimen de trabajo remoto y se establecen normas para promoverlo, regularlo y se dictan otras disposiciones

Mediante la presente Ley, se crea una nueva forma de ejecución del contrato de trabajo, denominada *trabajo remoto*, la cual será pactada de manera voluntaria por las partes y podrá ser desarrollada a través de las tecnologías existentes y nuevas, u otros medios y mecanismos que permitan ejercer la labor contratada de manera remota. Esta nueva forma de ejecución del contrato de trabajo se efectuará de manera remota en su totalidad e implica una vinculación laboral con el reconocimiento de los derechos y garantías derivadas de un contrato de trabajo.

### \*\*\*Ley 2114 (29 de julio)

Por medio de la cual se amplía la licencia de paternidad, se crea la licencia parental compartida, la licencia parental flexible de tiempo parcial, se modifica el artículo 236 y se adiciona el artículo 241A del Código Sustantivo del Trabajo, y se dictan otras disposiciones

El objeto de la presente ley consiste en ampliar la licencia de paternidad, crear la licencia parental compartida, la licencia parental flexible de tiempo parcial, modificar el artículo

236, adicionar el artículo 241A al Código Sustantivo del Trabajo, y dictar otras disposiciones.

De esta manera, el padre tendrá derecho a dos (2) semanas de licencia remunerada de paternidad. La licencia remunerada de paternidad estará a cargo de la EPS y será reconocida proporcionalmente a las semanas cotizadas por el padre durante el periodo de gestación. La licencia de paternidad se ampliará en una (1) semana adicional por cada punto porcentual de disminución de la tasa de desempleo estructural comparada con su nivel al momento de la entrada en vigor de la presente ley, sin que en ningún caso pueda superar las cinco (5) semanas

Los padres podrán distribuir libremente entre sí las últimas seis (6) semanas de la licencia de la madre, siempre y cuando cumplan las condiciones y requisitos dispuestos en este artículo. Esta licencia, en el caso de la madre, es independiente del permiso de lactancia.

## 2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### \*\*\*Decreto 1080 (10 de septiembre)

Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud

De esta manera, mediante el presente decreto, se rediseña el modelo de operación y la estructura interna de la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de optimizar el cumplimiento de sus funciones legales y de esta forma proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación ante el incremento del espectro de vigilados.

Así, la Superintendencia Nacional de Salud tiene a su cargo el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social y le corresponde ejercer inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud enunciados, entre otros, en los artículos 155 de la Ley 100 de 1993, 121 y 130A de la Ley 1438 de 2011 y 2 de la Ley 1966 de 2019.

Se entiende por entidades de aseguramiento en salud las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción en Salud y las compañías de seguros en sus actividades en salud, incluyendo las que administren el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

Las facultades de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia sobre las compañías de seguros, incluyendo las que administran el SOAT y las ARL, se realizarán únicamente en sus actividades en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

### \*\* Decreto 744 (2 de julio)

Por medio del cual se modifican los artículos 8, 15 y 16 del Decreto 109 de 2021, en cuanto a la identificación de la población a vacunar, agendamiento de citas y aplicación de la vacuna contra COVID-19

El presente decreto modifica algunas disposiciones del Plan Nacional de Vacunación que permitan a la población priorizada por edad y que estando abierta la etapa en la cual le corresponde ser vacunado, no han sido llamados por su EPS o no se encuentran registrados en la plataforma MIVACUNA, asistir a los puntos habilitados y acceder al biológico, incluidas las personas priorizadas en la Etapa 3 de la Fase I correspondiente a las comorbilidades definidas en el numeral 7.1.3.1 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 del 2021.



Así mismo, se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social al uso de información y datos de otras entidades de manera que se agilice el uso de registro de las personas que aún no han sido vacunadas, bajo un debido tratamiento de los datos personales, acorde con la política de protección de datos del marco normativo nacional.

### **\*\*Decreto 811 (23 de julio)**

Por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el acceso seguro e informado al uso del cannabis y de la planta de cannabis.

Mediante el presente decreto se reglamentan los usos del cannabis diferentes a los médicos y científicos, atendiendo a que en las distintas partes de la planta se pueden desarrollar productos de uso industrial, entre ellos los de consumo humano y animal, elaborados a partir del grano, exceptuando al cannabis, o derivados no psicoactivos, siempre y cuando estén limitados a contener una cantidad menor a 2 mg de tetrahidrocannabinol (THC), en formas de presentación dosificadas o por cada gramo o mililitro en caso de soluciones, cremas y similares, lo cual está acorde con las estipulaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al no representar un riesgo de desvío, potencial abuso o dependencia por no ser considerada una sustancia fiscalizada.

### **\*\*Resolución Nro. 1462 (24 de septiembre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 22 de septiembre de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech.

Se asignan 339.300 dosis de la vacuna contra la COVID-19, del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech, a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución.

### **\*\* Resolución Nro. 1456 (23 de septiembre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 20 de septiembre de 2021 de la vacuna –

### **mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.**

Se asignan 332.640 dosis de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución, los cuales serán aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera, producto de la distribución realizada mediante resoluciones 1109, 1189, 1203 y 1244 de 2021.

### **\*\*\*Resolución Nro. 1379 (8 de septiembre)**

Por la cual se determinan los requisitos de elegibilidad y los criterios de priorización para la asignación de recursos del proyecto con código BPIN 2018011000036 “Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud nacional”.

A través de la presente Resolución, de acuerdo con los objetivos del proyecto “Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud nacional”, sus recursos serán destinados para financiar proyectos de inversión de las entidades territoriales y Empresas Sociales del Estado que cumplan con las reglas y requisitos establecidos en las resoluciones 2053 de 2019 y 750 de 2020, según corresponda. El Ministerio de Salud, mediante acto administrativo y previa recomendación del Comité Asesor para la Asignación de Recursos de los Proyectos a cargo de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, asignará los recursos y determinará las entidades departamentales, distritales, municipales o las Empresas Sociales del Estado beneficiarias, el monto de los recursos que se asignan, los requisitos para el giro y el seguimiento a la ejecución de estos.

### **\*\*Resolución 1387 (8 de septiembre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas

al Estado colombiano el día 08 de septiembre de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech.

Se asignan 339.300 dosis de la vacuna contra el COVID-19, del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech a los departamentos y distritos señalados para inmunizar a la población de etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

**\*\*Resolución 1386 (8 de septiembre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 08 de septiembre de 2021 por el fabricante AstraZeneca

Se asignan 439.520 dosis de la vacuna contra el COVID-19 del laboratorio AstraZeneca a los departamentos y distritos señalados, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante resoluciones 780 y 832 de 2021, esta última exclusivamente con relación a la ciudad de Bogotá, D. C. Así mismo, se asignan 312.856 dosis de la vacuna contra la COVID-19 para inmunizar a la población de etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

**\*\*\*Resolución 1379 (7 de septiembre)**

Por la cual se modifican los Anexos Técnicos 1, 6 y 10 de la Resolución 1151 de 2021 que establece los nuevos lineamientos técnicos y operativos a la aplicación de las vacunas contra el COVID-19.

Mediante la presente resolución, se modifica el Anexo Técnico 1 "Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19" de la Resolución 1151 de 2021.

**\*\*Resolución Nro. 1369 (2 septiembre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas

al Estado colombiano el 2 de septiembre de 2021 por el fabricante AstraZeneca.

Se asignan 200.000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio AstraZeneca a los departamentos y distritos señalados en la presente resolución, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante Resolución 780 de 2021. De igual forma, se asignan 208.000 dosis para inmunizar a la población de etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

**\*\*Resolución Nro. 1349 (1 de septiembre)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 31 de agosto de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech.

Se asignan 620.100 dosis contra la COVID-19 del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech a los departamentos y distritos señalados en el presente resolución para inmunizar a la población de las etapas abiertas del Plan de Vacunación contra la COVID-19.

**\*\*\*Resolución Nro. 1324 (30 de agosto)**

Por la cual se modifica la Resolución Nro. 166 de 2021 en relación con el procedimiento, el reconocimiento y pago de los costos asociados al agendamiento, aplicación, verificación, apoyo y validación de las vacunas contra el COVID-19

La presente resolución define un procedimiento transitorio para agilizar el giro previo en proceso de reconocimiento y pago de la vacunación contra el COVID-19 y aumenta el porcentaje a reconocer. Así el giro previo corresponderá al ochenta por ciento (80%) del valor que resulte de multiplicar el número de dosis aplicadas en el periodo por \$9.025.

Para las dosis aplicadas entre el 17 de febrero y el 20 de agosto de 2021, los departamentos y distritos deberán certificar, a más tardar el 2 de septiembre de 2021,



el número de dosis aplicadas en su territorio, discriminado el dato de forma mensual y por prestador habilitado, para lo cual deberán ingresar al REPS en la funcionalidad denominada “Registro giro previo excepcional Plan Nacional de Vacunación COVID 19”.

Para las dosis aplicadas a partir del 21 de agosto de 2021, los departamentos y distritos deberán certificar, por cada prestador, las dosis aplicadas en su territorio el día siguiente a la aplicación a través del reporte rápido diario de aplicación de dosis, el cual será remitido al correo electrónico [reportesvaccovid19@minsalud.gov.co](mailto:reportesvaccovid19@minsalud.gov.co) o por el mecanismo que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Sin embargo, todas las dosis aplicadas deben ser registradas por los prestadores en PAIWEB 2.0, que se tendrá en cuenta para el siguiente proceso de verificación y pago. El giro previo se realizará sobre las dosis aplicadas que no hayan sido objeto de giro previo o de facturación con corte a 31 de agosto de 2021. El Ministerio de Salud dispondrá a cada prestador y a la UNGRD la información de las dosis aplicadas y el valor correspondiente del giro previo.

### **\*\*Resolución 1341 (30 de agosto)**

**Por la cual se modifica el artículo 17 de la Resolución 586 de 2021. Costos que superen el valor fijado como ingreso de presupuesto máximo no serán tenidos en cuenta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia**

Atendiendo a la dinámica de la metodología adoptada para definir el presupuesto máximo y a las variaciones relacionadas con los posibles ajustes a estos, se establece, como medida transitoria, que los costos que superen el valor fijado como ingreso de presupuesto máximo, no sean tenidos en cuenta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia hasta tanto se logre estabilizar la implementación del presupuesto máximo, haciéndose necesario modificar lo dispuesto en el artículo 17 de la Resolución 586 de 2021.

### **\*\*\*Resolución Nro. 1328 (30 de agosto)**

**Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en cuanto adicionar el Anexo Técnico 2 “Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad”**

Mediante la presente resolución se adoptan los estándares de acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad, en el marco del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía en Calidad, mediante el anexo técnico que es parte integral de este acto administrativo.

### **\*\*Resolución Nro. 1323 (27 de agosto)**

**Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 19 de agosto de 2021 por el fabricante AstraZeneca**

Se asignan 163.200 dosis de la vacuna contra el COVID-19 del laboratorio AstraZeneca, a los departamentos y distritos que se señalan, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante Resolución 780 de 2021.

### **\*\*Resolución Nro. 1321 (27 de agosto)**

**Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., denominada CoronaVac, cuyo uso fue autorizado en el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID - 19.**

Se asignan 198.038 dosis de la vacuna CoronaVac, del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., a los departamentos y distritos señalados,

las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante la Resolución 1035 de 2021.

**\*\*\*Resolución Nro. 1317 (27 de agosto)**

Por la cual se modifica el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar un plazo a los Prestadores de Servicios de salud. REPS

A través de la presente Resolución, el Ministerio de Salud pondrá a disposición, el 1 de marzo de 2021, el REPS actualizado, momento a partir del cual los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS con servicios habilitados contarán con 18 meses para actualizar por una única vez el portafolio de servicios y realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación.

Una vez realizada la autoevaluación, esta tendrá una vigencia de 1 año. La siguiente deberá realizarse antes de dicho periodo, tal y como se dispone en el numeral 5.3 del artículo 5 de la presente resolución. Los prestadores que estén dentro de los 4 años de inscripción inicial deberán realizar la autoevaluación en los términos definidos manteniendo el tiempo que falte para cumplir los cuatro años.

**\*\*Resolución Nro. 1315 (27 de agosto)**

Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19, declarada mediante la Resolución 385 de 2020, prorrogada por las resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020 y 738 de 2021.

Mediante la presente resolución, se prorroga hasta el 30 de noviembre de 2021 la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, declarada mediante la Resolución 385 de 2020

y prorrogada mediante resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020 y 222 y 738 de 2021.

**\*\*Resolución Nro. 1313 (26 de agosto)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 25 de agosto de 2021 por el Fabricante Pfizer Inc. y BioNTech.

Con la presente Resolución, se asignan 381.420 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech a los departamentos y distritos enunciados en el presente acto administrativo para inmunizar al grupo poblacional de 12 a 17 años.

**\*\*Resolución 1308 (26 de agosto)**

Por la cual se modifican los artículos 3 y 4 de la Resolución 840 de 2021 en relación con la población susceptible de vacunación contra la COVID-19 por personas jurídicas de derecho privado o personas jurídicas con participación pública que se rijan por derecho privado.

De esta manera, se amplía la población que pueden vacunar las personas de derecho privado, así, las personas naturales que habiten el territorio nacional con las cuales tengan un vínculo laboral o contractual directo para la realización de actividades que le permitan el desarrollo de su objeto social, incluidos sus proveedores y familiares, así como la población que habite en el área de influencia del territorio donde tenga domicilio, sucursales o lugares donde estas empresas realicen sus operaciones. La priorización en la aplicación de las vacunas se hará de acuerdo con la disponibilidad de los biológicos a todos los que cumplan las condiciones mencionadas, salvo quien ya este vacunado o manifieste de manera expresa que no está interesado en la aplicación de la vacuna.

**\*\*Resolución Nro. 1255 (20 de agosto)**

Por la cual se definen las condiciones y la estructura de datos para el reporte de la información de las personas que habitan el país y que no cuentan con un documento de identidad expedido por el Estado colombiano para identificarse.



La presente resolución tiene por objeto definir las condiciones y la estructura de datos que deberán cumplir los municipios, distritos y departamentos con área no municipalizadas, para el reporte de la información de las personas que habitan en sus jurisdicciones y no cuentan con un documento de identidad expedido por el Estado colombiano para identificarse, conforme al censo de que trata el artículo 8 del Decreto 109 de 2021. Corresponde a municipios, distritos y departamentos con áreas no municipalizadas aplicar un censo que permita identificar la población habitante de su jurisdicción que no cuenta con un documento de identificación expedido por el Estado colombiano. Así, deberán reportar la información producto del censo realizado en la estructura de datos prevista en el anexo que hace parte integral de esta resolución y a través de la Plataforma de Intercambio de Información PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

### **\*\*Resolución Nro. 1245 (19 de agosto)**

**Por la cual se realiza la distribución de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 18 de agosto de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech**

De esta manera, se asignan 372.060 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech, entregadas al Estado colombiano el 18 de agosto de 2021, a los departamentos y distritos que se señalan en la presente resolución para inmunizar al grupo poblacional de 15 a 17 años.

### **\*\*Resolución Nro. 1244 (19 de agosto)**

**Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra la COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 27 de julio y 15 de agosto de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH.**

Se asignan 469.460 dosis de la vacuna mRNA-1273 contra la COVID-19 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH, entregadas al Estado colombiano los días 27 de julio y 15 de agosto de 2021 a las ciudades capitales y sus áreas metropolitanas de las entidades territoriales

señaladas en el presente acto administrativo para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación. Así mismo, se asignan 135.400 dosis a los municipios que la requieran, diferentes a las ciudades capitales, para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.

### **\*\*Resolución Nro. 1204 (11 de agosto)**

**Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 9 de agosto de 2021 por el fabricante AstraZeneca.**

Se asignan 37.800 dosis de la vacuna del laboratorio AstraZeneca, entregadas al Estado colombiano el día 9 de agosto de 2021 a los departamentos y distritos que se señalan en esta resolución, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante Resolución 543 de 2021 y que no fueron beneficiarias en la Resolución 1013 y 1037 de 2021. Así mismo, se asignan 166.200 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del fabricante AstraZeneca a las ciudades capitales de las entidades territoriales señaladas en la presente Resolución para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.

### **\*\* Resolución Nro. 1203 (11 de agosto)**

**Por la cual se realiza la tercera distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el día 27 de julio de 2021 de la vacuna mRNA-1273 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH**

A través de la presente resolución, se asignan 39.200 dosis contra la COVID-19 del laboratorio Moderna Switzerland GMBH a los



departamentos Risaralda, Caldas, Antioquia y el distrito de Barranquilla, para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación de dichos departamentos y distrito.

#### **\*\*Resolución 1197 (10 de agosto)**

Por la cual se establecen los parámetros necesarios para definir e identificar el beneficiario real de los actos de adquisición de que trata el artículo 75 de la Ley 1955 de 2019.

La presente resolución tiene por objeto precisar los parámetros para la definición y la identificación del beneficiario real de los actos de adquisición del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de una entidad promotora de salud en los términos del artículo 75 de la Ley 1955 de 2019. Con base en la información presentada con la solicitud, en el informe de la entidad promotora de salud sobre la debida diligencia y en la información adicional que en los términos del Decreto 256 de 2021 estime necesario requerir a los interesados o a otras personas o autoridades, la Superintendencia Nacional de Salud verificará la identidad del beneficiario real de los actos de adquisición de que trata el artículo 75 de la Ley 1955 de 2019.

#### **\*\*Resolución 1178 (5 de agosto)**

Por la cual se incluye el Permiso por Protección Temporal — PPT como documento válido de identificación de los migrantes venezolanos en los sistemas de información del Sistema de Protección Social

Así, las entidades responsables de la administración y manejo de las bases de datos dentro del Sistema de la Protección Social efectuarán la actualización y ajustes, incluyendo como documento de identificación el

Permiso por Protección Temporal — PPT, y realizarán las validaciones y novedades de acuerdo con la información que suministre la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia.

#### **\*\*Resolución 1182 (5 de agosto)**

Se realiza la segunda distribución y asignación de vacunas entregadas al Estado el día 21 de Julio de 2021 de la vacuna de Moderna ARNm-1273 del Laboratorio Switzerland GMBH

Mediante la presente resolución, se asignan 405.300 dosis de la vacuna contra la COVID-19 entregadas el 27 de julio de 2021 del laboratorio Moderna ARNm-1273 del laboratorio Switzerland GMBH a los departamentos y distritos que se señalan en la presente resolución, para inmunizar a las personas priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.

#### **\*\*\*Resolución 1151 (3 agosto)**

Por la cual se establecen nuevos lineamientos técnicos y operativos a la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 y se dictan otras disposiciones

De esta manera, los lineamientos se encuentran contenidos en los siguientes anexos técnicos, los cuales hacen parte integral de la presente resolución, de la siguiente manera: **Anexo 1.** Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19. **Anexo 2.** Consentimiento informado para la vacuna contra el SARS-COV-2/COVID-19. **Anexo 3.** Estrategia marco de seguridad interinstitucional para el Plan Nacional de Vacunación COVID 19. **Anexo 4.** Lista de chequeo para la verificación de cumplimiento de actividades a nivel departamental, distrital y municipal. **Anexo 5.** Ficha técnica requerimientos mínimos equipos de cómputo para el sistema de información nominal PAIWEB 2.0. **Anexo 6.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna BNT 162b2 Pfizer-BioNTech contra el COVID-19. **Anexo 7.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna CoronaVac de Sinovac BioNTech contra el COVID-19. **Anexo 8.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna Oxford-AstraZeneca AZD122 (CHADOX1-S/NCOV-19) contra el



COVID-19. **Anexo 9.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna AD26.COVS.JANSSEN contra el COVID-19. **Anexo 10.** Anexo técnico para la aplicación de la vacuna MODERNA RNM-1273 contra el COVID-19.

La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 430 de 2021.

### **\*\*Resolución 1137 (30 de julio)**

**Por la cual se modifica la Resolución 2461 de 2020 en cuanto al procedimiento para el reconocimiento y pago de las pruebas COVID-19 realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020**

Mediante la presente Resolución, se modifica el artículo denominado "Procedimiento para el reconocimiento y pago de las pruebas COVID-19", incluido en la Resolución 2461 de 2020, con el propósito de que la ADRES valide la información de los afiliados reportada por la EPS y demás EOC contra la información de SISMUESTRAS teniendo en cuenta todas las actualizaciones registradas en dicho sistema, así como permitir que esa administradora disponga para estas la base de datos de SISMUESTRAS con las actualizaciones correspondientes, con el fin de lograr una mayor eficacia en el proceso de reconocimiento y pago de las pruebas COVID-19 realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto del año 2020.

### **\*\*Resolución 1133 (30 de julio)**

**Por la cual se establecen las reglas generales de operación de las bases de datos de afiliación y reporte de novedades del Sistema Integral de Información del Sector Salud**

Las disposiciones contenidas en la presente resolución tienen por objeto establecer las nuevas reglas generales de operación de las bases de datos de afiliación y reporte de novedades del Sistema Integral de Información del Sector Salud, definir la responsabilidad sobre la elaboración de las estructuras para el reporte de datos de afiliación y sus novedades, y crear la Base de Datos de afiliación de las personas privadas de la libertad del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (BDINPEC).

### **\*\*Resolución 1091 (23 de julio)**

**Por la cual se modifican los artículos 2 de las Resoluciones 862 y 970 de 2021 en el sentido de autorizar la reasignación de vacunas dentro de un mismo departamento**

Se modifica el artículo 2 de la Resolución 862 del 23 de junio de 2021 con el fin de asignar 235.300 dosis de la vacuna del laboratorio Janssen Pharmaceutica NV para inmunizar a la población perteneciente a todas las etapas del Plan Nacional de Vacunación establecidas en el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de 2021, en los departamentos y distritos descritos en la presente Resolución 1091.

### **\*\*\*Circular Externa Nro. 43 (21 de julio)**

**Instrucciones para la vacunación contra el COVID-19 de mujeres gestantes**

Con la presente circular, el Ministerio de Salud y Protección Social imparte las siguientes instrucciones: Vacunar con el Biológico BT-N162B2 PFIZER-BIONTECH a las mujeres gestantes desde la semana doce (12) de embarazo y las que se encuentren en los primeros 40 días de posparto; El único requisito que se debe exigir para la aplicación de la vacuna de Pfizer-BioNTech es la suscripción del consentimiento informado en donde manifieste que realizó previamente la evaluación riesgo-beneficio junto con su médico tratante.

### **\*\*Resolución 1054 (21 de julio)**

**Por la cual se actualiza el listado de municipios objeto de unificación de fases y etapas del Plan Nacional de Vacunación.**

De esta manera, se unifican las fases y etapas del Plan Nacional de vacunación contra la COVID 19 en los municipios que se señalan en la

presente resolución. La población se vacunará de manera gradual con el biológico disponible en cada territorio y lo asignado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**\*\*Resolución 1055 (21 de julio)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 21 de julio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech.

Se asignan 136.890 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech para garantizar segundas dosis de la distribución realizada mediante Resolución 806 de 2021 y que no fueron beneficiadas con las asignaciones realizadas mediante Resolución 991 y 1023 de 2021. Así mismo, se asignan 171.990 dosis para inmunizar a mujeres en estado de gestación a partir de la semana doce (12) de embarazo o que se encuentran dentro de los primeros 40 días posparto.

**\*\*Resolución 1037 (16 de julio)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 17 y 18 de julio de 2021 por el fabricante AstraZeneca y se reasigna una parte de las vacunas que le correspondían al distrito de Buenaventura a través de la Resolución 543 de 2021

Mediante la presente resolución, se reasignan 1310 dosis de la vacuna del laboratorio AstraZeneca que le correspondían al distrito de Buenaventura como segundas dosis en las entidades territoriales que se señaladas en la presente resolución.

**\*\*Resolución Nro. 1035 (16 de julio)**

Por la cual se realiza una segunda distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano los

días 10 y 11 de julio de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.

Se asignan 200.000 dosis de la vacuna CoronaVac del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., a los distritos y departamentos que se señalan en la presente resolución para inmunizar a las personas de sus ciudades capitales priorizadas en las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.

**\*\*Resolución Nro. 1023 de (15 de julio)**

Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 10 y 11 de julio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech y se reasigna una parte de las vacunas distribuidas al Departamento del Cauca a través de la Resolución 814 de 2021.

Se reasignan 16.380 dosis de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech que le correspondían al departamento del Cauca como segundas dosis en las entidades territoriales que se señalan en la presente resolución. Así mismo, se asignan 148.590 dosis de la vacuna Pfizer Inc. y BioNTech a los departamentos y distritos que se señalan en el presente acto para que sean aplicadas como segundas dosis a las personas que recibieron la primera dosis producto de la distribución realizada mediante las Resoluciones 806 y 991 de 2021.

**\*\*Resolución Nro. 1022 (14 de julio)**

Por la cual se da apertura a la Etapa 5 de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los decretos 466 y 630 de 2021, mediante el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.

De esta manera, se da apertura a la Etapa 5 del Plan Nacional de Vacunación de que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de 2021.

Los departamentos y distritos, en coordinación con las entidades responsables del aseguramiento en salud, deberán fortalecer las estrategias para complementar la



inmunización de las personas que pertenecen a las etapas 1, 2, 3 y 4 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, poniendo énfasis en las personas con mayor riesgo, mayores de 50 años y personas diagnosticadas con cualquiera de las comorbilidades contenidas en el numeral 7.1.3.2 del Decreto 109 de 2021, modificado por los decretos 466 y 630 ambos de 2021.

### **\*\*Resolución Nro. 1018 (13 de julio)**

**Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano los días 10 y 11 de julio de 2021 por el fabricante Sinovac Life Sciences Co., Ltd.**

Se asignan 1.600.830 dosis de la vacuna CoronaVac del laboratorio Sinovac Life Sciences Co., Ltd., entregadas por el Estado colombiano el 10 y 11 de julio de 2021, a los departamentos y distritos señalados, las cuales deben ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera producto de la distribución realizada mediante resoluciones 839 y 888 de 2021.

### **\*\*Resolución Nro. 1013 (12 de julio)**

**Por la cual se realiza la distribución y asignación de las Vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 11 de julio de 2021 por el fabricante AstraZeneca.**

Mediante la presente resolución, se asignan 408.000 dosis de la vacuna del laboratorio de AstraZeneca, las cuales deberán ser aplicadas como segunda dosis a las personas que recibieron la primera, producto de la distribución realizada mediante la Resolución 543 de 2021.

### **\*\*Resolución Nro. 996 (9 de julio)**

**Por la cual se realiza la cuarta asignación de Plazas de Servicio Social Obligatorio para reforzar la atención en salud durante la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19**

Se autoriza la asignación de las siguientes plazas de SSO para reforzar la atención en salud durante la emergencia

causada por la COVID-19 así: trescientas cincuenta (350) plazas en medicina, trescientas cincuenta (350) plazas en enfermería, y sesenta y cinco (65) plazas en bacteriología.

La institución prestadora interesada en contratar con plazas de SSO para reforzar la atención en salud durante la emergencia sanitaria por COVID-19, solicitará su apertura y aprobación ante la secretaría de salud departamental o la entidad que haga sus veces ante la Secretaría de Salud de Bogotá a más tardar el 30 de julio de 2021 en los términos del artículo 7 de la Resolución 778 de 2020.

### **\*Resolución Nro. 991 (7 de julio)**

**Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas al Estado colombiano el 7 de julio de 2021 por el fabricante Pfizer Inc. y BioNTech.**

La presente Resolución, tiene por objeto asignar a los departamentos y distritos del territorio nacional 104.130 dosis de la vacuna contra el COVID-19, entregadas por el laboratorio Pfizer Inc. y BioNTech, para ser aplicadas como segundas dosis de las personas que fueron vacunadas con las asignadas en la Resolución 806 de 2021 y para realizar asignaciones extraordinarias a los departamentos de Vichada y Archipiélago de San Andrés.

### **\*Resolución Nro. 970 (01 de julio)**

**Por la cual se realiza la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 entregadas mediante donación al Estado colombiano el 1 de julio de 2021 por el Gobierno de los Estados Unidos de América.**

Mediante la presente resolución, se asignan 2.500.000 dosis de la vacuna SARS-COV-2 del laboratorio Janssen Pharmaceutica

NV para inmunizar a la población mayor de 18 años perteneciente a todas las etapas abiertas del Plan Nacional de Vacunación.

**\*\*Circular No 040 (01 de julio)**

**Instrucciones para la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 en pueblos y comunidades indígenas.**

En el marco de la presente circular, las IPS e IPSI deberán: participar en la mesa de coordinación permanente conformada por la entidad territorial del orden departamental y distrital, con el fin de organizar las acciones a ejecutar para la vacunación en la población indígena, conforme a lo establecido en el numeral 2.5.1 de la Resolución 430 de 2021; concertar e implementar estrategias de comunicación interculturales dirigidas a la población indígena para brindar información adecuada, suficiente, comprensible, transparente y veraz basada en la evidencia científica y teniendo en cuenta los conocimientos y saberes ancestrales de los pueblos, estableciendo confianza en el proceso de vacunación, protección y prevención de la COVID-19, para lograr mayor cobertura en la población, teniendo en cuenta las medidas de accesibilidad y aceptabilidad, de modo que pueda acceder sin barreras comunicacionales y actitudinales; implementar las adecuaciones socioculturales concertadas y necesarias, de acuerdo con el contexto territorial, cosmovisiones, idioma propio, usos y costumbres, condiciones del ámbito territorial para el despliegue de las estrategias y tácticas de vacunación, y equipos médicos necesarios y de talento humano para efectuar el plan de vacunación en las comunidades, implementaciones acordadas con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, los prestadores de servicios de salud y las entidades territoriales; desarrollar las capacidades en el talento humano de los

equipos vacunadores que permita la ejecución de las acciones del Plan de Vacunación en las comunidades indígenas, facilitar el trabajo intercultural y el acercamiento con estas, vinculando en lo posible al talento humano indígena para que apoye la gestión y operación del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19; socializar el formato de consentimiento informado para la vacunación a través de personas que hablen la lengua propia y que faciliten la comprensión de la información suministrada; detectar y notificar los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación que sean graves y garantizar la atención integral en salud en las comunidades.

**\*\*\*Resolución 971 (1 de julio)**

**Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia**

La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia como forma de ejercer el derecho a morir con dignidad e impartir directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014.

Así, para el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de eutanasia por parte de personas extranjeras, se requiere contar con domicilio ininterrumpido en el territorio colombiano de un (1) año. Son requisitos mínimos para expresar una solicitud: (i) la presencia de una condición clínica de fin de vida, esto es, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía, (ii) presentar sufrimiento secundario a esta, (iii) estar en condiciones de expresar la solicitud de manera directa. En caso de que el médico tenga dudas sobre cualquiera de los requisitos mínimos antes referidos debe activar el Comité para que adelante las verificaciones pertinentes.



El paciente que no esté de acuerdo con la razón de no activación del Comité puede requerir una segunda opinión expresando la solicitud a otro médico. En caso de recibir un nuevo concepto de *no activación* podrá dirigir su solicitud de manera directa al Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia. La objeción de conciencia debe ser expresada de manera previa al conocimiento de la solicitud y solo puede ser alegada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico. La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes. Tampoco puede alegarse para las instituciones prestadoras de salud.

### 3. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

**\*\*\* Circular Externa 20211700000006-5 (17 de septiembre)**  
Por la cual se imparten instrucciones para la verificación de la correcta implementación de la regulación para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad

En el marco de las instrucciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, le corresponde a las IPS privadas, públicas, mixtas y profesionales independientes del SGSSS, lo siguiente:

Documentar, socializar e implementar un proceso y/o procedimiento institucional que garantice, en el ámbito de sus competencias, la atención y orientación al paciente que manifieste su derecho a morir dignamente y a su familia, en el que se incluyan los aspectos de las áreas administrativas y asistenciales necesarios para dar cumplimiento a la normativa que regula la materia. Dentro del proceso y/o procedimiento institucional mencionado debe incluirse: articulación con Entidades Promotoras de Salud Régimen Contributivo y Subsidiado, Entidades Adaptadas en Salud, Entidades Pertencientes a los Regímenes Especial y de Excepción, otros Prestadores

de Servicios de Salud y autoridades judiciales o administrativas que por sus funciones intervengan en el trámite; interacción y acompañamiento a la familia o acudientes; garantía de la atención integral en cuidados paliativos, cuando se cuente con el servicio habilitado de dolor y cuidados paliativos; etapas, elementos, responsables y plazos para dar cumplimiento a las obligaciones a su cargo, incorporando el reporte de información; actividades e intervenciones de seguimiento y control que identifiquen los riesgos y permitan adoptar las acciones preventivas y correctivas que se requieran, entre otros.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de que trata el artículo 24 de la Resolución 971 de 2021, esto es, las que tengan habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica, de atención institucional de paciente crónico o de atención domiciliaria para paciente crónico, que cuenten con protocolos de manejo para el cuidado paliativo, deben adoptar, socializar e implementar su protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia.

**\*\*Resolución 13230-21 (27 de septiembre)**  
Por la cual ordena la intervención forzosa administrativa de COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A., identificada con NIT 805.000.427-1, por el término de un (1) año, es decir, desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2022.

Se ordena al Representante Legal de COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S. A. presentar e implementar un programa gradual de salvamento dentro del término de dos (2) meses siguientes a la expedición del presente acto administrativo conforme a las actividades descritas en esta resolución. **II**



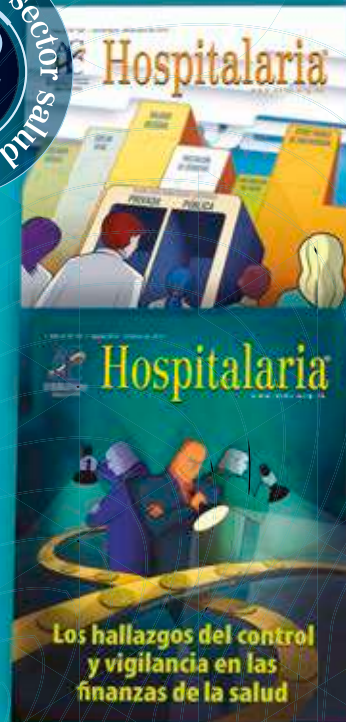
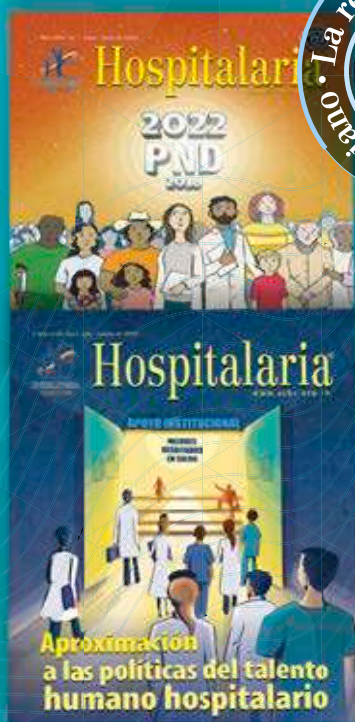
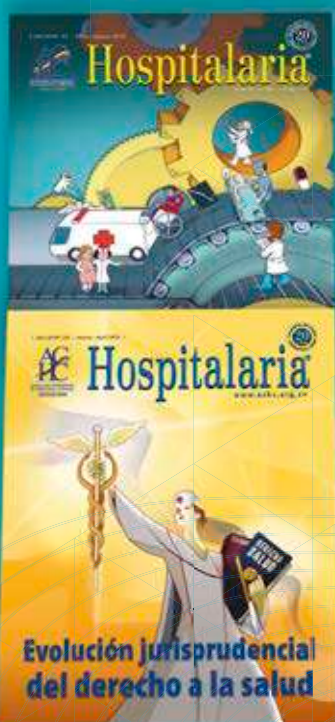
Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas

# Revista Hospitalaria®

www.achc.org.co

La revista del sector salud Colombiano

# 2020



## ¡Paute con Nosotros! >>>

**Info:** [comunicaciones@achc.org.co](mailto:comunicaciones@achc.org.co)  
[publicidadhospitalaria@achc.org.co](mailto:publicidadhospitalaria@achc.org.co)

**Celular:** 310 2616106 - 315 2031887

**Fijo:** 57-1-3124411

# La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:

