



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas
ISSN 0123-8760

Hospitalaria®

www.achc.org.co



**Experiencias de hospitales y clínicas
colombianos en la preparación
para la atención de la COVID-19**



Expertos en **Inyectables**

Líder en la fabricación y comercialización de medicamentos inyectables

Vitalis, laboratorio transnacional de origen colombiano, se dedica al desarrollo, fabricación y comercialización de medicamentos inyectables de calidad. A través de sus productos y servicios farmacéuticos genera valor a la comunidad, facilitando el acceso a la salud en 22 mercados de tres continentes, Latinoamérica, Asia y África.

Uno de sus pilares corporativos es la **seguridad del paciente y de los profesionales de salud**. Basados en esta visión de compañía, Vitalis es **pionero en implementar estrategias innovadoras de identificación segura de medicamentos**, adaptando e integrando estándares internacionales de marcación, etiquetado y empaque para **mejorar la identificación visual de los mismos, previniendo errores** durante su almacenamiento, dispensación y administración.



Preservamos la salud de millones de personas a través del suministro de medicamentos y servicios farmacéuticos de calidad.

1 de cada 4 inyectables comercializado en Colombia es fabricado por Vitalis

Lo que nos convierte en líderes del sector

Fuente: SISMED y ventas reales de Vitalis 2019

En la misma línea, con el propósito de aumentar las medidas de protección y cuidado hacia los profesionales de la salud ante el riesgo de contagio por COVID-19 en UCI y quirófanos, la compañía donó a 160 hospitales de todo Colombia 200 cabinas de seguridad tipo “aerosol box” y 100 tipo “iglú” o “burbuja”, las cuales actúan como barrera protectora entre el personal de salud y el paciente.

Así mismo, el laboratorio no ha detenido su producción, al contrario, en tiempos de pandemia continúa abasteciendo las necesidades de clínicas y hospitales, al ser uno de los más grandes productores de inyectables. El portafolio de Vitalis permite cubrir el 25% de las moléculas incluidas en el paquete de medicamentos para la atención de pacientes con COVID-19*.

Conoce más sobre Vitalis en:
www.vitalislaboratorio.com

*Medicamentos priorizados para pacientes con síntomas y complicaciones asociadas al COVID-19. Julio de 2020
<https://www.invima.gov.co/en/medicamentos-priorizados-para-pacientes-con-sintomas-y-complicaciones-asociadas-al-covid-19>

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 2018 - 2020

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

CLÍNICA PALMIRA - FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA (PALMIRA)
CLÍNICA DEL PRADO - GUSTAVO ADOLFO RESTREPO NICHOLLS (MEDELLÍN)
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA - EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS (BOGOTÁ)
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI – MARCELA GRANADOS (CALI)
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZ - MIGUEL TONINO BOTTA FERNÁNDEZ (CÚCUTA)

SUPLENTES

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - CLÍNICA UNIVERSITARIA -
CARLOS ALBERTO RESTREPO MOLINA (MEDELLÍN)
FUNDACIÓN JAVERIANA DE SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS INTERUNIVERSITARIOS CARLOS
MÁRQUEZ VILLEGAS (JAVESALUD) - CARLOS HUMBERTO TOBAR GONZÁLEZ (BOGOTÁ)
SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD (SES) – HOSPITAL DE CALDAS -
ÁNGELA MARÍA TORO MEJÍA (MANIZALES)
CLÍNICA VERSALLES S.A. - JANETH CRISTINA VÁSQUEZ ORTIZ (CALI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN - DIEGO JOSÉ DUQUE OSSA (MEDELLÍN)
CLÍNICA DE LA COSTA - ALBERTO JOSÉ CADENA BONFANTI (BARRANQUILLA)
CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. - ANTONIO JOSÉ DÁGER FERNÁNDEZ (CALI)
CLÍNICA DEL OCCIDENTE - FABIO CORREDOR LEGUIZAMO (BOGOTÁ)
CLÍNICA SAN JOSÉ DE CÚCUTA – ÁLVARO SALGAR VILLAMIZAR (CÚCUTA)

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

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

REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

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

MIEMBRO HONORARIO

Roberto Esguerra Gutiérrez

INVITADO PERMANENTE

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

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 y la impresión 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 N° 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

En medio de la pandemia por COVID-19

4 De portada

Experiencias de hospitales y clínicas colombianos en la preparación para atender la pandemia por COVID-19

52 Actualidad

COVID-19 en pocas palabras

61 Entrevista a usuarios

La pandemia aumentó las barreras de acceso al sistema de salud para los pacientes

67 Agenda gremial

- ACHC pide al Presidente de la República, Iván Duque Márquez, intervenir para que se dé cumplimiento al Acuerdo de Punto Final

- ACHC presentó a Minsalud propuestas para mitigar crisis en IPS por COVID-19

- Hospitales y clínicas afiliados a la ACHC recibieron donaciones de reconocidas compañías

73 Notas del Sector

- “Mi nombre es Diana Paola Angola, tengo 36 años, no sé cómo me contagié de COVID-19”. ¡Un testimonio de vida y dos milagros!

- Teleconsulta

- “Seguimos contigo”, la nueva estrategia educativa que resuelve dudas sobre el COVID-19

- ¿Cómo el sistema de salud puede tomar decisiones inmediatas en medio de la pandemia?

78 Internacional

En descenso las vacunaciones durante la COVID-19

80 Nos preguntan

La ley de pagos en plazos justos en el sector salud

83 De nuestros Patrocinadores

Sistema de rodilla ATTUNE®: una solución a las necesidades actuales

86 Cifras del sector

Tutelas en salud en Colombia en 2019

89 Glosario

En medio de la pandemia por COVID-19

Cuando comenzaba a circular nuestra edición 129, correspondiente a los meses de enero y febrero de 2020, jamás imaginamos las dificultades que tendríamos para terminar la impresión y luego para poder distribuir la revista, pues se inició entonces la emergencia sanitaria en la que aún nos encontramos.

La humanidad olvida sistemáticamente las experiencias dolorosas por las que ha pasado, tal vez en un acto de impotencia o como simple medida de salud mental. Borró de su mente la dolorosa experiencia vivida 100 años atrás con la última gran epidemia, la de la llamada “gripa española”, que costó la vida a cerca de 50 millones de personas en el mundo. Muy pocos son excepción a esta regla, como la Organización Mundial de la Salud que, en un panel de expertos celebrado en 2018 para identificar las enfermedades que representaban un peligro para la humanidad, por no tener medidas efectivas para combatirlas o tener muy pocas, incluyó una “enfermedad X” (producida por un patógeno desconocido) que podría causar la próxima gran pandemia, además de las ya conocidas, como el temido Ébola, el SARS y otras cinco.

Apenas un poco más de un año después, la “enfermedad X” ya tenía nombre propio, COVID-19, y patógeno identificado: un coronavirus. Luego de su aparición, en diciembre de 2019 en Wuhan, China, este virus ha infectado en el mundo, al momento de redacción de este editorial, a más de 28 millones de personas y le ha costado la vida a cerca de 900.000, mientras en Colombia ya pasamos de 700.000 infectados y superamos los 22.000 fallecidos. Las consecuencias en todos los ámbitos son incalculables: sectores de la economía devastados, pérdida de empleo de millones de personas, miles de empresas que han tenido que desaparecer, aumento global de la pobreza extrema.

Como en *La peste* de Albert Camus, nos encontramos aún sin una solución definitiva, las vacunas que se encuentran en sus fases finales no están aún disponibles

y no tenemos un medicamento específico y eficaz, por lo que hemos tenido que recurrir a la cuarentena para evitar que los servicios hospitalarios sean desbordados, como ocurrió en algunos países de Europa, y ganar tiempo en reforzar nuestra infraestructura, especialmente en camas de UCI. En Colombia se realizó un gran esfuerzo importando y suministrando ventiladores en comodato, con lo cual pasamos de 5.300 camas para UCI que teníamos al comienzo a cerca de 10.000 que tenemos en la actualidad. Sin embargo, el confinamiento prolongado tiene un efecto negativo evidente sobre la salud por el sedentarismo y en la salud mental no es menor, como lo ha demostrado el estudio de la Universidad Javeriana sobre salud mental y resiliencia en adultos jóvenes durante el aislamiento, publicado recientemente, que evidenció depresión en diferentes grados en 68% de los jóvenes.

Hospitales y clínicas de Colombia han estado desde el primer día sirviendo con compromiso, devoción y sin descanso, haciendo toda clase de sacrificios, aún poniendo en peligro su propia estabilidad financiera para atender todas las exigencias que ha creado la pandemia. Tuvieron que enfrentar simultáneamente la caída vertical de sus ingresos debido a la disminución de la ocupación en los meses de marzo, abril y mayo como consecuencia de la suspensión ordenada de servicios programados, sumado al temor de los ciudadanos de acudir a los hospitales, así como el simultáneo incremento de los costos operativos debido a la inversión necesaria en elementos de protección, adecuaciones de la infraestructura y mayor consumo en elementos de aseo, entre otros. El resultado fue que prácticamente todos los prestadores enfrentaron unas pérdidas de enormes proporciones.

Posteriormente, el aumento progresivo de la propagación de la enfermedad ha exigido un esfuerzo monumental para atender la avalancha de enfermos por COVID-19 en urgencias, en hospitalización y especialmente en UCI, servicios que estuvieron al 100% de ocupación por varias semanas, demandando del personal una heroica dedicación, que ha sido mayor debido a que una porción importante ha tenido que marginarse por aislamiento. Ese esfuerzo no ha sido gratis. Ha costado la vida de decenas de médicos, enfermeras, auxiliares y personal administrativo, que silenciosamente entregaron su vida por cumplir con su deber. El sector hospitalario ha estado de pie afrontando esta adversidad y seguirá sirviendo a la sociedad hasta que sea necesario.

El Gobierno ha actuado guiado por los epidemiólogos y con base al conocimiento acumulado en estos meses. Debemos reconocer que las ayudas para los prestadores han representado un alivio, especialmente los destinados a mantener el empleo, como la ayuda a la nómina, el reconocimiento de la prima para el personal que se encuentra en la primera línea de atención y el pago por disponibilidad de camas de UCI. Este último apoyo representa un paso trascendental que crea un antecedente para la sostenibilidad futura del sector. Debemos mencionar también los esfuerzos orientados al pago de cartera, como la compra a través de ADRES o la autorización a las EPS para destinar las reservas técnicas al pago de cartera. También reconocemos su disposición al diálogo y a atender las sugerencias y recomendaciones que ha presentado la ACHC en su gestión gremial durante estos meses. Preocupa mucho el cumplimiento del llamado “punto final” bandera de la campaña presidencial del Presidente Duque, que quedó incluido en la ley del Plan Nacional de Desarrollo, tema sobre el cual esperamos decisiones concretas y efectivas para hacerla realidad integralmente.

Estamos seguros de que los colombianos no olvidarán la manera en que los prestadores les han servido en esta emergencia, en contraste evidente con el escaso aporte de otros actores del sector de la salud. Esto deberá reflejarse en la reforma del sistema, que seguramente se tramitará en el Congreso en esta legislatura. También tendrá que aprovecharse la experiencia que hemos vivido para que se incorporen mecanismos permanentes que permitan preservar y mantener la infraestructura hospitalaria, no solo para su funcionamiento normal sino para que tenga la capacidad de reaccionar rápidamente para enfrentar circunstancias como la actual.

En este número hemos reunido varias experiencias que muestran cómo los hospitales y clínicas han realizado esfuerzos para que los ciudadanos encuentren en sus instalaciones una respuesta adecuada a todas sus necesidades. Diseño y preparación de las contingencias hospitalarias para el manejo del COVID-19, protocolos para enfrentar la crisis en servicios ambulatorios y hospitalarios, cómo la crisis nos cambió la manera de trabajar en el control y prevención de infecciones, y experiencias en la protección física, mental y emocional del talento humano, son algunos ejemplos que ilustran la respuesta al actual desafío.

Por efecto de la pandemia, nuestro XIV Congreso Internacional, que estaba programado para el 15 y 16 de julio, en el marco de la Feria Meditech 2020, debió aplazarse, al igual que la feria. Por su parte, *Hospitalaria*, por primera vez en sus veintidós años de historia, no circulará impresa en sus tres próximas ediciones y solamente lo hará de manera virtual, comenzando por la presente edición. Agradecemos la comprensión y el apoyo de todos nuestros lectores y anunciantes. Apenas las circunstancias lo permitan, reiniciaremos la edición impresa y mantendremos simultáneamente la virtual.

Finalmente, rendimos un sentido homenaje a todos nuestros héroes que han entregado la vida luchando en hospitales y clínicas de Colombia para enfrentar esta enfermedad. Su sacrificio no ha sido en vano y, aunque el dolor es muy grande, seguiremos adelante, honrando su memoria hasta que logremos superar la pandemia. 

Experiencias de hospitales y clínicas colombianos en la preparación para atender la pandemia por COVID-19

A finales de 2019, el sector sanitario en el mundo se vio sorprendido con el surgimiento de un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2 en la China y desde diferentes latitudes del planeta se inició el seguimiento al comportamiento a este nuevo virus, y como la evolución del mismo lo ha demostrado, ningún país estaba preparado para enfrentarlo.

En Colombia durante los primeros tres meses de 2020 se observó que en algunos países europeos y en EEUU se superó la capacidad hospitalaria y parte de los objetivos que se trazó el sector salud colombiano fue no llegar a ese punto crítico. La mayoría de hospitales y clínicas colombianos, atendiendo los lineamientos y orientaciones de las autoridades de salud en el país y siguiendo su compromiso con los pacientes, emprendieron un exigente proceso de preparación y transformación para atender de la mejor manera posible a los pacientes, que pudieran llegar a sus entidades con síntomas y diagnóstico de COVID-19 y continuar atendiendo a los pacientes con otras enfermedades.

Esa preparación involucró adecuar su infraestructura, capacitar al personal, ajustar sus modelos de atención,

adoptar los protocolos ordenados por las autoridades sanitarias, fortalecer sus canales y formas de comunicación y desarrollar estrategias para cuidar la salud física y mental del talento humano de las instituciones, entre otros.

Como parte del reconocimiento al esfuerzo del sector hospitalario para atender la pandemia del COVID-19, la revista *Hospitalaria* publica a continuación, la experiencia de 7 reconocidas entidades, ubicadas en diferentes zonas del país, que fueron presentadas en conversatorios y conferencias del programa de *Fomento de Aprendizajes a partir de Experiencia hospitalarias en el manejo de la crisis por el SARS-CoV-2*, desarrollado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Experiencias que permiten conocer cómo el sector hospitalario enfrentó los desafíos que le impuso la pandemia y dilucidar que el compromiso con la calidad, la seguridad y la humanización de la atención y los esfuerzos hechos para alcanzar acreditaciones nacionales e internacionales, han sido factores clave para asumir estos retos, desde diversos aspectos de la gestión hospitalaria, como se puede valorar en cada una de las experiencias que presentamos a continuación.



Tantos Reemplazos de rodilla ATTUNE®, tantos pacientes satisfechos.

1 millón de pacientes con rodilla ATTUNE® en todo el mundo, y sigue creciendo.

El Sistema de Rodilla Attune cumple la promesa de mejores resultados funcionales¹. Celebremos que 1 millón de pacientes han podido regresar a hacer las cosas que más disfrutan.

Conoce más sobre El Sistema de Rodilla
ATTUNE en attuneevidence.com



Colombia: Registro INVIMA No. DM – 0007783
Registro INVIMA No. DM – 0008266
México: Registro COFEPRIS No. 0002C2015 SSA
Registro COFEPRIS No. 0865C2015 SSA Argentina: Registro Sanitario No. PM-16-663
En Argentina: Johnson & Johnson Medical S.A. Mendoza 1259, Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Argentina, CP: C1428DJG. **En Chile:** Johnson & Johnson de Chile S.A. Cerro Colorado 5240, torre 1, piso
9, Las Condes, Santiago de Chile. **En Colombia:** Johnson & Johnson de Colombia S.A. Yumbo-Valle:
Calle 15 No. 31-146 ACOPI. **En México:** Johnson & Johnson de México, S.A. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines
#3720, Torre 1 - Piso 3, Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Del Álvaro Obregón, CDMX
Material destinado a Profesionales de la Salud

1. Hamilton W, Brenkel I, Barnett S, Allen P, Kantor S, Clatworthy M, Dwyer K, Lesko J. Comparison of Existing and New Total Knee Arthroplasty Implant Systems from the Same Manufacturer: A Prospective, Multicenter Study. Poster Presentation # 06014, AAOS. Las Vegas, NV. 2019.
© DePuy Synthes 2020. Todos los derechos reservados.
Consulte las IFU (Instrucciones de uso) para obtener una lista completa de indicaciones, contraindicaciones, precauciones y advertencias.
Para obtener más información sobre los productos de DePuy Synthes Companies, comuníquese con su representante local de DePuy Synthes Companies.

Experiencia del ESE Hospital General de Medellín en el diseño y priorización de las contingencias hospitalarias frente al manejo del SARS-CoV-2

Juan José Vélez Cadavid, MD

Jefe Unidad de Cuidados Intensivos Adultos



Cortesía HGM

El Hospital General de Medellín como parte de su estrategia de atención de la COVID-19 creó el Grupo de Incidencia

Aninguno de nosotros nos han preparado de manera formal o profunda para el manejo de pandemias. Cuando se es urgenciólogo, se estudia la creación y adecuación de planes de atención de emergencias internas y externas ante este tipo de problemáticas. Basado en ello, fuimos generando la estructura para el manejo de una situación como lo es la pandemia por COVID-19.

Nuestro plan de atención lo fuimos nutriendo con la información que llegó (y continúa llegando) de otros países. Por ejemplo, a medida que se iba presentando la contingencia en China, en España, en Italia y en Francia, nos actualizábamos permanentemente sobre cómo manejaban la pandemia, especialmente las situaciones complejas como el enfrentarse a una ola de pacientes

sin poder dar abasto. El incumplimiento de la meta de evaluarlos hizo que allí la mortalidad aumentara exponencialmente de modo tan dramático. Con compañeros, colegas y amigos que tenemos en diferentes países nos fuimos enriqueciendo sobre cómo estar preparados y qué era lo que teníamos que hacer.

Con el grupo de infectología veníamos evaluando cómo transcurría la pandemia, especialmente en China, y una vez se diagnosticó en Colombia el primer caso el 6 de marzo, y se declaró la pandemia mundial el 7 de marzo, empezamos a trabajar de manera inmediata. Las labores se desarrollaron en conjunto con las directivas. No se puede separar nunca la parte clínica de la administrativa. Se tiene que generar un grupo integral que tome las decisiones.

En el HGM se creó el Grupo de Incidencia. Se trata del equipo que toma las decisiones basado en el conocimiento y en la investigación. Así logramos ir abordando y discutiendo tema por tema de acuerdo con las prioridades. Cabe destacar que este Grupo de Incidencia no puede estar constituido por todo el hospital. Es un grupo restringido al interior del HGM que toma una decisión de carácter administrativo partiendo de la base clínica para brindar, ante todo, seguridad a los pacientes que debemos atender.

Ajustes en la estructura del hospital

Nuestra prioridad ha sido en todo momento que un paciente no muera por falta de un ventilador o de atención, y que un paciente con un ventilador, intubado, no se nos muera por falta de un médico o por falta de personal. Para responder a esa premisa teníamos que generar un 'arma-todo' con el cual pudiéramos funcionar.

Había que redefinir, entonces, la parte de arquitectura, de ingeniería y de personal tanto médico como administrativo. Nosotros somos un hospital universitario. Por esa razón debíamos también tener en cuenta, incluso, los convenios con las universidades y sus respectivos docentes.

Unidos teníamos que ir formándonos como equipo médico. Ya no éramos el mismo estándar de intensivistas, por lo cual teníamos que afrontar esa carga como intensivistas e ir formando y educando al resto del personal.

Desgloso a continuación la experiencia. ¿Qué fue lo fundamental? Evaluar el grupo de incidentes para desarrollar el resto de la estructura.

- **La arquitectura**

Se realizó un análisis completo de los planos arquitectónicos de nuestra institución. Nuestro hospital se compone de dos torres: una norte y una sur. La torre sur consta de 9 pisos y la torre norte de 10 pisos. El área de urgencias, no obstante, está en el primer piso y tiene un ingreso diferente al ingreso formal a las torres del hospital.

Para nosotros fue relativamente fácil dividir el hospital en dos: No-COVID-19 y COVID-19,

destinando la torre sur para COVID-19 y la torre norte para pacientes No-COVID-19. Sin embargo, teníamos servicios, como, por ejemplo, ginecobstetricia, cirugía y urgencias, que se ofrecían en espacios únicos cada uno, no en ambas torres. Esos servicios que resultaban imposibles de dividir nos generaron dificultades desde el punto de vista arquitectónico. Para solucionar esto, lo primero que hicimos fue evaluar espacios diferentes dentro del hospital para acondicionarlos y así poder independizar dichos servicios.

Diversificamos el servicio de urgencias entre urgencias COVID-19 y urgencias No-COVID-19, con ingresos diferentes para cada uno e incluso con un *triage* inicial diferente, el cual programamos con personal de atención prehospitalaria. Así logramos evaluar al paciente de tal forma que no hay riesgo de juntar al paciente COVID-19 con el paciente No-COVID-19.

En este aspecto de la arquitectura prácticamente nos tocó salirnos del hospital e incluso abarcar áreas que son del municipio, adyacentes al hospital, que estaban desalojadas. Nos apersonamos de ello en total coordinación con la administración municipal. Esto se hizo teniendo en cuenta que nosotros somos el hospital público de referencia en el departamento de Antioquia, razón por la cual todo ello se ejecuta avalado e impulsado por la Gobernación de Antioquia y por la Alcaldía de Medellín.

En la parte externa del Hospital montamos una estructura física basada en carpas donde se adelanta el *triage*, que nos permite separar los dos tipos de pacientes. Al interior del hospital dividimos las rutas de ingreso para pacientes COVID-19 y pacientes No-COVID-19. Así mismo, separamos los ascensores entre los disponibles para personal interno y visitantes externos, y también ascensores para pacientes COVID-19 y para pacientes No-COVID-19.

¿Otros servicios para los cuales era fundamental separar las estructuras? Obstetricia. Nuestra visión y misión dicen que somos un hospital de maternidad. Somos referencia



Se adecuó también el área de quirófanos. Separamos las salas de cirugía de tal forma que dos de los 10 quirófanos que tenemos son para pacientes COVID-19.

en esta especialidad para el departamento e, incluso, para Chocó, y teníamos una sola área para la atención de ginecobstetricia. Esto cada vez nos provocaba más angustia porque salían estudios sobre cómo estaba la tasa de infección en Nueva York, en donde en un momento el 60% de las maternas fueron positivas asintomáticas para COVID-19. Eso nos retó. Por otro lado, nos enviaron informes desde la alcaldía y la gobernación en los cuales se indicaba que se estaban generando zonas críticas con más brotes en la ciudad, como Santa Cruz, El Sinaí y en áreas cercanas a las plazas de mercado. Así pues, identificábamos a las personas que venían de esos sitios y de una vez las clasificábamos como sospechosas, generando de inmediato los espacios de aislamiento adecuados para atenderlos. En el área de urgencias había un espacio asignado a sala de yesos que se convirtió, entonces, en el área de obstetricia para atender maternas sospechosas de la mencionada enfermedad.

Se adecuó también el área de quirófanos. Separamos las salas de cirugía de tal forma que dos de los 10 quirófanos que tenemos son para pacientes COVID-19. Allí cuentan con su propia farmacia, su dispensario, su sitio de trabajo sucio y de trabajo limpio y accesos independientes. El resto de los quirófanos quedó exclusivo para pacientes No-COVID-19, donde ubicamos lo mismo. Tenemos también el personal separado, con sus respectivos elementos de protección personal, exclusivos para cada área, y filtros para ingresar a las zonas.

¿Sobre planes de expansión de unidades de alta dependencia? En términos de coherencia, lo más sencillo era que el área de cuidados intensivos invadiera las áreas de cuidados especiales, porque estas últimas ya tenían unas condiciones que les permitían funcionar

como una UCI: cuentan con suministro de aire medicinal, disposición de oxígeno, vacíos, torres de monitoreo, adecuaciones de bombas de infusión, camas especiales, etc. El personal de esta área de cuidados especiales muchas veces se comparte con el de cuidados intensivos. Esa experiencia se tenía que aprovechar.

Bueno, esta era la forma fácil... Lo difícil fue pensar: "Si nos vamos a quedar sin área de cuidados especiales, entonces ¿dónde la vamos a ubicar?...", teniendo en cuenta que contamos con 23 unidades de cuidados intensivos y 10 unidades de cuidados especiales, un número bajo para el número de camas que manejamos, que son 456. Esto quiere decir que desde un principio tuvimos problemas debido a la necesidad de ocupación de camas de UCI por parte de pacientes No-COVID-19.

Posterior a la conversión de camas UCE en UCI, se inició la adecuación de áreas de hospitalización, como la de aislamiento microbiológico en donde se realizaron adecuaciones en monitoria. Eso sumó 23 camas de UCI. Adicionalmente, se instauraron habitaciones compartidas para paciente COVID-19 confirmados en los pisos 4 y 6 de la misma torre sur, y se terminaron de adecuar 9 camas adicionales en servicio de urgencias para así completar un total de 85 camas de UCI, 70 destinadas a pacientes COVID-19. Al quedarnos sin las camas destinadas para UCE para volverlas UCI, se adaptaron otros espacios para UCE: acondicionamos 10 camas en el espacio que se había desarrollado para Unidad de Cardiología Ambulatoria para pacientes No-COVID-19 en torre norte y se acondicionó en el piso 6 de la torre sur 18 camas UCE para pacientes COVID-19, para un total de 28 camas UCE.

En total, nuestra expansión fue para UCI del 270% y para UCE del 180%.

• Ingeniería

El desarrollo que se dio desde el punto de vista de ingeniería fue muy significativo, pues se debió evaluar los recambios de aire por cubículo y las caídas de presión de gases medicinales como el oxígeno para poder proveer un adecuado funcionamiento de los ventiladores.

Un hospital está programado para cierto consumo de oxígeno y de aire medicinal, pero la situación, como era de esperarse, cuadruplicaría ese consumo. Por esta razón, se debió prever una posible caída de presión de los gases medicinales y, por ende, que los ventiladores dejaran de funcionar. Para darle pronta solución a este dilema, evaluamos la capacidad de suministro y el área de ingeniería reportó que teníamos en ese momento un 150%, es decir, teníamos un 50% de respaldo para el funcionamiento total, como si todo el hospital estuviera consumiendo oxígeno y aire medicinal. De acuerdo con estas condiciones, las empresas que suministran gases medicinales nos abastecieron con una planta adicional que se adecuó para que llegáramos a un 200% de capacidad instalada, con posibilidades incluso de aumentar.

Teníamos también como propósito esencial la consecución de equipos. Como saben, en todo el mundo hay una escasez de equipos de ventilación mecánica, de bombas de infusión, de camas hospitalarias, etc. Conseguirlas ha sido lo más difícil tanto para el Gobierno como para nosotros como

institución. Sin embargo, fuimos capaces de conseguir 14 equipos de ventilación por medio de centros de procedimientos ambulatorios que, por la contingencia, no los tenían en uso y nos los arrendaron.

¿Y desde el punto de vista de las relaciones del hospital? Nosotros somos un hospital universitario. Tenemos convenios con universidades como CES, Universidad de Antioquia, Universidad Remington y Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Dialogamos con ellos para determinar si seguían o no, de acuerdo con la especialidad de cada caso y las necesidades del hospital. Decidimos suspender estas actividades teniendo en cuenta las necesidades reales del hospital en ese momento, porque es conocido que para todas las entidades hospitalarias el tema de la ocupación cayó y esto, aunque difícil, finalmente nos dio tiempo de preparación. Partiendo de ello, nos parecía más importante que esas instituciones académicas guardaran la cuarentena y tuvieran estrictas medidas de protección con el acompañamiento del hospital.

Por otro lado, tuvimos que mejorar la plataforma de historia clínica electrónica. Por obvias razones, fue necesario generar un aumento en la capacidad de la historia clínica electrónica con diferentes ambientes y datos que antes no estaban, siempre guardando todas las medidas necesarias desde el punto de vista tanto de la protección de la información como de la seguridad clínica con el paciente.



Cortesía HGM

El HGM se expandió el 270% en UCI y el 180% en UCE para la atención de la COVID-19

• La preparación del personal

Nos ocupamos de capacitar y preparar, no solo al personal médico, sino a todo el equipo humano del hospital. Fue necesario hacer modificaciones de procesos como el aseo y la vigilancia: todos los integrantes de estas dos áreas deben cumplir con los protocolos de bioseguridad, y todos los colaboradores deben utilizar sus elementos de protección personal de manera permanente.

Se suspendieron las visitas a los pacientes con el fin de guardar la cuarentena y cuidar a los enfermos y al personal del HGM. Nosotros, como médicos y personal de la salud, somos muy conscientes de la gravedad de esta enfermedad y esto hace que nos cuidemos con más rigurosidad también por fuera de los ambientes de la institución hospitalaria. En términos generales, hacemos todo para mantenernos bien, pero no sabemos cómo son los cuidados de quien ingresa al hospital. Entonces es indispensable controlar las visitas, tanto a los pacientes como las de asesores y proveedores médicos. Todo el que puede realizar su labor de manera virtual lo está haciendo.

No obstante, todo tiene sus consecuencias y en este caso hay implicaciones. Los pacientes se sienten aislados de sus familias y estas se sienten inseguras del manejo que le estamos dando a los pacientes. Para responder a ello, se implementaron dos llamadas al día para los familiares de los pacientes y, en los casos en que es viable, la videollamada, tanto para que el paciente pueda comunicarse y ver de manera virtual a sus familiares, como para dar el parte médico.

Debemos mencionar también las dificultades que hemos tenido las instituciones hospitalarias con los elementos de protección personal. En nuestro caso hay varias cosas.

En primer lugar, no teníamos empresas que nos generaran elementos de protección personal a la velocidad que los requeríamos. Debido a ello nos enfrentamos a

periodos de escasez. Lo segundo fue el cierre de fronteras que se generó con la pandemia. Por ejemplo con 3M en los Estados Unidos, país que cerró fronteras a dicha compañía para que toda la producción fuera para el consumo interno. Pasamos así de recibir 3.500 a 4.000 mascarillas N95 a 300 o 400 mascarillas. Eso al principio nos generó mucha inseguridad y temor, pero lo fuimos solucionando poco a poco.

Aporte de la Cocreación

El Hospital General de Medellín tiene el Centro de Cocreación, asociado a la Escuela de Ingeniería de Antioquia y al CES. Así mismo, tiene nexos con otras entidades, como Ruta N, con los ingenieros biomédicos que trabajan dentro del hospital. Estos especialistas iniciaron la tarea de crear elementos de protección personal tales como mascarillas N95 de reutilizables, es decir, a las que solo tenemos que cambiarles los filtros. Ya estamos a punto de obtener la certificación NIOSH para estas mascarillas y así poder suplir la demanda del hospital e incluso la de otras instituciones.

Además, se advirtió la necesidad de producir videolaringoscopios. Basados en laringoscopios convencionales que teníamos, con fibra óptica, se empezaron a crear videolaringoscopios conectados al celular, porque también teníamos escasez de estos elementos. El equipo de Cocreación y el equipo de ingeniería biomédica que tenemos dentro del hospital ayudó mucho.

Empezamos también a conseguir, con empresas de confección, las telas antilíquido y a confeccionar nuestras batas. De otras compañías tuvimos donativos, que nos permitieron llegar casi a las 10.000 batas antilíquido. Logramos conseguir una cantidad de batas suficiente como para no tener escasez.

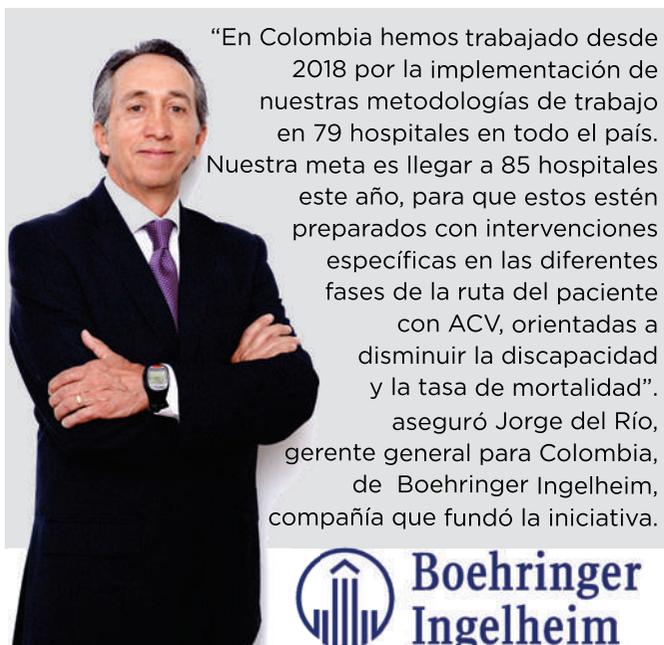
Angels, una iniciativa que le da una oportunidad a la vida



El ataque cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte y primera causa de discapacidad en todo el mundo. Cada 30 minutos una persona fallece o queda discapacitada tras sufrir un ACV, al no recibir una atención oportuna en un centro especializado. Con el fin de hacerle frente a este problema global de salud, se creó la iniciativa Angels.

Angels es una iniciativa de Boehringer Ingelheim, que inició en el año 2015 con el respaldo conjunto de la European Stroke Organization (ESO) y la World Stroke Organization (WSO), con el fin de optimizar la calidad del tratamientos en todos los centros que atienden pacientes con ACV.

Hoy, esta iniciativa está presente en 105 países y ha conformado la más grande red de centros especializados, 4116, en la atención oportuna y adecuada del ACV.



“En Colombia hemos trabajado desde 2018 por la implementación de nuestras metodologías de trabajo en 79 hospitales en todo el país. Nuestra meta es llegar a 85 hospitales este año, para que estos estén preparados con intervenciones específicas en las diferentes fases de la ruta del paciente con ACV, orientadas a disminuir la discapacidad y la tasa de mortalidad”. aseguró Jorge del Río, gerente general para Colombia, de Boehringer Ingelheim, compañía que fundó la iniciativa.



La iniciativa en alianza con World Stroke Organization (WSO) crearon el reconocimiento WSO Angels Awards que está diseñado para distinguir y agradecer a los equipos y las personas comprometidos con el tratamiento del ACV y con el fin de establecer una cultura de control continuo de la calidad de la atención de los pacientes.



El reconocimiento distingue a los hospitales que han demostrado un compromiso claro con la atención de calidad para los ataques cerebrovasculares y han establecido culturas y sistemas para respaldar la mejora continua. Según el desempeño de los hospitales respecto a distintas medidas que tengan pueden ser considerados para el reconocimiento de nivel oro, platino o diamante.

“Nuestra misión es simple. Aumentar el número de pacientes tratados en hospitales preparados para atender ACV y optimizar la calidad del tratamiento en todos los centros existentes. Seguimos construyendo una comunidad global de centros de ataque cerebrovascular y hospitales preparados para atenderlos, trabajando todos los días para mejorar la calidad del tratamiento para cada paciente que lo presente. Nuestra iniciativa da una oportunidad a la vida”. Mencionó del Río.

www.angels-initiative.com

Para mayor información consulte



La iniciativa Angels es una iniciativa no promocional de cuidado de la salud desarrollada por Boehringer Ingelheim y avalada por la ESO, WSO, la SIECV, entre otras sociedades científicas, para asistir en la implementación de su principal objetivo, mejorar el cuidado del paciente con ataque cerebrovascular. Este material está sujeto a derechos de propiedad intelectual. Este material podría contener conceptos u opiniones que son responsabilidad de los autores y no comprometen las opiniones del laboratorio auspiciante. Boehringer Ingelheim S.A., Teléfono: (+57 1) 319 91 00, e-mail: medfora.co@boehringer-ingelheim.com Dirección: Carrera 11 No. 84A-09 Piso 5, Bogotá D.C. Colombia. Código: SC-CO-00189. Fecha de aprobación: 31/08/2020.

Se deben elaborar guías para el manejo del paciente COVID-19 en urgencias, en el quirófano, en hospitalización y en una UCI. Esto permite que el personal se vaya adhiriendo más fácil a los procesos.

A partir de estos logros vamos evaluando cada punto. Hemos generado nuestros propios conceptos basados en la experiencia. Por ejemplo, la caja de acrílico para la intubación orotraqueal y los videolaringoscopios que nos generó Cocreación los empezamos a usar en pacientes No-COVID-19 y en los procedimientos de anestesia. Fue así como los anes-tesiólogos se apropiaron de estos dispositivos y fueron mejorándolos, y al mismo tiempo fuimos afianzando los procesos y fortaleciéndolos.

De la misma manera —y creo que todas las instituciones lo debimos haber vivido— otro tema relevante fue la identificación de casos sospechosos, que inicialmente nos generaron alto riesgo, pero nos ayudaron para organizar los procesos y hacer la evaluación de los pacientes en aspectos como terapia respiratoria, manejo de secreciones, manejo de vía aérea, y en enfermería en actividades como el manejo de bombas de infusión por fuera de los cubículos. Eso condujo a implementar procesos nuevos, que hemos ido robusteciendo y compactando cada vez más.

Todo esto se logra con el apoyo de los coordinadores de los entes

territoriales. En nuestra región esto dio origen al Grupo de Intensivistas de Antioquia, al interior del cual compartimos permanentemente los avances de cada unidad, generando así conocimiento de gran relevancia para diversas unidades del hospital, en especial en cuidados intensivos.

Finalmente, algo indispensable es la realización de guías. Si no se generan guías propias de lo que se hace en la institución, va a ser muy difícil la labor diaria. Se deben elaborar guías para el manejo del paciente COVID-19 en urgencias, en el quirófano, en hospitalización y en una UCI. Esto permite que el personal se vaya adhiriendo más fácil a los procesos. Esas guías deben actualizarse permanentemente. Nosotros las revisamos cada semana. Hemos pasado por manejo con hidroxiquina y Kaletra (lopinavir/ritonavir), con remdesivir, con plasma de paciente convaleciente, en fin: hemos pasado por infinidad de manejos. Actualmente nos hemos quedado con la dexametasona para manejo de pacientes severos, pero eso lo hemos ido construyendo permanentemente, evaluando cada caso y realizando una revisión permanente de los pacientes atendidos. La idea es poder ir avanzando cada vez con más efectividad en el manejo de nuestros enfermos.

Estas han sido las fortalezas grandes que hemos tenido y con las que hemos ido ganado experiencia en el manejo de los pacientes con COVID-19 en el Hospital General de Medellín.

10 lecciones de la preparación ante la contingencia COVID-19 para la prestación y reactivación de los servicios: la experiencia del SES Hospital Universitario de Caldas

Juan Felipe Valencia Ríos, MD
Director Científico

El SES Hospital Universitario de Caldas es el único hospital acreditado y universitario del eje cafetero. Es una institución general de alta complejidad que presta sus servicios mediante la figura de asociación público-privada administrando la infraestructura del antiguo Hospital de Caldas.

Está ubicado en el centro de la ciudad, rodeado de algunas clínicas declaradas como de atención No-COVID y a mayor distancia de otros hospitales con unidades de cuidados intensivos que hacen parte de la expansión hospitalaria de la ciudad ante la pandemia.

Manizales registraba para finales de agosto 1500 y Caldas 2890 casos confirmados de COVID-19, cifras equiparables a los reportes diarios de algunos departamentos en los momentos de máximo contagio. Sin embargo, la mortalidad registraba 27 casos en Manizales y 56 en Caldas, una letalidad muy inferior a la reportada en el país. Estas cifras tienen explicaciones multifactoriales, entre las que se incluyen el comportamiento de la población, el acatamiento de las disposiciones y las medidas de preparación y mitigación de las instituciones de salud.



Cortesía SES Hospital de Caldas

El SES Hospital Universitario de Caldas, esta ubicado en el centro de Manizales, rodeado de algunas clínicas declaradas de atención No COVID

1. Planeación y estrategia

Se trata de una situación nueva para nuestra generación. Llegó sin hoja de ruta o carta de navegación, y obligó a resignificar el valor de la planeación estratégica emergente.

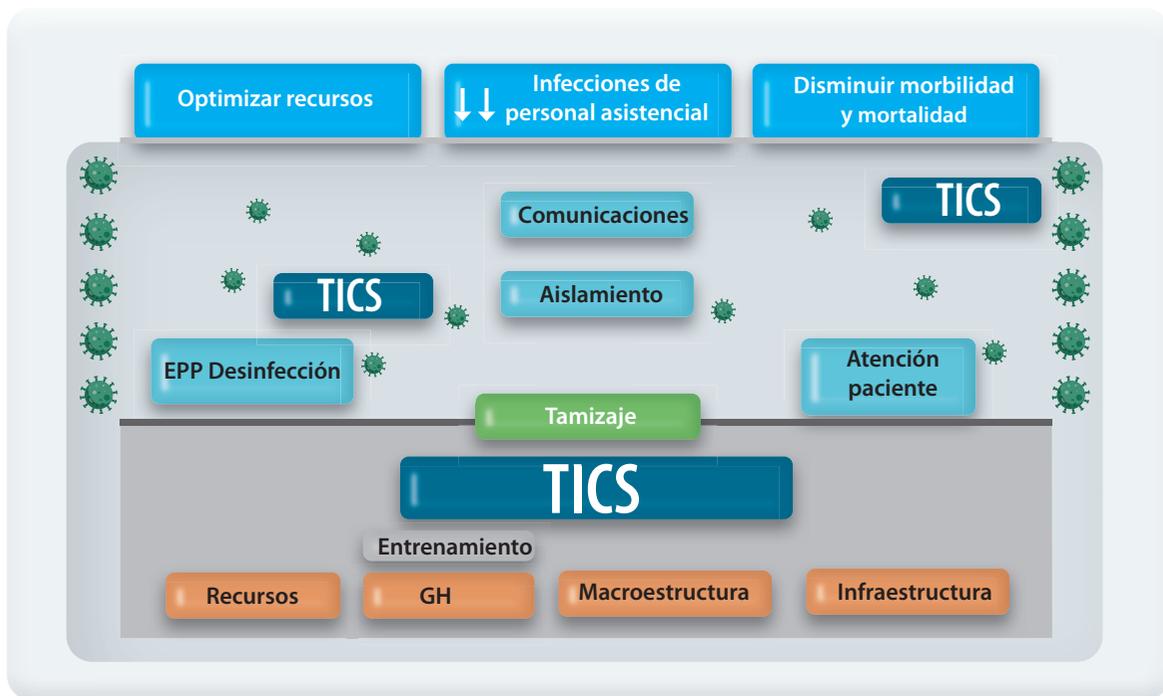
A mediados de febrero de este año se empezó a revisar lo que estaba ocurriendo en Wuhan y las alertas de la OMS, por lo que rápidamente se conformó en el hospital la “Fuerza de tarea - FUTAR SES COVID-19”, un equipo integrado por diferentes profesionales tanto clínicos como administrativos y que basó su trabajo en la conceptualización de la preparación hospitalaria ante desastres y en las recomendaciones internacionales para el

manejo de pandemias. Esta fuerza de tarea se subdivide en tres equipos: el primer equipo de **direccionamiento**, a cargo de las decisiones, la estrategia, el monitoreo epidemiológico y la aplicación de protocolos actualizados y vigentes. Un segundo equipo, el de **implementación** que, basado en las decisiones que toma el primer equipo, las lleva a la práctica y a la ejecución hospitalaria. Y el tercer equipo, el de **comunicación, divulgación y entrenamiento**, que se encarga de incorporar en el ADN de la institución y en cada uno de los colaboradores, la transformación institucional que permite responder ante este escenario.

A mitad de febrero y comienzos de marzo no había mucha documentación publicada sobre esta enfermedad,

por lo cual se tomaron como referencia documentos de experiencias en pandemias anteriores, junto con los lineamientos del plan de emergencias del hospital y las listas de verificación de la Organización Panamericana de la Salud que para ese momento existían.

La estrategia se basó, y continúa consolidándose, en la articulación entre talento humano, recursos logísticos, macroestructura e infraestructura, para entender y enfrentar una realidad en la que un virus nuevo llega a las áreas clínicas de manera silente, situación por la que se debe responder cuidando no solo a pacientes sino también a colaboradores.



Como en las demás instituciones de salud, la estrategia se enfocó en el uso adecuado de los elementos de protección personal, pero sobre todo en el entrenamiento para usarlos bien; en estrategias de desinfección; en comunicación y capacitación permanentes; y en estrategias de aislamiento y de atención de los pacientes críticos y no críticos. Se definieron tres grandes objetivos:

- Mínima morbilidad y mortalidad de los pacientes con COVID-19.
 - Cero contagios en el personal con ocasión de sus labores.
 - Optimización de recursos para lograr los dos primeros objetivos.
- Tres importantes herramientas se implementaron para lograr estos tres objetivos: el

uso de las TIC para poder garantizar la comunicación entre pacientes y personal clínico garantizando el distanciamiento, el tamizaje de pacientes y colaboradores con elevada exposición, y las rutas diferenciadas de atención de pacientes.

2. Adecuación arquitectónica

Es algo que todas las entidades hospitalarias han debido asumir. El SES decidió que su tercer piso constituiría el área de aislamiento para pacientes sospechosos y confirmados por COVID-19, pero, además, esa estrategia requirió que, de manera paulatina, los otros servicios se fueran adecuando a la realidad de convivir con un virus con las características del SARS-CoV-2.

Al tercer piso se llega por una ruta exclusiva que inicia en el primer piso, en un área de atención COVID diferenciada y separada del servicio de urgencias. Se dispuso también de un ascensor para el desplazamiento exclusivo del paciente con sospecha o confirmación de infección por SARS-CoV-2. Además, se separaron otras rutas de circulación con su respectiva señalización.

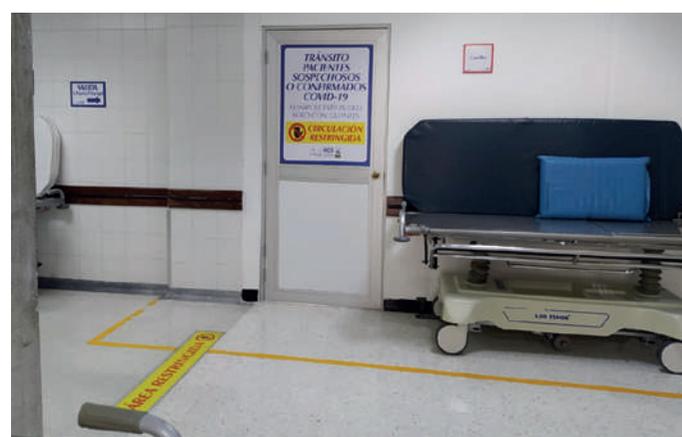
Se incorporó una estrategia arquitectónica basada en antecámaras en los servicios clínicos que permitiera una atención segura y a su vez protección tanto para pacientes como para colaboradores, aplicando los protocolos de uso adecuado de elementos de protección personal.

3. Capacitación y entrenamiento

Este aspecto, fundamental, se basó en estrategias de simulación. En la institución se cuenta con un laboratorio de simulación que se



Cortesía SES Hospital de Caldas



Cortesía SES Hospital de Caldas



Cortesía SES Hospital de Caldas

El SES estableció las rutas de circulación en la institución con su debida señalización para diferenciar las áreas COVID y No COVID

utiliza para distintas actividades, tanto de capacitación y entrenamiento de protocolos, así como para las evaluaciones de selección del personal. Así las cosas, en el hospital se pueden realizar simulacros de los códigos rojo, azul y trauma, tanto en el laboratorio como en *in situ* en los propios servicios hospitalarios. Para el caso de la



Cortesía SES Hospital de Caldas

El SES ha definido mantener a toda costa su propósito de cuidar la vida y la salud, fijando las necesidades del paciente como prioridad

pandemia, los simuladores del laboratorio permitieron probar los circuitos de circulación de los pacientes COVID-19 y también posibilitaron el entrenamiento de uso de los elementos de protección personal y de los nuevos protocolos de manejo de vía aérea con dispositivos de videoasistencia y cámaras de separación. Estos entrenamientos abarcaron al 100% de los colaboradores.

4. Inversión económica y reorganización de procesos

En estos aspectos las primeras decisiones que se tomaron en la institución se orientaron a contener la llegada del virus al hospital así:

- Restringir las cirugías electivas.
- Restringir los servicios ambulatorios.
- Restringir la circulación de personal no clínico y cierre de las cafeterías.

En el tema de la inversión, el hospital ha invertido más de 4000 millones de pesos. En los meses iniciales se destinaron alrededor de \$1500 millones para la adquisición de ventiladores mecánicos, y así poder duplicar la capacidad de unidades de cuidado intensivo.

Simultáneamente, se lanzó una campaña de donación que, a la fecha de redacción de este artículo, supera, tanto en dinero como en equipos e insumos, los 1800 millones de pesos recaudados. Esto denota que, en la

región, tanto las empresas como la comunidad en general creen y apoyan su hospital universitario. Estas donaciones, sumadas a los recursos propios de la institución, permitieron contar con cápsula de transporte con filtros HEPA, lavamanos en los puntos de acceso del hospital, y todos los elementos de control y bioseguridad para todos los servicios y colaboradores de la institución en todo momento.

Así mismo, se adecuaron arquitectónicamente áreas como la unidad materno-perinatal y los quirófanos. En SES Hospital Universitario de Caldas nacen la mitad de los manizaleños y el 30% de los caldenses. Esto plantea un reto enorme para la adecuación de las salas de parto, por considerarse espacios generadores de aerosoles. De la misma forma, se reorganizaron los espacios ambulatorios y se implementaron las metodologías de teleconsulta, telerrehabilitación y teleorientación a familiares.

5. Campaña informativa a la comunidad

Ante la negativa de la comunidad por asistir a los servicios hospitalarios al comienzo de la declaración de emergencia nacional, se implementaron campañas de información y sensibilización para presentar al hospital como un espacio seguro, con rutas diferenciadas y controles de acceso estrictos. Esto permitió la reactivación de los servicios ambulatorios de manera rápida y segura.



BIOFIRE®
Panel Respiratorio 2.1

**Ahora
DISPONIBLE!**



Identificación simultánea 18 virus incluyendo SARS-CoV-2 y 4 bacterias

Virus

- Adenovirus
- Coronavirus HKU1
- Coronavirus NL63
- Coronavirus 229E
- Coronavirus OC43
- SARS-CoV-2**

- Metapneumovirus humano
- Rinovirus/Enterovirus humano
- Influenza A
- Influenza A/H1
- Influenza A/H3
- Influenza A/H1-2009

Influenza B

- Virus de la parainfluenza 1
- Virus de la parainfluenza 2
- Virus de la parainfluenza 3
- Virus de la parainfluenza 4
- Virus sincitial respiratorio

Bacterias

- Bordetella pertussis
- Bordetella parapertussis
- Chlamydia pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae

ÚNICO en el mercado

- **Rendimiento General del FilmArray RP2.1** 98% **sensibilidad** 100% **especificidad**
- **Requisitos de la muestra:** 300µL de muestra de hisopado nasofaríngeo almacenado en medio de transporte
- **Compatible con sistemas FILMARRAY® 2.0 y FILMARRAY® TORCH**

El Diagnóstico Síndromico que ofrece Biofire® Panel Respiratorio RP2.1, es una herramienta ideal para la identificación de los agentes más comunes en pacientes con síndromes respiratorios que cursan con síntomas inespecíficos. La innovadora tecnología RT-PCR Multiplex de Biofire® FilmArray brinda respuestas en tan solo 45 minutos

Obtenga más rápido los resultados de las pruebas

El panel BioFire® Respiratorio RP2.1 les permite a los médicos diagnosticar a sus pacientes con más rapidez y encaminarlos hacia una recuperación más rápida.



Diagnóstico Síndromico:
La Prueba Correcta desde la Primera Vez.
Respiratorio · Neumonía · Identificación de Hemocultivos · Gastrointestinal · Meningitis/Encefalitis



La pandemia ha derivado en una nueva normalidad, por lo que se debieron rediseñar los procesos asistenciales y, específicamente, encontrar otras vías para la prestación de servicios, entre ellas la telemedicina.

6. Tamizaje de pacientes y colaboradores

La incertidumbre que genera no conocer la seroprevalencia o la condición de portar el virus o de haber tenido o no la infección, por su característica de presentación asintomática mayoritaria, impulsó la decisión de implementar una estrategia de tamizaje para pacientes y colaboradores de forma sistemática y masiva basada en gestión del riesgo individual de exposición. Esta tarea permitió encontrar pacientes que no tenían ninguna característica sintomática o condición que hiciera pensar que fueran sospechoso, pero que debían aislarse al arrojar positividad para el SARS-CoV-2.

7. Nuevas modalidades de prestación de servicios

La pandemia ha derivado en una nueva normalidad, por lo que se debieron rediseñar los procesos asistenciales y, específicamente, encontrar otras vías para la prestación de servicios, entre ellas la telemedicina. Esta ha permitido la realización de las consultas de diferentes especialidades y áreas

como anestesiología, consultas prequirúrgicas, otorrinolaringología, genética humana, gastroenterología, medicina interna, endocrinología, reumatología, hematología, neurocirugía, ortogeriatría, ginecología, ortopedia, geriatría y urología. Lo mismo sucedió con la rehabilitación basada en sistemas de comunicación de alta tecnología.

Como algunos pacientes aún no asisten al hospital, se decidió acelerar dos nuevos programas: "SES en tu hogar" y "SES en tu empresa", con el objetivo de generar más oportunidades de acercamiento a las familias, pero también a las empresas. Estos programas abrieron nuevas oportunidades de negocio y de cumplimiento de la responsabilidad social empresarial.

8. Coherencia, persistencia y no bajar la guardia

Esta es una lección que nunca se olvidará en la institución. Con la variación que existe en la evidencia científica y en los protocolos COVID-19, y con la dificultad de mantener adherencia a las nuevas normas y disposiciones de comportamiento individual, se debió ser muy estrictos para que el hospital hubiera afrontado esta pandemia sin presentar brotes o conglomerados, a pesar de atender, hasta el momento, más de 300 pacientes COVID-19 en sus áreas de aislamiento y cuidado crítico. El enfoque ha consistido en persistir en las campañas, en la sensibilización, y en la transformación cultural, pero también en el seguimiento y la imposición de 'com-



Como parte de la estrategia de reorganización arquitectónica el SES habilitó controles al ingresos de los servicios

parendos' para quienes excepcionalmente incumplen la normatividad en materia de bioseguridad.

9. TIC para la seguridad

Entre las herramientas desarrolladas para el control de la evolución de la pandemia en la institución, están los autorreportes en los teléfonos celulares que permiten que cada colaborador, antes de ingresar a la institución, diligencie la encuesta de seguridad y la pueda mostrar a los funcionarios que controlan el ingreso para poder determinar cuándo este tiene alguna condición de riesgo. Así mismo, se instalaron tableros de control que permiten, en tiempo real, realizar un mapeo de las condiciones de ocupación hospitalaria, niveles de insumos críticos, controles de tamizaje, cercos epidemiológicos, entre otros.

10. TIC para la humanización

En esta nueva forma de vida transicional, cuando las personas han debido distanciarse, cuando los pacientes y sus acudientes han debido

separarse, la institución ha definido mantener a toda costa su propósito de cuidar la vida y la salud, manteniendo las necesidades del paciente en el centro, por lo cual se han incorporado herramientas tecnológicas de comunicación. Se transmiten mensajes a los familiares de manera sistemática y se ejecutan videollamadas en las rondas hospitalarias para conectar los pacientes con sus familiares alrededor de claras y suficientes explicaciones médicas.

Estas son diez lecciones que hemos aprendido a través de la ejecución del Plan de Preparación y Respuesta Hospitalaria ante la pandemia. Por supuesto, se han cometido errores ante esta situación inusitada, pero estos también han enriquecido el aprendizaje.

SES Hospital Universitario de Caldas agradece de manera especial el apoyo y acompañamiento de la ACHC a través de todas sus herramientas y canales de divulgación e información, pues han permitido a las instituciones hospitalarias del país recibir evidencia clínica, normativa y administrativa de calidad de manera constante.

Experiencia de la Clínica Bonnadona en el alistamiento de protocolos para enfrentar la crisis del SARS-CoV-2 en servicios ambulatorios y hospitalarios

Germán Nicolás Villegas Moreno, MD

Gerente Médico

Arley Moreno

Jefe de Seguridad del Paciente



Cortés Clínica Bonnadona

La Clínica Bonnadona es una entidad que ofrece servicios de alta complejidad en la ciudad de Barranquilla

La Clínica Bonnadona es una institución de tercer nivel de complejidad, con un enfoque importante en el cáncer: 260 camas de hospitalización, 57 camas en Unidad de Cuidados Intensivos en cinco áreas diferentes, 32 cubículos de quimioterapia, siete quirófanos, 14 consultorios y 71 camillas en urgencias, diferenciados para pediatría y para adultos.

I. Plan de emergencia

El 50 o 60% de nuestros pacientes son oncológicos. Entonces, en lo primero que trabajamos fue en la creación de un capítulo de atención para este tipo de pacientes, con el objetivo de evitar que se enfermaran por este

coronavirus SARS-CoV-2 y, por otro lado, teníamos que generar un plan mediante el cual pudiéramos atender a la población que tuviera riesgo de COVID-19 o que significara casos sospechosos. A este capítulo lo llamamos “Protegiendo vidas”. No fue fácil dado que no se podía solamente de dividir la clínica, porque los dos programas se tenían que soportar mutuamente. Se debía entender la dinámica de ambos flujos en un sentido muy estricto y claro.

En este sentido, lo primero que podemos destacar dentro del capítulo de “Atención Oncológica” es que trabajamos sobre tres grandes temas, fundamentales:

1. Priorización de la atención

- Establecimos estrategias de prioridades en las diferentes unidades funcionales.
- Rutas de atención ajustadas.
- Reprogramación de actividades.
- Evaluación de tratamientos en términos de frecuencia.
- Ajustar procesos de atención disminuyendo cargas administrativas.

2. Continuidad

- Buscamos implementar la telemedicina como algo nuevo para nosotros.

- Nuevos canales de comunicación con los pacientes y las aseguradoras.
- Realizar actividades de atención en domicilio.
- Determinar garantía de insumos.

3. Riesgo de contagio

- Actualizar matrices de riesgo y fortalecer barreras.
- Fortalecer la bioseguridad.
- Limitar el acceso de acompañantes y visitantes.
- Garantizar el distanciamiento social.

En el componente de específico frente al actual coronavirus, “Trabajando y salvando vidas”, adelantamos gestión en estos tres frentes:

1. Seguridad

- Diferenciar área de atención de la ruta para pacientes probables.
- Definimos límites de transiciones entre áreas.
- Ajustamos plan de emergencia y fases de expansión (I, II y III).
- Efectuamos la búsqueda activa de información que permitiera establecer la relación epidemiológica de riesgo.

2. Efectividad

- Evaluar resultados institucionales.
- Adelantar seguimiento activo de pacientes (atendidos luego de que regresaran a su domicilio).
- Generar análisis de contactos.

3. Riesgo de contagio

- Garantizar la educación y el entendimiento de las medidas de cuarentena y aislamiento del paciente y su familia, parientes o cuidadores.

Aparte del plan de emergencia, generamos un gran manual con 12 temas y 40 subtemas, que se volvió la “biblia de la pandemia” para nosotros.

II. Modelo de expansión

En la Clínica Bonnadona tenemos tres torres de servicios. De acuerdo con eso desarrollamos el modelo de expansión. En el área de urgencias, en el sótano, instalamos un lugar de consulta donde teníamos cuatro camas con disponibilidad de ventiladores, lo que corresponde a la primera fase. Se trata de una zona completamente cerrada, con entrada exclusiva, por lo que no había posibilidad de cruce con el resto de la institución. La pusimos en funcionamiento a mediados de marzo.

Torre Arlene		Torre Diva		Torre Urgencias	
Orquidea	7	Jacob	16		
Tulipan	15	Isaac	16		
Azucena	15	David	16		
Hortensia	15	Emmanuel	16		
Lirio	15	Sara	16		
Petunia	16	Juana María	16		
Alta Complejidad	11	Hemodinamia/Laboratorio			
Iris	11	Hospital DÍA			
Cirugía		UCI pediátrica			
Cirugía		María			
UCI 2	14	UCI1(14)	UCI COVID (10)	Abraham	12
Consulta Externa		Centro de mando COVID		Juan Pablo	15
Medicina Nuclear		Farmacia - Rayos X		UCIN (6) - Gabriel (16)	22
Radioterapia conformacional /PET-CT		Radioterapia/Braquiterapia		Urgencias pediátricas - Urgencias central	48
				TAC	Covibunker
					4

 Área COVID

Fase III: 20% de la infraestructura institucional se dedicó para atención COVID



Cortesía Clínica Bonnadona

▼
La Clínica Bonnadona estableció en todos sus servicios asistenciales barreras físicas, distanciamiento y uso de Elementos de Protección Personal

Posteriormente, en abril ampliamos la cobertura para enfrentar la enfermedad, viendo también el incremento de casos, y reacondicionamos un área de hospitalización que garantizó 22 camas, mientras que la Unidad de Cuidados Intermedios la transformamos en UCI con 10 camas; un tomógrafo del área de urgencias quedó exclusivo para pacientes nuestros, y el acceso de personal para toda la clínica fue diferenciado para COVID-19 y No COVID-19. Cerramos el área de consulta externa para constituir la en el punto de control de bioseguridad en torno a los colaboradores para prevención del COVID-19.

Teniendo en cuenta el crecimiento de casos en la región, se siguió ampliando la cobertura, para lo que se tomó un piso adicional de hospitalización con 15 camas más, y la UCI 1 con 14 camas.

En el área consulta externa, en el primer piso, ubicamos un centro de mando COVID-19 y un “plan espejo”, de tal manera que existiesen pares para todos los profesionales especialistas que estuvieran dentro del área.

III. Estrategias

Algunas de las estrategias más relevantes que adoptamos en la Clínica fueron las siguientes:

- Definimos un protocolo de ingreso de acompañantes y visitantes. El nivel de protección se definió dependiendo del lugar a donde se acuda.

- Precauciones estándar de protección: toda persona requiere uso de máscara N-95, visor o monogafa, sin importar el lugar de la institución donde se encuentre.
- Campaña interna de comunicaciones para fortalecer todos los aspectos prioritarios para el colaborador.
- Desarrollo de teleorientación y teleapoyo complementario a la telemedicina.
- Generamos muchas campañas, como, por ejemplo, “el sonido del lavado”, con el que se alertaba que ya era hora de lavar las manos.
- Protocolo de bioseguridad para área COVID-19 y área general.
- Desarrollo de infraestructura exclusiva con límites físicos: nadie puede pasar de un lado a otro, excepto por donde están marcadas todas las rutas, con todas las limitaciones y precauciones propias de la situación.
- Ajustes en protocolos de limpieza y desinfección.
- Conformación de una junta específica para casos COVID-19 (internista, intensivista, infectólogo, oncólogo y radiólogo).
- Implementación de medidas de limpieza y desinfección universales al ingreso del personal asistencial y administrativo.
- Recogida de personal por parte de servicio de transporte exclusivo. Hemos dispuesto cinco buses, cuyas rutas hasta el momento se mantienen (en promedio transportamos 460 colaboradores por día); emulamos los recorridos y el esquema del servicio público y establecimos reglas de bioprotección. Solo se transporta a nuestro personal.

- Generación de presión negativa a UCI COVID-19 y desinfección del aire con dispositivos de radiación ultravioleta.
- Abordaje de preingreso de pacientes en urgencias para el direccionamiento.
- Acceso exclusivo al búnker COVID-19 para pacientes con sospecha de coronavirus.
- Uso exclusivo de ascensor, rayos X y tomógrafo para pacientes COVID-19 (sospechosos y confirmados).
- Generación de barreras en acrílico para plataformas de atención y consultorios.
- Delimitación en piso para garantizar el distanciamiento social en zonas de ingreso y circulación.
- Estrategia de comunicación para el programa de humanización para pacientes y familiares/cuidadores en áreas de atención COVID-19.
- Fortalecimiento para el seguimiento del personal y cumplimiento de protocolos de bioseguridad con cámara en área COVID-19. Hacíamos ronda de cámaras para poder vigilar cómo se estaba llevando a cabo la utilización de los elementos de protección.
- En los lugares donde el personal se viste o se desviste, tiene espejo y una imagen informativa con la lista de verificación y el paso a paso, de tal manera que recuerde lo informado en la capacitación, que dura alrededor de una hora y media. El coordinador de área, igualmente, refuerza de manera permanente el paso a paso del vestido y desvestido.
- Asignación presupuestal. Aquí estamos hablando de unos 1.500 millones de pesos invertidos a julio de este año.
- Diseño de cabinas de acrílico para intubación orotraqueal y para manejo de especialistas.
- Implementación de telemedicina (teleconsulta).
- Tamizaje diario al colaborador, a su ingreso, y programación de seguimiento y gestión específica para ellos si se evidenciaban riesgos.



Cortesía Clínica Bonnadona

Videollamada paciente y familiares apoyado en Centro de Mando COVID, en el marco del Comité de Información

- Evaluación y definición de una matriz de riesgos específica para COVID-19, la cual se agregó a la matriz de riesgo institucional.
- Identificación con carné a la cohorte de pacientes con cáncer pulmonar y personal de áreas COVID-19, con el fin de evitar el cruce hacia el área No-COVID-19.
- Garantizar competencia de uso de EPP para laborar en áreas COVID-19.
- Rondas externas con megáfono alrededor de la vecindad de la comunidad para fortalecer la información y la orientación sobre las medidas preventivas.
- Cálculo de las necesidades de elementos de protección para garantizar su compra y suministro permanente.
- Desarrollo del proyecto de reúso de EPP con unidad germicida ultravioleta.
- Desarrollo de prototipo para respirador con máscara de buceo.
- Programa de apoyo emocional (para personal, pacientes, familias, etc.).
- Traslado a casa en ambulancia al egreso de pacientes COVID-19.
- Construimos y habilitamos un laboratorio de biología molecular para RT-PCR COVID-19. Nos visitó el Instituto Nacional de Salud y en tiempo récord logramos obtener el 100% de las condiciones y criterios para el uso de este.
- Conformación de la central de mando COVID-19.
- Participación en la mesa técnica de IPS privadas como apoyo a la Secretaría Distrital de Salud.

Respecto a los colaboradores, el 32% ha tenido síntomas y se ha clasificado como caso probable. Esto nos ha obligado a un aislamiento preventivo riguroso.

- Gestión institucional de cifras de la pandemia. Hacemos seguimiento en la región, el departamento y la ciudad. Los indicadores que manejamos se presentan en la mesa técnica institucional y departamental. Somos un actor que también está ejerciendo un control a los entes, mostrándoles información.

Lo que antes era consulta externa lo hemos convertido en un área donde cada uno de los pares apoya a la gente de adentro (COVID-19). Se trata de una estrategia muy positiva. Calculamos que el 35% de la actividad en el área COVID-19 la apoya este personal.

IV. Gestión de casos

En cuanto a las cohortes de pacientes, al 16 de julio de 2020 hemos atendido 426 pacientes COVID-19, 122 positivos (porcentaje de positividad: 28,6%). La mortalidad es muy alta. Alrededor de la mitad (26,3%) de los pacientes fallecidos han sido pacientes con cáncer; 12 pacientes no han permitido que se les practique la prueba PCR, mientras que 148 pruebas estaban pendientes de los resultados a esa fecha.

Respecto a los colaboradores, el 32% ha tenido síntomas y se ha clasificado como caso probable. Esto nos ha obligado a un aislamiento preventivo riguroso. De esos 340 casos (32%), 120 se han confirmado como positivos (11,3%) y 86 colaboradores se han descartado (8,1%). La mortalidad, no obstante, es un tema muy positivo en esta población: es cero. Ningún colaborador ha fallecido. De ese total de confirmados, 3 se han hospitalizado, uno ingresó a UCI; actualmente están ya recuperados y presutando sus servicios. Por otro lado, se han hecho cuatro

cercos epidemiológicos muy grandes por riesgo de brote en cuatro áreas.

V. Aprendizajes

¿Y cuáles han sido los aprendizajes?

1. Básicamente, la virtualización de actividades llegó para quedarse.
2. La telemedicina es muy importante. Tenemos que seguir la curva de aprendizaje con ella.
3. Planeación permanente en escenarios que cambian en mínimos plazos.
4. El impacto en los colaboradores, que debieron asumir un modelo de gestión igual de exigente al de la prestación general de los servicios.
5. Ser 'autoatendedores' ha sido un tema muy positivo.
6. El personal de alto riesgo puede apoyar a un grupo asistencial de área. Los internistas, enfermeros y médicos que tenían más riesgos para poder ingresar al área COVID-19 pudieron, mediante la central de mando, estar apoyando a todos los demás.
7. Nos llamó mucho la atención que los colaboradores contagiados de la institución no corresponden a quienes estaban en el área COVID-19. Son personas que estaban en área general (No COVID-19). Por lo tanto, su infección probablemente se adquirió en la comunidad. Allí, entonces, es importantísimo resaltar que quien se protege, por lo general, no se infecta.
8. Creemos que la capacidad de informar, de comunicar a los familiares y pacientes, es la única manera de proteger a la institución de actos de violencia. Por la televisión se transmitieron muchas situaciones de ese tipo que se registraron en la ciudad. Por fortuna, nosotros, la Clínica Bonnadona, salimos indemnes de esto, gracias a todo el trabajo de humanización que se adelantó en torno al manejo de la pandemia.

Javesalud: gestión de nuestro talento humano en COVID-19

Dr. Carlos Tobar González

Director General

Más que acerca de una experiencia exitosa, este es un relato sobre cómo hemos tratado de abordar el cuidado y la protección integral de nuestro talento humano en medio de la pandemia por COVID-19. Ante todo, quiero agradecerle al equipo de Dirección y del área de Gestión Humana de nuestra fundación por su valioso trabajo.

Para iniciar, quiero plantear algunas reflexiones sobre nuestro entorno, sobre lo que hemos vivido en estos últimos meses y sobre cómo se siente el equipo humano de trabajo, que fue básicamente lo que tratamos de entender cuando nos sentamos a diseñar la estrategia.

En Javesalud, sin duda, tenemos un talento humano comprometido no solo con los pacientes y los estudiantes sino también con la institución y con el momento que está viviendo el país. Su compromiso está por encima de cualquier cuestionamiento. No obstante, también está angustiado por el alto riesgo de las actividades e intervenciones que hacemos. Muchas de las angustias nacen de pensar en sus familias, en el riesgo que están corriendo, en la reducción de ingresos tanto propios como del entorno familiar, en la sobrecarga laboral de las últimas semanas. y también por experimentar hasta algo de soledad.

El COVID-19, por supuesto, genera incertidumbre por la misma novedad de la enfermedad. Se trata de algo que cada día vamos conociendo. Las pruebas que hoy sirven, mañana ya no. El



Cortesía Javesalud

▼ En Javesalud tenemos un talento humano comprometido con el momento que está viviendo el país.

tratamiento que hoy es el indicado, mañana no lo es. Y la falta de compromiso social también se suma al escenario: lo que hemos visto de las fiestas clandestinas, el mal uso de los elementos de protección personal, etc. La misma disponibilidad de estos elementos de protección es un problema, que ya no se limita al costo sino además a su baja oferta en el mercado. De esa incertidumbre, por supuesto, también deriva la sensación de estar desprotegidos.

Muchas instituciones en este país no siempre responden a una política sólida de talento humano, pero la gran mayoría sí lo hemos entendido correctamente. De esta realidad nacional surgen problemas como, por ejemplo, la contratación inadecuada. Así mismo, se presentan casos de violación de derechos. Hemos visto las noticias sobre amenazas y maltrato al talento humano de la salud, el rechazo por parte de un grupo de la sociedad y, como lo hemos abordado en muchas ocasiones, algo de “exceso de papel bond”: muchas normas que quedan muy bien impresas, pero nos preguntamos qué tan rápido llegan a nuestras instituciones y a nuestros colaboradores. Sin duda, esto afecta la dinámica del día a día de nuestras organizaciones.



Al final, cuando se revisan las realidades del talento humano en salud se observa que están muy alineadas con las circunstancias de nuestro sistema:

- Problemas de inequidad, de distribución inadecuada del talento humano.
- Diferencias abismales entre muchas instituciones y regiones.
- “Medicalización” excesiva de la gestión del talento humano: pensamos mucho en el médico, pero con frecuencia se nos olvidan los demás profesionales del sector.
- Ausencia de trabajo en equipo.
- Falta de reconocimiento a nuestros profesionales de la salud.
- En cuanto al flujo de recursos, sin duda, incentivos inadecuados.
- Falta de relación entre el incremento de la UPC y el incremento tarifario.
- Falta de cumplimiento de las obligaciones laborales en muchas instituciones.
- Posiciones dominantes dentro del sistema.
- Falta de transparencia.
- Relevancia de un concepto de ‘negocio de salud’.
- Falta de gobierno corporativo.

Hay una serie de factores que son propios de la dinámica general del sector, pero que, sin duda, empiezan a afectar también directamente a nuestro talento humano. Una encuesta del Colegio Médico Colombiano, publicada en 2019, sobre la situación laboral, refleja esta situación. Según esta encuesta, gran parte de los profesionales de la salud tienen más de un lugar de trabajo; deben trabajar más de 192 horas al mes con un volumen importante de pacientes. Esto genera, con toda seguridad, estrés en nuestros colaboradores.

La falta de contratación de planta es otro de los factores. De acuerdo con esta encuesta, solo el 17% de los especialistas, el 42% de los médicos generales y el 45% de otros profesionales tienen este tipo de vinculación laboral y esto terminan impactando el sentido de pertenencia y los resultados de los profesionales. Nosotros hemos sido defensores de la contratación directa.

Adicionalmente, el nivel de insatisfacción por los rangos salariales es algo que vemos en nuestro sector, en algunas regiones más que en otras. Además, el tema de cartera también los afecta: hay tiempos demasiado prolongados para pagar las cuentas de algunos profesionales. Incluso hay carteras de más de tres años en algunos especialistas.

¿Qué hemos hecho nosotros en Javesalud? ¿Y qué tratamos de hacer desde el principio de la pandemia?

Empezamos por entender cuáles son las motivaciones y cómo construir y fortalecer el tema de las motivaciones en nuestros profesionales.

Al respecto, entendemos que las motivaciones parten de las características de cada persona; de sus principios, de sus valores, de sus expectativas, a dónde quiere llegar, cuáles son esos movilizadores internos. Al mismo tiempo, las características de la organización marcan también un derrotero importante: cuál es la cultura organizacional, cuál es el clima que se vive cuando se llega a trabajar, las formas de contratación y cuáles son las políticas institucionales puestas en práctica. Los principios y los valores de las instituciones, sin duda, demarcan un tema motivacional importante. Y también lo hace el entorno general: qué tipo de reconocimiento hay en la sociedad, en el sector, cuál es el compromiso que se tiene con el talento humano, cuál es la trascendencia de esa motivación que desarrolla el colaborador en el entorno del sistema.

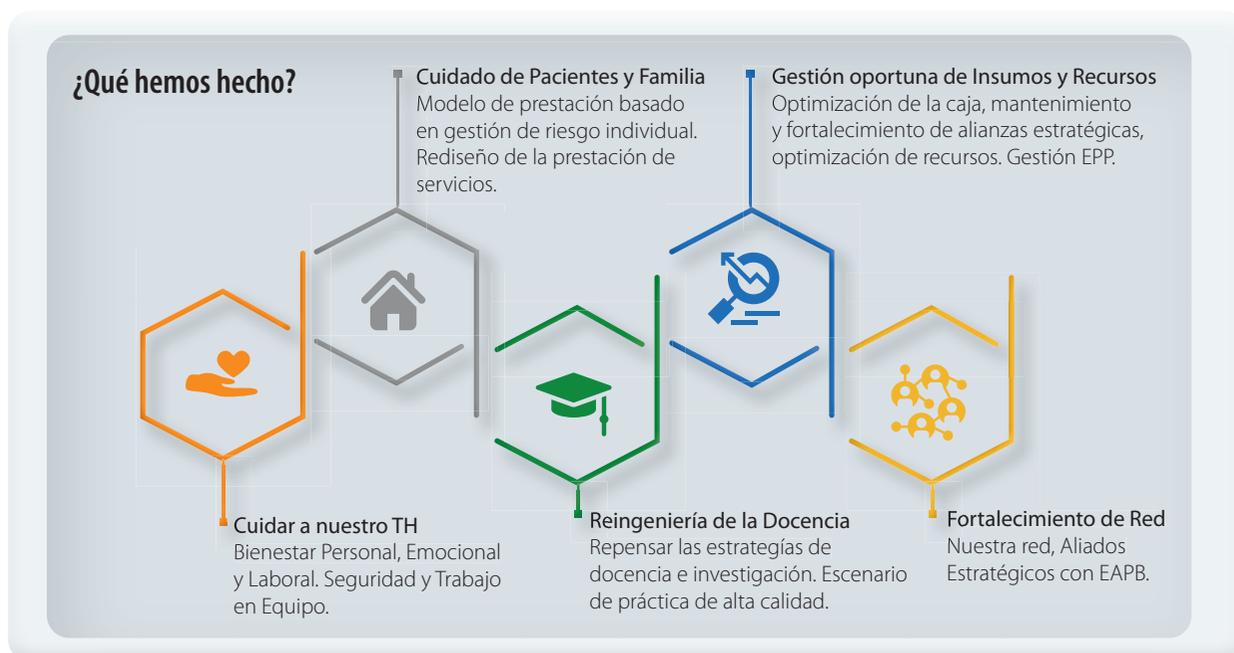
Existen distintas teorías para analizar cómo se abordan las motivaciones del talento humano. Una de ellas es la pirámide de Maslow, bien conocida, en la que se proponen unas

necesidades de diversa índole que, según la teoría, se busca suplir. Entre ellas, están la necesidad de cubrir una alimentación, un vestuario, un lugar de habitación, una contratación digna que garantice el cumplimiento de lo básico. También se establece una demanda de seguridad, de esa protección que le permita a la persona tener la certeza de su contrato, su estabilidad laboral. A ello se adhiere el tema del afecto, que para el caso institucional podría interpretarse y aplicarse como el amor por la institución, la pertenencia; cómo hacer parte de un proyecto mucho más grande que

el hecho de simplemente ir a trabajar todos los días. La autoestima hace parte también de la teoría de Maslow, y para el caso de una entidad sanitaria, debería redundar en cómo reconocerles a los trabajadores las cosas que hacen bien y cómo le están aportando al país para lograr los objetivos que tenemos trasados en medio de la pandemia. Y, por último, está el establecer cuál es esa misión personal que debemos cumplir todos los días en las labores que hacemos.

Hay otras teorías sobre el tema que revisamos, y con base en ese análisis de las motivaciones definimos una estrategia.

La estrategia para cuidar al talento humano



Elaboración propia Javesalud

Javesalud, para enfrentar el tema de la pandemia, definió una estrategia, de la mano de su Junta Directiva, integrada por cinco componentes:

1. Cuidar a nuestro talento humano.
2. Cómo cuidar a nuestros pacientes y sus familias, de los cuales somos responsables en lo que a su salud se refiere.
3. Reingeniería profunda en el campo de la docencia y la investigación en medio de la pandemia, un asunto supremamente profundo y complejo.
4. Gestión oportuna de los recursos e insumos de la institución. Cómo optimizar la caja para cumplir no solo con los compromisos laborales sino también con nuestros proveedores.
5. Fortalecimiento de la red: cómo trabajamos en cadena con cada uno de nuestros centros médicos, pero también con nuestros aliados estratégicos y con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

El primer componente, que habla de cuidar a nuestro talento humano, es sobre el que me voy a referir en esta oportunidad.

Para cuidar al talento humano construimos una estrategia que tiene cuatro frentes de trabajo esenciales:

1. Bienestar emocional: Se trata de reconocer al trabajador como un ser humano integral que, así como cualquier otro colombiano, tiene una serie de sentimientos, de angustias y de emociones, y que en algún momento esas angustias pueden superar su capacidad; tenemos aquí, entonces, un frente de trabajo crucial.

2. Seguridad en la atención aplicando todo lo que tiene que ver, básicamente, con protocolos, modelos y guías, enfocados especialmente en servicios ambulatorios y domiciliarios. Estos últimos han sido uno de los retos más complejos que hemos tenido que afrontar, dado que la mayoría de la literatura se enfoca en los servicios de urgencias, en hospitalización, en cuidados intensivos, pero en el nivel ambulatorio, para los que estamos yendo a las casas de los pacientes, los que estamos haciendo consulta externa en cada uno de nuestros centros médicos, hay muy poco publicado.

Tuvimos que hacer un ejercicio muy grande y profundo en la revisión de la literatura y definir nuestros propios protocolos para prestar estos servicios en tiempos de pandemia.

3. Seguridad laboral: En este aspecto nos pasó algo relevante. Al principio de la pandemia, los servicios ambulatorios disminuyeron su volumen considerablemente. Esa situación empezó a generar cierta angustia en nuestro talento humano, especialmente incertidumbre sobre la sostenibilidad de su contrato laboral. Se preguntaban si los íbamos a despedir, si íbamos a suspender contratos de trabajo, etc. Por esta razón teníamos que darles algo de seguridad a nuestros colaboradores y emprendimos acciones que se relatan más adelante.

4. Bienestar personal: Consiste en cómo mantener ese equilibrio entre vida y trabajo, esa calidad de vida de nuestros colaboradores, y de cómo ese bienestar se convierte en un motivador adicional para abordar esta situación.

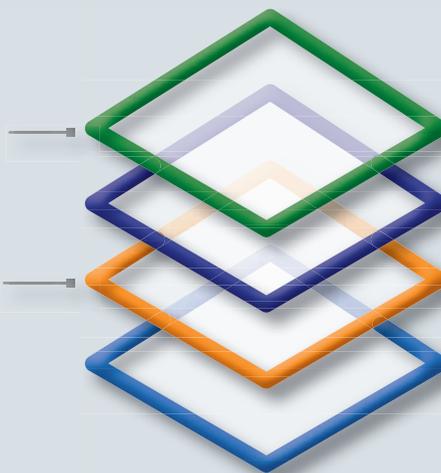
¿Qué hemos hecho?

Bienestar Emocional

Basamos nuestra gestión desde el reconocimiento del colaborador como un ser humano integral y emocional que experimenta una incertidumbre enorme y angustia que lo puede llegar a superar.

Seguridad Laboral

Los escenarios ambulatorios fueron excluidos inicialmente de la visión global del abordaje de la pandemia, se presentaron despidos, recortes de salarios y algo de señalamiento sectorial. Esto generó angustia por la estabilidad laboral ofrecida.



Seguridad en la atención

Ausencia de protocolos, modelos y guías enfocadas en los servicios ambulatorios y domiciliarios. Enfrentados como una oportunidad en la gestión de conocimiento.

Bienestar Personal

Enfoque organizacional de responsabilidad con calidad de vida, equilibrio vida/trabajo, fortalecimiento del bienestar como motivador de colaborador.



Elaboración propia Javesalud

Acciones desplegadas

En el tema de bienestar emocional, decidimos, de entrada, aislar a 15 colaboradores, bien sea por embarazos, por ser mayores de 70 años o por tener patologías que los ponen en riesgo. Desde el primer día decidimos enviarlos a sus casas para que hicieran teletrabajo. Sin duda eso disminuyó la angustia y el estrés entre ellos.

También hemos tenido que enviar a trabajo en casa al personal encargado de funciones que no requieren desempeñarlas de manera presencial. Alrededor del 12% de nuestra planta está trabajando desde casa. Con ello estamos brindando más tranquilidad a ese grupo de trabajadores.

Por otro lado, creamos una línea de atención directa llamada “Estamos juntos en esto”. Entre marzo y julio hemos tenido 122 contactos con nuestros colaboradores, básicamente para darles apoyo emocional, acompañamiento desde el equipo de Gestión Humana y desde el área de Psicología. Esto no tiene que ver con el seguimiento de los casos sospechosos; se trata de un tema general para el abordaje de la parte emocional.

También hemos hecho seguimiento de síntomas respiratorios. En los primeros 6 meses registramos 21 casos positivos entre nuestros colaboradores y a todos se les ha hecho el acompañamiento personal y familiar desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Creo que la clave del bienestar emocional es estar muy cerca de ellos, haciéndoles acompañamiento, entendiendo sus angustias y sus dificultades en estos momentos, además del trabajo conjunto con las ARL.



Cortesía Javesalud

Javesalud no ha disminuido su planta de personal; al contrario: la ha fortalecido y sigue en crecimiento

Para mejorar el entorno, llevamos a cabo algo que llamamos “JaveActividades”, un programa que busca mezclar actividades físicas y lúdicas alrededor del trabajo.

En plano de la seguridad laboral tomamos una de las decisiones más importantes de nuestra estrategia. Normalmente, nosotros hacemos el incremento salarial en el transcurso de marzo, una vez hemos terminadas las negociaciones con las EPS. Ya había empezado la pandemia y con la Junta Directiva tomamos la decisión de, pese a tener una reducción importante en los ingresos (>20%), hacer el incremento salarial que teníamos planeado para este año e, incluso, hacerlo por encima del IPC (un derrotero que tratamos de mantener todos los años). Pero además de aplicar el incremento salarial en el mes de marzo, cuando todo el mundo estaba pensando en reducir sus gastos, se aprobó el pago retroactivo. Dicho aumento salarial se aplica basado en el desempeño, es decir, se trata de una variable que depende de los resultados de la evaluación que se le hace a cada colaborador.

Para sumarle a ello, aprobamos un auxilio de movilización temporal especialmente en las áreas donde había mayor dificultad para el transporte, según cada ciudad o municipio donde operamos.

Seguimos trabajando y fortaleciendo los temas de capacitación y formación. Así mismo, le estamos dando

continuidad a todo el tema de plan de beneficios extrasalariales.

Y para fortalecer ese sentido de pertenencia en el equipo de trabajo, mantuvimos nuestra política de créditos condonables que financia el estudio profesional de varios colaboradores.

Para darles continuidad a las políticas de seguridad laboral, además de mantener el incremento salarial y aprobar un auxilio de movilización, a quienes están trabajando desde sus casas les entregamos un computador y un auxilio para internet. Eso le dio mucha tranquilidad con respecto a la continuidad de su contrato.

En seguridad de la atención, tuvimos que desarrollar nuestros propios protocolos, principalmente sobre el uso de los elementos de protección personal. En concordancia con esto, desde el principio hemos mantenido un inventario suficiente para el mes en curso y para dos meses más. En este aspecto nos hemos movido mucho, de tal manera que los trabajadores siempre tengan la certeza de que contamos con suficiente *stock* de los EPP y que no van a sufrir por ausencia de estos.

Mantuvimos y fortalecimos nuestra “Escuela de formación”, que se constituyó en el eje de socialización de los protocolos. Como complemento diseñamos unas estrategias de tipo lúdico para garantizar la adherencia y medir su impacto a través de las rondas de seguridad, como parte de nuestros procesos de acreditación y calidad.

Como es obvio, trabajamos con la ARL el tema de reporte de casos positivos e implementamos en su momento el tema de tamizaje para todo el talento humano, no solo para los de alto riesgo.

En cuanto a bienestar personal, desde antes tenemos la figura del “banco de tiempo”: todos los empleados de Javesalud tienen tres días en el semestre libres para hacer lo que quieran, aparte de las vacaciones. Cada persona escoge qué días se quiere tomar libre y así lo informa a su jefe inmediato y al área de Gestión Humana. Con base en ello,

hemos aprobado en el primer semestre 552 días libres para que nuestros colaboradores se queden en su casa cuidando a sus familias. El 61% de esos días libres los hemos aprobado entre los meses de mayo y junio, eso sí, garantizando la suficiencia y la continuidad en la prestación de los servicios. Lo que queremos es que las personas tengan tiempo libre para descansar.

Además, invertimos el 14% del tiempo de nuestros profesionales en temas de capacitación. Hemos capacitado a 264 personas con un promedio de asistencia a 11,3 actividades por persona en el primer semestre. Estos últimos tres meses han tenido un impulso importante en temas de capacitación. Cada vez que cambia el lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social hay que hacer de nuevo capacitación; cada vez que cambiamos o actualizamos un protocolo hay que garantizar la capacitación del personal.

Para los trabajadores de alto riesgo en consulta prioritaria y consulta no programada les estamos dando un día descanso semanal adicional después de participar en las actividades de alto riesgo.

También hemos fortalecido el tema de vacaciones. 112 personas las han tomado en el primer semestre para que tenga tiempo de descansar y de recargar baterías, sobre todo desde el punto vista emocional.

Tuvimos que hacer ajustes en los equipos de apoyo operativo. Sin duda hay una sobrecarga laboral porque, aparte de adelantar las actividades normales del día a día, ahora tenemos que, prácticamente, gerenciar de manera exclusiva el manejo de COVID-19, por lo que debimos reforzar equipos para disminuir esa carga laboral. En paralelo, a través de nuestra estrategia de socialización interna, que deno-

minamos “*Tejido de calidad*”, desarrollamos una serie de actividades lúdicas para que las mismas personas de los centros médicos crearan

videos educativos sobre el lavado de manos, el uso de EPP y el autocuidado. De esa forma se fortalecen los temas de cultura de seguridad.

Nuestra ruta para cuidar al talento humano



Elaboración propia Javesalud

Javesalud no ha disminuido su planta de personal; al contrario: la ha fortalecido y sigue en crecimiento. En julio hemos reforzado a nuestros equipos por proyectos nuevos y también para fortalecer los equipos de prestación de servicios.

Por último, nuestro enfoque se basa en estos seis ejes:

1. La contratación digna y responsable, como una política institucional.
2. Nuestro esfuerzo se concentra, en buena parte, en la capacitación y formación.
3. Aplicamos un concepto diferente de la gobernanza clínica, que va desde el empoderamiento y la gestión del conocimiento institucional.
4. El desarrollo y la búsqueda de la excelencia a través de nuestro *Programa de mejoramiento de la práctica clínica* (PMPC).

5. Reconocemos a nuestros colaboradores como seres humanos integrales. En el tema de beneficios tienen que jugar un rol importante.
6. Hacemos reconocimiento constante al trabajo en equipo. Esos equipos interdisciplinarios en el cuidado primario ambulatorio (CPA) para nosotros son fundamentales.

Reflexiones finales:

1. Debemos reconocer a los profesionales y técnicos como invaluable, de alto valor social y seres humanos totalmente insustituibles, llenos de valores y principios.
2. Debemos trabajar como sistema y como sociedad de manera extrema en un concepto de humanización.
3. Es necesario entender que el concepto de humanización y de modelos centrados en la persona no solo da cabida al paciente. Tenemos que pensar en cada una de las personas que conforman nuestras instituciones.

La experiencia del Hospital Infantil Los Ángeles, el hospital que abraza, protege y cuida a los niños

Cuando la tormenta pase y se amansen los caminos, y seamos sobrevivientes de un naufragio colectivo. Con el corazón lloroso y el destino bendecido nos sentiremos dichosos tan solo por estar vivos. [...] Valdrá más lo que es de todos que lo jamás conseguido. Seremos más generosos y mucho más comprometidos [...]
Cuando la tormenta pase te pido Dios, apenado, que nos devuelvas mejores, como nos habías soñado.

Alexis Valdés. Poema “Esperanza”.

Dra. Doris Sarasty Rodríguez

Gerente General



▼
Doctora Doris Sarasty Rodríguez,
Gerente General Hospital Infantil
Los Angeles

Desde el comienzo de la pandemia, en el Hospital Infantil Los Ángeles hemos estado muy atentos al panorama COVID-19 que empezó en la ciudad de Wuhan (China). Hemos realizado permanente seguimiento a los casos presentados y desarrollado infografías con comunicaciones mundiales, nacionales, regionales, locales e institucionales. Consideramos que esta nueva enfermedad es un verdadero reto que modificó de manera definitiva toda la estructura hospitalaria, sus procesos y resultados.

Esta pandemia trajo consigo un panorama lleno de incertidumbre y, por lo tanto, lo que más hemos tenido en cuenta es la gestión del riesgo.

I. ¿Cómo nos encontró la COVID-19?

Con un direccionamiento estratégico claro, un talento humano competente

y comprometido, contemplamos como objetivo estratégico el desarrollo de nuestros colaboradores con el fin de motivarlos y adherirlos a los propósitos organizacionales. En el Hospital Infantil Los Ángeles no se ofrecen puestos de trabajo, sino proyectos de vida. Nos encontró la pandemia con una política de talento humano que llena las necesidades y expectativas del equipo de trabajo, y que gestiona el riesgo inherente a este proceso de manera efectiva.

En cuanto a humanización, el Hospital Infantil Los Ángeles promueve el respeto por la dignidad humana, y desde allí nos enfrentamos a la enfermedad. Destaco el trabajo sobre el manejo de la compasión, que ha sido muy importante en los últimos tiempos. Hemos desarrollado valiosas técnicas para el manejo del estrés y el síndrome de Burnout.

En seguridad del paciente, debemos resaltar que el Hospital Infantil



Cortesía Hospital Infantil Los Angeles

La dotación de elementos de protección personal (EPP) se realizó de manera participativa. Cada área diseñó sus propios uniformes de acuerdo con las necesidades

Los Ángeles, tres veces ganador del Galardón Nacional Hospital Seguro, ha consolidado una cultura de seguridad, que ha permitido minimizar los riesgos en el talento humano en estos meses.

En cuanto a mejoramiento continuo de la calidad, la COVID-19 nos encuentra con una estrategia institucional ajustada a un robusto Sistema de Garantía de Calidad, con cierre de ciclos y lecciones aprendidas que impactan directamente el proceso de gestión humana.

En responsabilidad social, confirmamos que la vocación de servicio de nuestra gente ha sido una fortaleza, pues han vencido el miedo, la ansiedad y la tristeza entregando con heroísmo diariamente su vida en favor de la salud de los niños.

La transformación cultural es una realidad. Vivimos los principios y los valores. Es importante mencionar que para que se diera esta transformación primero tuvo que darse una transformación laboral. En 10 años pasamos del 22% de personal en planta al 91%. El resto del personal labora bajo la modalidad de prestación de servicios especializados, generalmente porque los

profesionales o especialistas tienen trabajos en otros lugares y no les interesa la contratación de planta.

En gestión del riesgo, el hospital ha manejado óptimamente sus riesgos estratégicos, institucionales y operativos. Hoy día, por esta experiencia, mitiga la amenaza que presenta la COVID-19 en todos los órdenes. Hemos trabajado el riesgo relacionado con la bioseguridad, referida específicamente a la transmisión de la enfermedad y los riesgos de humanización tanto con los usuarios como con el talento humano.

II. Afrontamiento de la situación de emergencia

Partiendo de la Declaratoria de Pandemia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Declaratoria del Gobierno nacional de Emergencia Sanitaria y Económica (Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 y Decreto 417 del 17 de marzo de 2020), y de las normas aplicables al talento humano en salud que promueven el apoyo a la estabilidad laboral y la seguridad del trabajo, determinamos una estrategia de gerencia del día a día, muy diferente a la que veníamos trabajando, con un alcance incluso de mediano y largo plazo.

Tuvimos que organizar un plan de contingencia hospitalario. Establecimos un centro de comando desde el



De portada

Comité Hospitalario de Emergencias apoyado por los comités asistenciales y administrativos relacionados, que ya funcionaban en el hospital, tales como el de infecciones y el de vigilancia epidemiológica, entre otros.

Trabajamos en equipo basados en el ciclo PHVA, soportados en estrategias de comunicación masiva entre procesos y hacia y desde los equipos operativos. Esta ha sido una comunicación totalmente efectiva, ahora principalmente virtual.

Hicimos desarrollos sustanciales en tres grandes áreas:

- Atención a usuarios y sus familias.
- Protección de colaboradores y del empleo.
- Sostenibilidad de la empresa, que incluyó los temas de planificación de la reapertura de servicios y continuidad del negocio.

Tenemos un plan de contingencia para la COVID-19 que permite ejecutar la gerencia del día a día en las distintas fases de la emergencia y en tres momentos: el antes, durante y después de la pandemia. En este momento estamos en la fase de mitigación, control y evaluación con base en la gestión del riesgo, tratando de reactivar gradualmente los servicios para fortalecer el plan de continuidad de los servicios.

En cuanto a protección a los trabajadores, vemos que el proceso de afrontamiento de la pandemia nos llevó a evaluar circunstancias nuevas con respecto al equipo humano:

- Horas y horarios de trabajo.
- El estigma de ser trabajador de la salud en tiempos de pandemia y la discriminación que esto genera.
- El temor por la seguridad y el bienestar de sus seres queridos.
- El miedo al contagio y a enfrentar la enfermedad.
- El temor al sufrimiento y a la muerte.
- El temor de estar al cuidado de miembros de la familia o de estar en cuarentena.
- El enfrentarse a las historias de aquellos a quienes ayudan y que permanecen con el trabajador aún después de terminada su jornada laboral.

Todo esto conduce al estrés y al agotamiento, con síntomas como dolor de cabeza, dificultad para comer y dormir, baja motivación, desconexión de las prácticas espirituales, miedo, tristeza o ira. Además, se adicionan otras circunstancias, entre ellas:

- Aislamiento social.
- Falta de recurso humano competente, lo que ha llevado a que tengan que doblarse en turnos.
- Nuevas exigencias de familias y pacientes incomunicados en hospitalización.
- Pacientes que llegan con demasiada carga de enfermedad y exigen los mejores resultados, enfrentando muchas veces de manera violenta a la misión médica.
- Mayor presión sobre el personal de urgencias y demás servicios que enfrentan en primera línea una enfermedad que puede ser letal y es muy contagiosa.

En este proceso podemos decir que hemos pasado de un gran miedo a un miedo intermedio y después a un pequeño miedo. Al inicio fue compleja la situación: se presentaron sentimientos de negación, de enfado, de congelamiento, de angustia. Toda la gente quería usar traje de astronauta para protegerse, y lo exigían. Pero paulatinamente, con el aprendizaje de lo que es la enfermedad y el enfrentamiento adecuado del cambio, fue disminuyendo ese miedo. Ahora estamos en la etapa de aceptación de lo que está pasando, de crecimiento y de un sentimiento de resiliencia, esperando todos salir lo mejor posible de esta pandemia.

III. ¿Cómo gestionamos el talento humano en pandemia?

En cuanto a las herramientas gerenciales, nos apoyamos en el liderazgo situacional, que nos permite conocer a profundidad a los colaboradores y saber cómo se están moviendo en su

desempeño: algunas veces son muy proactivos, otras veces están negativos y otras participativos. Esta herramienta del liderazgo situacional nos permite identificar en qué fase está cada una de las personas que trabajan alrededor de la Gerencia General para trabajar en equipo con ellas, bien sea orientándolas, delegándoles responsabilidades o simplemente impartiendo directrices. Este es un instrumento que siempre se ha manejado desde la Gerencia General.

En el Hospital Infantil Los Ángeles contamos una política del manejo del talento humano que comprende tres pilares:

1. Administración del talento humano.
2. Desarrollo integral del talento humano.
3. Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, que en este caso incorpora los sistemas de vigilancia epidemiológica para riesgos priorizados.

En cuanto a la protección de la salud física del talento humano, cumplimos con los lineamientos nacionales de bioseguridad estableciendo rutas de reporte de las condiciones de salud e implementando, a través de varias estrategias, toda una política de suministro y de uso adecuado de elementos de protección personal.

Identificamos las comorbilidades de todo el personal con riesgo para COVID-19, lo que conllevó a reubicaciones laborales temporales y cambio de rutas de acceso. Como parte



Cortesía Hospital Infantil Los Ángeles

Las donaciones de diversas entidades han permitido que el personal se sienta abrigado y que su trabajo sea reconocido

del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, hacemos inspección y rondas de seguridad y vigilancia y adelantamos gestiones para el cuidado de la salud mental.

Respecto a las medidas de vigilancia del talento humano, hemos incluido aspectos como:

- Reportes diarios del estado de salud de nuestros colaboradores a través del diligenciamiento de la encuesta de prevención COVID-19 de la ARL Colmena.
- Toma de temperatura previa al ingreso a la institución.
- Seguimiento a los reportes de la encuesta de prevención COVID-19, clasificación de colaboradores según prioridad de los síntomas reportados y direccionamiento según la ruta establecida hacia las EPS o ARL.

En cuanto a la protección física:

La dotación de elementos de protección personal (EPP) se realizó de manera participativa. Cada área diseñó

Hemos implementado búsqueda activa de personal sintomático haciendo seguimiento a quienes se encuentran en riesgo por comorbilidades. Medimos cuántos aislamientos preventivos por COVID-19 tenemos y cuáles son las áreas más afectadas.

sus propios uniformes de acuerdo con las necesidades y teniendo en cuenta cómo sus miembros se sentían más seguros, todo con la asesoría de la infectóloga pediátrica. Acudimos a talleres y fábricas nariñenses para la elaboración de estos elementos, logrando una total satisfacción de todas las áreas en cuanto a sus EPP.

Adelantamos importantes campañas utilizando material informativo y educativo con ayuda de las tecnologías de información. Para ello elaboramos material didáctico audiovisual con recomendaciones como: “Los 10 mandamientos del autocuidado”, “Yo me cuido y cuido a mi familia”, “Recomendaciones de Ingreso al Hospital”, “Recomendaciones en el puesto de trabajo”, “Entrada y salida de casa” y “Actividad física para el bienestar físico y emocional”, entre otros aspectos.

Hacemos seguimiento continuo de las novedades de los colaboradores con mediciones semanales del estado de las enfermedades laborales por COVID-19. Con corte al mes de julio, se registraron 15 casos, 4 ya recuperados y 11 en aislamiento preventivo.

Además, hemos implementado búsqueda activa de personal sintomático haciendo seguimiento a quienes se encuentran en riesgo por comorbilidades. Medimos cuántos aislamientos preventivos por COVID-19 tenemos y cuáles son las áreas más afectadas. Vemos que en el grupo de auxiliares de enfermería es donde se han presentado más casos de aislamiento.

Gestión del riesgo psicosocial

Respecto a la protección de la salud mental y emocional, mitigar el riesgo psicosocial ha sido un proceso sistemático y sistémico en el que ya se venía trabajando desde hace muchos años, utilizando como método de evaluación la aplicación de baterías de riesgo psicosocial, evaluación de clima organizacional y fatiga. Como resultado, se han desarrollado talleres a los colaboradores priorizados evaluando riesgos y formando líderes. Por lo anterior, la pandemia no nos tomó por sorpresa en el aspecto del riesgo psicosocial y ahora lo aplicamos al COVID-19.

Se desarrolló el Proceso Natura en conjunto con la ARL con acciones de formación de educación experiencial, el cual está basado en aspectos como trabajo en equipo, negociación humana: ganar-ganar, liderazgo, prospección actitudinal, y valor agregado.

Adicionalmente, en el proceso dirigido a líderes del equipo de trabajo, denominado “Entrenando al entrenador”, se tuvo como objetivo generar y fortalecer las capacidades de relacionamiento asertivo a través de una formación educativa experiencial. Trabajamos tópicos como el manejo del poder, lenguaje asertivo, relacionamiento y comunicación para adquirir competencias y saber cómo apoyarnos, comprendernos y entendernos entre todos.

Es importante destacar los avances en materia de Empresa Familiarmente Responsable. Estamos *ad portas* de certificarnos como EFR. En este sentido, se realizó un diagnóstico de medidas implementadas que tienen que ver con calidad en el empleo, apoyo a la familia, flexibilidad espacial y temporal, desarrollo personal y profesional, igualdad de oportunidades, liderazgo y estilo de dirección.



IMPLEMENTAMOS TECNOLOGÍA DE GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO PARA MEJORAR LA GESTIÓN CLÍNICA Y ECONÓMICA DE HOSPITALES.



Contamos con el **único agrupador GRD adaptado al sistema de información nacional** compatible con los nuevos modelos de contratación en salud.

Desde 2015, confían en nosotros **prestigiosas instituciones de Colombia.**



www.processum.org | www.avediangrd.com

Processum


AVEDIAN



Cortesía Hospital Infantil Los Angeles

El HILA desde antes de la pandemia venía trabajando en la formación en humanización y práctica de la compasión.

Salud mental

Diseñamos e implementamos el Protocolo de Salud Mental con el objetivo de establecer intervenciones para la atención en salud mental a nuestros colaboradores durante la emergencia por COVID-19 en tres niveles:

1. Intervención individual. Son intervenciones específicas para los colaboradores en:

- Apoyo temprano.
- Primeros auxilios psicológicos.
- Atención telefónica psicológica.
- Telepsicología.
- Manejo organizacional del personal.
- Reporte y seguimiento de accidentes laborales.

Establecimos una ruta para la atención psicológica, mediante la cual hemos intervenido aspectos como la afectación emocional, preocupación por el contagio en el trabajo y por posible contagio en familiares, y llanto esporádico. En las intervenciones psicológicas hemos atendido a 19 personas en contención emocional, 5 en primeros auxilios psicológicos y 2 remisiones a ARL.

En cuanto a apoyo temprano, designamos un amplio equipo de intervención compuesto por trabajadores

a quienes capacitamos para ser líderes en la detección de personal en crisis y para prestar los primeros auxilios psicológicos. Otra estrategia que hemos ejecutado son las rondas de Schwartz, psicoterapias de apoyo a los colaboradores identificados por los líderes de salud mental. Y también realizamos capacitación para el manejo de la convivencia laboral y primeros auxilios psicológicos.

2. Intervención colectiva. Este aspecto lo desarrollamos con estudiantes en práctica formativa de la Facultad de Psicología de la Universidad de Nariño.

Se ha elaborado material audiovisual, campañas, etc., con el fin de promover diferentes aspectos en salud mental.

En el marco del Protocolo de Salud Mental, se llevaron a cabo talleres virtuales juntamente con la ARL abordando temáticas como compromiso con la vida y desarrollo de actividades cotidianas de manera emocionalmente sana y segura, cuidando al mismo tiempo el entorno y la integridad física y emocional.

Es importante mencionar el taller “Mejorando el estado de ánimo”, en el que se abordaron temas como reposo y sueño, destacando de manera especial las técnicas de relajación.

Desde el año pasado venimos trabajando en la formación en humanización y práctica de la compasión, contando con el apoyo de una instructora egresada de la Universidad de Stanford y con el equipo de la Escuela de Paz de la Universidad CESMAG de la ciudad de Pasto. Se ha realizado acompañamiento en tiempos de pandemia con técnicas de respiración y meditación, abordando temas como el manejo del miedo, de la incertidumbre y la confianza, y el camino de la esperanza y la felicidad.

También se hace acompañamiento compasivo durante la pandemia para que los usuarios puedan pasar del miedo y la parálisis a alcanzar el aprendizaje y el crecimiento. El propósito es llevarlos a que salgan resilientes de la situación.

3. Intervención institucional

En este aspecto hemos tomado medidas administrativas como reuniones virtuales, trabajo en casa, licencia ordinaria voluntaria, vacaciones anuales anticipadas, horarios flexibles, entrega de refrigerios por áreas y pago anticipado de la nómina y la prima.

Vigilancia epidemiológica

Quizás el área que más arduo trabajo tiene en este momento es la de vigilancia epidemiológica. Existe un grupo élite encargado de la atención y análisis de situaciones COVID-19 denominado Equipo de Reacción Inmediata (ERI). Este equipo realiza análisis y búsqueda activa de casos sospechosos a fin de identificar oportunamente posibles brotes y tomar las decisiones correspondientes de acuerdo con los lineamientos nacionales, realiza seguimiento a los colaboradores que se encuentran en aislamiento preventivo hasta su reintegro laboral, hace acompañamiento de contención emocional con el equipo de salud mental, y articula su función de forma intersectorial, ya que aceptamos el reto de ser hospital COVID-19 pediátrico referente para toda la región.

Donaciones

Las donaciones han sido muy importantes. Agradecemos a la ACHC y a todas las empresas que nos han apoyado con la entrega de diferentes elementos. Esto ha permitido que las personas se sientan abrigadas, abrazadas,

arropadas, agradecidas y muy importantes, lo que les ayuda a hacer su trabajo con más facilidad.

Talento humano en contingencia

En el Hospital Infantil Los Ángeles hay 560 colaboradores de planta, 122 en misión y 43 en prestación de servicios. Entre marzo y julio presentaron su renuncia 10 colaboradores por temor a la pandemia.

Hemos pagado 50 millones de pesos por concepto de aislamientos preventivos, 18 millones de pesos por incapacidades por COVID-19 y, hasta el momento, se han destinado 568 millones de pesos al apoyo operativo con personal en misión por la contingencia. Adicionalmente, se ha realizado una inversión del orden de 1.135 millones de pesos en equipos, adecuación de infraestructura, elementos de protección personal, seguridad de la información y comunicaciones.

También se destaca la puesta en marcha del panel molecular con el fin de poder adelantar las pruebas PCR, para cuya utilización tuvimos que certificarnos. Esto favorece la seguridad de los colaboradores y la atención de los pacientes, ya que, con este sistema cerrado, no hay riesgo para el personal de Laboratorio Clínico y el equipo médico puede llegar a tener los resultados en 45 minutos. Esto redundará en más seguridad en la atención del paciente y beneficios para el usuario y su familia.

Paralelamente, adelantamos cursos y diplomados capacitando a los colaboradores en cuidado crítico con énfasis en COVID-19. Pensamos que la educación es un factor indispensable para incrementar la seguridad en el trabajador y que disminuye en forma significativa el temor natural al enfrentar el proceso de atención en pacientes sospechosos de o positivos para COVID-19.

Nuestro mensaje final es de resiliencia, pues en el Hospital Infantil Los Ángeles pensamos que saldremos de estos momentos, de incertidumbre y dificultad, ¡mejores y fortalecidos!

Experiencia DIME Clínica Neurocardiovascular en la preparación para la atención de COVID-19

Carolina Isaza de Lourido

Gerente Clínica

DIME Clínica Neurocardiovascular es una entidad hospitalaria especializada de alta complejidad, acreditada desde el 2018. Estamos ubicados en Cali, capital del Valle del Cauca, hacia la zona norte de la ciudad, área donde se han abierto nuevas clínicas dedicadas a COVID-19. Nacimos hace 32 años como centro de imágenes, siempre con la última tecnología; pero hace 12 años decidimos cambiar el paradigma y volvernos lo que somos hoy: una institución dedicada a tratar las enfermedades del cerebro, el corazón y las arterias. Contamos con 52 camas, con 12 camas de UCI, 22 camas de hospitalización y 18 de cuidado intermedio.

Nosotros empezamos a enfrentar esta pandemia con el desarrollo de un plan de contingencia. Este inició con la revisión de guías y protocolos, luego hicimos un plan de reactivación y, finalmente, hemos incluido dentro de nuestro manual de bioseguridad todo lo que tiene que ver con el abordaje del COVID-19.

Plan de contingencia

Para la elaboración del plan de contingencia nos acogimos a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social. Vamos por la sexta versión; a medida que van cambiando las cosas, vamos evolucionando. Ahora estamos incluyendo todo lo que tiene que ver con el personal, basados en lo que ha publicado de forma detallada dicho ministerio.

Hemos trabajado con los comités que teníamos conformados en la clínica y creamos otros. Consolidamos el Comité COVID, en el cual participa el gerente general, la gerencia financiera, el epidemiólogo y la gerencia clínica. Todos los días nos reunimos a primera hora. Revisamos cómo va el proceso de las infecciones por



Cortesía DIME

Para DIME fue clave consolidar el Comité COVID, en el cual participa el gerente general, la gerencia financiera, el epidemiólogo y la gerencia clínica.

coronavirus y las ocupaciones de las UCI, y en general las camas destinadas a pacientes COVID-19. Tenemos también el apoyo del Comité de Infecciones, el cual cuenta con una asesoría muy importante por parte de la doctora María Virginia Villegas y, en ocasiones específicas, del Dr. Cristian Pallares.

Además, hemos trabajado de la mano con los comités de Salud y Seguridad en el Trabajo, el de Vigilancia Epidemiológica, el de Emergencias, la Brigada de Bioseguridad y el de Urgencias y nos hemos aliado con otras instituciones, lo cual nos ha permitido grandes aprendizajes en este proceso de alistamiento.

Establecimos un programa especial para dar mucho apoyo psicológico a nuestros colaboradores, porque muchos de los integrantes del equipo de trabajo se sienten ansiosos, angustiados, con miedo de ser contagiados y de que sus familias se vean en riesgo por culpa de ellos debido al trabajo que adelantan en la

clínica. El equipo ha tenido muchos altibajos, pero hemos contado con el apoyo permanente de cuatro psicólogos.

Cuando el plan de contingencia se perfeccionó, se desarrollaron capacitaciones a todo el personal sobre el uso de EPP, y se realizaron actividades de simulacros semanales que comprenden todos los aspectos y áreas involucrados en esta contingencia.

Para DIME ha sido fundamental la reunión permanente de las gerencias con los colaboradores. A través de la virtualidad, se ha llegado al 90% de asistencia. En estas reuniones se da información de lo que está pasando en la clínica respecto de la ocupación, lo financiero y las metas que debe alcanzar todo el equipo.

También hemos trabajado en listas de chequeo que vamos ajustando constantemente. Por ejemplo, pasamos por la indagación sobre los desplazamientos de los colaboradores y ahora nos concentramos en los síntomas. En este ejercicio todos los días encontramos cosas nuevas e interesantes, que agregamos a nuestros listados o guías.

Planes de expansión de cara a la contingencia

En DIME pusimos en marcha dos planes de expansión. En el plan A solicitamos que nos dieran 18 ventiladores para convertir toda nuestra unidad de cuidados intermedios (UCIN) en UCI, con el fin de apoyar la atención de pacientes. Hicimos este plan sin que nos dieran los ventiladores, porque la entidad no estaba en capacidad económica de adquirirlos.

En nuestro plan definitivo, nos llegaron 12 ventiladores que nos entregó la Secretaria Departamental de Salud, y lo que proyectamos

hacer es duplicar nuestra capacidad para contar con 18 camas de UCI para pacientes COVID-19, tener disponibles seis camas de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) y 16 camas de hospitalización, siguiendo las reglas de separación de las guías, para poder contribuir a la atención de los pacientes COVID-19 del Valle del Cauca.

La reactivación

¿Qué nos pasó en abril? En la tercera semana de marzo, cuando se decretó la alerta naranja en la ciudad, los demás servicios de las clínicas quedaron casi vacíos. En el caso de DIME, aún no teníamos pacientes COVID-19 a quienes atender y los pacientes cardiovasculares dejaron de asistir a la institución; no volvieron a llegar infartos ni ACV. Según publicaciones internacionales, a este tipo de pacientes les daba mucho miedo asistir a las clínicas por el riesgo de contagio. La ocupación de la clínica, entonces, se redujo por debajo del 60%. Tuvimos muchas camas vacías y, por lo tanto, los ingresos cayeron de forma considerable.

Con esta situación tuvimos que avanzar a hacia un plan de reactivación de los servicios, que inició en mayo y está soportado en los lineamientos del Ministerio de Salud, así:

- Se hicieron adecuaciones locativas.
- Se fortaleció el proceso de limpieza y desinfección.
- Se implementaron protocolos especiales por cada servicio para atender a los pacientes.
- Interacción dentro de la clínica ceñida estrictamente a las normas.
- Desarrollo de actividades específicas de protección tanto para el talento humano como para los usuarios.
- Consideraciones especiales para la atención de pacientes en cada servicio.
- Se estableció un proceso de monitoreo, evaluación y seguimiento para poder saber cómo íbamos.

¿Cuáles fueron y siguen siendo nuestras prioridades?

1. Que nuestros colaboradores no se contagien ni en la clínica ni en sus casas. Es complejo porque algunas



Cortesía DIMME

▼
Dime se ha propuesto que todos los colaboradores cumplan las normas de bioseguridad dentro y fuera de la clínica

veces el colaborador se protege en la clínica, pero no lo hace en su casa y actividades sociales y pueden infectarse.

2. Velar porque nuestros servicios se caractericen por la seguridad, la humanización, la gestión de la tecnología y de los riesgos, la transformación cultural y la responsabilidad social, tal como lo dice nuestra acreditación.
3. Queremos seguir haciendo la diferencia en el desenlace clínico y en la experiencia del paciente.
4. Que todo el equipo de la clínica cumpla el plan de reactivación.
5. Garantizar la ruta libre de COVID-19.
6. Aumentar las ventas para poder mantener nuestra sostenibilidad, porque fue terrible lo que pasó en abril.

Para la ejecución del plan

1. Hacemos un seguimiento diario de la nueva normativa nacional, regional y local.
2. Participamos en reuniones periódicas convocadas por las secretarías de salud municipal y departamental.
3. Estamos al día en la revisión de guías y protocolos.
4. Socializamos todos los planes, protocolos y guías con el personal.
5. Capacitamos continuamente a nuestros colaboradores.
6. Hacemos los simulacros de manera rigurosa. Tenemos una serie de lecciones aprendidas de ellos.
7. Y hacemos el seguimiento a la adherencia al plan de reactivación.

La bioseguridad y los elementos de protección

Al inicio de la pandemia tuvimos que enfrentar un proceso muy complejo con los elementos de protección personal. Debido al exceso de información en las redes sociales, incluso alguna que no correspondía a coronavirus sino a otras epidemias como el ébola, nosotros tuvimos momentos en los que todo el personal quería usar tapabocas N-95, overoles antifluido y todos los elementos de protección posibles, aunque el paciente no tuviera COVID-19.

Finalmente, luego de muchas reuniones de capacitación con expertos, pudimos llegar a un consenso sobre lo que necesita cada uno de los colaboradores para la atención de un paciente, según los diferentes servicios. Con esto es con lo que seguimos funcionando hasta el momento y nos ha ido muy bien.

Nuestras metas con los colaboradores

1. Que todos cumplan las normas de bioseguridad dentro y fuera de la clínica.
2. Controlar y minimizar su riesgo de contagio.
3. Que no se infecte ningún colaborador ni ningún paciente en la clínica.
4. Responder de manera oportuna a cada uno de los casos de colaboradores, orientándolos de manera confiable y efectiva.
5. Fortalecer la adherencia al plan de reactivación institucional.

Para alcanzar estas metas, le enviamos de manera permanente a todo el personal mensajes para recordarles el uso del tapabocas, lavado de manos correcto y frecuente, que guarden el debido distanciamiento físico y que limpien los equipos que utilizan. Así logramos trabajar todos en las mismas condiciones, las mismas reglas y el mismo escenario.

A diario los colaboradores deben diligenciar la encuesta de vigilancia epidemiológica, tomarse la temperatura al ingreso y utilizar todos los EPP dentro de la clínica de acuerdo con el área en la que estén.

Nuestras metas institucionales

1. Garantizar que el área COVID-19 y el área libre de COVID-19 funcionen de manera totalmente independiente.
2. Mantener activos todos los servicios de la clínica, porque, una vez se puso en marcha el plan de reactivación, había muchos pacientes con enfermedades neurocardiovasculares represados. En junio empezaron nuevamente a asistir los pacientes, los que no habían querido consultar a finales de marzo, abril y una parte de mayo. Ya en julio tuvimos la clínica con más del 90% de ocupación.
3. Implementar y documentar los resultados de los Centros de Atención Clínica Integral (CACI). Esta es la estructura de la clínica para los casos de Síndrome Coronario Agudo, insuficiencia cardíaca, ACV y trasplante cardíaco.
4. Mejorar nuestro posicionamiento en redes sociales.
5. Habilitar y posicionar el servicio de telemedicina. Hemos venido trabajando mucho en la consulta virtual y en este momento estamos listos para habilitar la telemedicina. Consideramos que definitivamente esta llegó para quedarse. Trabajamos enviando permanentemente comunicación por las redes sociales a nuestros pacientes sobre todos nuestros servicios, garantizándoles la seguridad, dándoles confianza.
6. En las instalaciones de la clínica hacemos labores educativas dirigidas tanto al paciente como al acompañante o acudiente y al colaborador. Nosotros, al igual que todos los demás, tenemos restringidas las visitas.

Medidas de comunicación con los familiares

Uno de los aspectos más importantes que hemos implementado en DIME es el programa de comunicación con las familias, porque nos ha ayudado a mitigar el impacto de los problemas que surgieron en las redes sociales con los supuestos “carteles de la UCI” que se dieron en el país en mayo y que trajo agresiones contra las instituciones. La comunicación con la familia nos ha disminuido de una forma considerable las altas voluntarias. Durante estos cuatro meses no hemos tenido sino dos altas voluntarias.

Con este programa de comunicación lo que pretendemos es hacer la diferencia en la atención de los pacientes. Tratamos de ser cálidos y muy humanos, puesto que son pacientes que se sienten solos. Nos comunicamos



**MINERVA MEDICAL NO
DEJA DE APLAUDIR
A SUS HÉROES**

 [minervamedicaloficial](#)
 [minervamedicalco](#)
 [minervamedical.com.co](#)





Cortesía DIME

En DIME se ha involucrado a todo el personal en el desarrollo de la estrategia para atención de COVID-19

diariamente con los familiares. Esa comunicación está liderada por el especialista y coordinador de la sala, quien llama a los familiares y les informa sobre el estado de su ser querido. Les estamos enviando el resultado de la PCR por el correo institucional porque, recuerden, hubo un tiempo en el que la gente decía “mi paciente no tenía COVID-19 y ahora resulta que salieron con que tiene COVID-19 y se murió”. Con esto buscamos que la gente tenga sus resultados a la mano, para que estén informados y reducir este tipo de conflictos. El personal de enfermería realiza videollamadas a los familiares con muy buenos resultados emocionales para los pacientes.

Permitimos las visitas con un protocolo estricto cuando el especialista de sala lo considera necesario, tanto en los pacientes COVID-19 como No-COVID-19, (sobre todo si el paciente está deteriorándose). Cuando las cosas no van bien, un comité conformado por el especialista de sala COVID-19, el paliativista, la psicóloga y la trabajadora social son los encargados de comunicar esas noticias.

¿Qué hemos logrado?

- Estamos adelantando de manera óptima el control de los pacientes neurocardiovasculares, lo que se puede efectuar de forma virtual o presencial.
- No tenemos ningún caso de paciente infectado en la clínica (no infección cruzada).
- Establecimos un protocolo especial de comunicación con pacientes y familiar, como se explicó.

- Hemos incrementado la operación de los demás servicios para garantizar la sostenibilidad.

¿Nuestras mayores dificultades?

- La información sin control a través de las redes, lo que es muy difícil de manejar. Tener a la gente psicológicamente en buenas condiciones leyendo tanta información en las redes sociales es muy complejo, y más con tanta información falsa.
- La ansiedad de los colaboradores inicialmente fue crítica. Hubo una etapa en la que todo el mundo creía que se había contaminado de COVID-19, cuando ni siquiera estábamos atendiendo un volumen importante de pacientes. Nosotros, al mes de julio atendimos, 130 pacientes sospechosos, de los cuales 21 fueron positivos.
- Las incapacidades y los aislamientos de los colaboradores por los estudios sobre contacto estrecho.
- El manejo de tantos lineamientos. Unos son los lineamientos del Ministerio, otros los de la Secretaría de Salud y otros, distintos, los lineamientos de la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN). Teniendo en cuenta ese escenario, a veces es muy difícil tomar decisiones. Aparentemente, los lineamientos de la ACIN son los que vamos a seguir todos de aquí en adelante, porque ya lo está demostrando la literatura científica que así debe ser.

Estamos haciendo nuestro mejor esfuerzo. Es la primera pandemia a la que nos enfrentamos todos los que estamos en este momento en el servicio. Por eso hemos involucrado a todo el personal, porque, si a uno le cuentan, se le olvida; si a uno le enseñan, tal vez no lo recuerda; pero, si a uno lo involucran, sin duda, uno aprende.

Experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá en el diseño y preparación para la atención del SARS-CoV-2

Dr. Henry Mauricio Gallardo, MD

Director General

La Fundación Santa Fe de Bogotá es una entidad privada sin ánimo de lucro. Nuestro propósito fundamental es aportar positivamente al sector salud para alcanzar el bienestar de individuos y comunidades.

Contribuimos a la sociedad a través de servicios en salud por medio de nuestras 9 sedes ubicadas en Bogotá. En el mismo sentido, la institución ha contemplado la educación en salud y sus áreas afines como uno de los pilares fundamentales de su ejercicio, formando durante cerca de 30 años a más de 60 promociones, con más de 1500 médicos institucionales graduados de pregrado y posgrado, contando en la actualidad con alrededor de 1000 estudiantes por año en todos los ámbitos y brindando actualización mediante el área de Educación Continuada con más de 100 eventos anuales en más de 20 especialidades en salud. Trabajamos para garantizar la salud de la población colombiana y latinoamericana por medio de acciones individuales y colectivas simultáneas, y así cooperamos en

el mejoramiento de las condiciones de vida y desarrollo social.

Creemos firmemente que tenemos que generarle valor a la sociedad, valor entendido como un cuidado centrado en las personas; personas entendidas como nuestros colaboradores, sus familias y los pacientes, que son nuestra razón de ser, más las familias de estos, sus cuidadores y sus comunidades, que acompañamos y apoyamos. Tenemos esa capacidad de leer el entorno con juicio y poder dejar huella social.

Las siguientes son las conclusiones iniciales con las que empezamos a entender la pandemia a finales de febrero de este año 2020. Comprendimos muy rápidamente que:

1. La mayoría de las personas estaría bien.
2. Ningún país está preparado para las pandemias.
3. La capacidad del sistema de salud sería superada y se debía fortalecer.
4. Las medidas de aislamiento y distanciamiento físico solamente



Cortesía FSFB

Henry Mauricio Gallardo Lozano,
Director General Fundación Santa
Fe de Bogotá

“compran” tiempo. No hacen nada diferente a eso. Y ese tiempo bien utilizado significa prepararse. Todas las entidades que trabajan en el sector salud tenían (y siguen teniendo hoy) la obligación ética de prepararse.

5. El país debía balancear muy bien el impacto socioeconómico de las medidas de distanciamiento y aislamiento y debía evitar la separación y contrapunteo entre la salud y la economía. La salud alimenta positivamente la productividad y competitividad de los países y, a su vez, la economía fortalece la capacidad del sector de la salud.

Bajo esta lógica y con estas conclusiones preliminares, definimos como punto de partida esta premisa:

Es imperativo ayudar a mitigar el impacto de la pandemia en el país. Por lo tanto, la Fundación debe aumentar al máximo su capacidad de servir de manera integral y eficiente para contribuir al bienestar de las personas y de las comunidades.

A partir de lo anterior, armamos un plan de seis pilares con base en el cual hemos operado durante estos días de accionar:

Primer pilar: Proteger y cuidar integralmente al equipo de trabajo, y asegurar la disponibilidad requerida de sus

elementos de protección y sus condiciones de vida. Es fundamental cuidar a quienes cuidan.

Segundo pilar: Atención y servicio al paciente. Redefinimos y fortalecimos nuestro modelo de atención y servicio de pacientes. Mantenemos en paralelo la capacidad de servir en las demás enfermedades que se seguirán presentando.

Tercer pilar: Incrementar y garantizar inventarios, equipos y medicamentos, y tener más infraestructura de soporte.

Cuarto pilar: Protección de la sostenibilidad de la organización para el mediano plazo, al tratarse de una entidad sin ánimo de lucro.

Quinto pilar: Educación y comunicación interna y externa para los profesionales de la salud y para mitigar el impacto de la abundante y difusa información que circula.

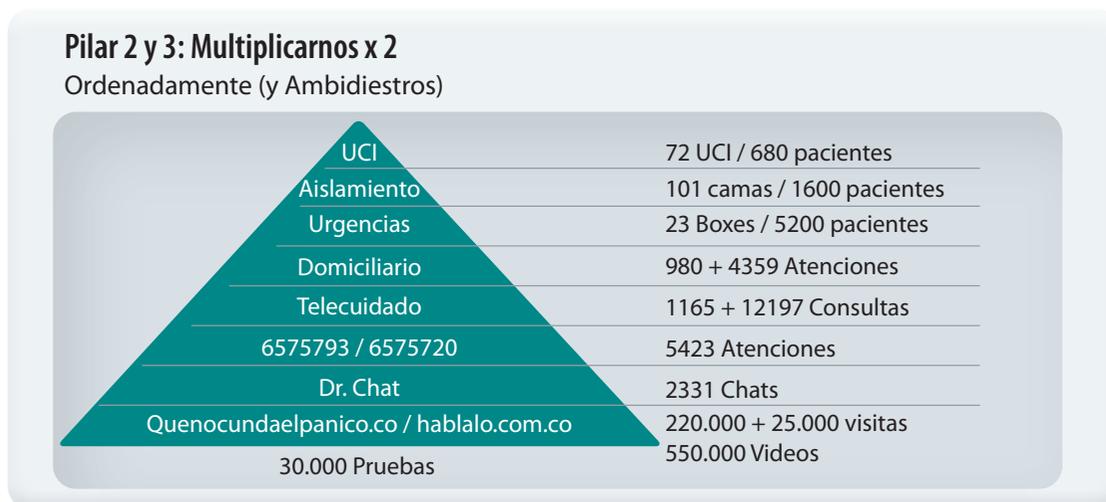
Sexto pilar: Hemos tomado la iniciativa de apoyar, colaborar y asesorar técnicamente a las entidades privadas y públicas que lo requieran, con especial énfasis en las autoridades nacionales y distritales.

Modelo de atención para la condición “Clínica Respiratoria”

Áreas	Capacidad actual	Proyectada	Complejidad	% Participación
UCI Adultos	20	122	244	36%
Intermedio Adultos	20			
Pediatría	31			
Aislados	0	83	440	64%
Habitaciones	251	216		
Otras áreas		64		
Hoteles		160		
Totales	322	684	684	100%

Este es un gráfico que describe cómo decidimos expandirnos. Nuestro objetivo se volvió

multiplicarnos por dos en lo hospitalario, pero multiplicarnos por muchas más veces en otros temas.



Elaboración FSFB.

Establecer una línea de cuidado respiratorio implicó generar, para la mayoría de la población que está y va a estar bien, unas plataformas digitales con información veraz y sustentada en evidencia, pero con lenguaje sencillo, de tal manera que la comunidad pueda comprender y acceder fácilmente a educación sustentada. Estas plataformas se han alimentado de las mismas preguntas y preocupaciones de los ciudadanos.

Una plataforma es www.quenocundaelpánico.co. Lo que hemos buscado con ella es que la gente conozca el riesgo y pueda manejar sus temores y angustias sobre la pandemia con información veraz, de forma que pueda alejar el miedo... El miedo es muy mal amigo del futuro. A la fecha de redacción de este texto, esta página web ha recibido más de 220 mil visitas.

La segunda plataforma es www.hablalo.com.co. Es una web de acceso gratuito dedicada a cuidar los asuntos de depresión y angustia de las personas. Ahí reciben asesoría y acompañamiento para manejar sus preocupaciones.

Sobre ambas plataformas creamos un sistema de chat. La Fundación Santa Fe tiene una marca registrada que se llama Doctor Chat®. Y esta herramienta permite resolver preguntas más elaboradas y el direccionamiento correcto hacia el servicio que requiere la persona. Esta línea la abrimos muy rápidamente, hacia la segunda semana de marzo.

Integradas con estas plataformas, a su vez, creamos un sistema paralelo de cuidado respiratorio específico, que ya teníamos preparado para otras condiciones, con servicios telefónicos, de telecuidado y servicio domiciliario.

Finalmente, sobre esta estructura de plataformas digitales gravitan urgencias, hospitalización de aislamiento y unidades de cuidados intensivos.

Pasamos ahora a dar algunos números en nuestro caso:

En camas de cuidado intensivo para adultos, principal requerimiento ante la crisis, aumentamos hasta 6 veces nuestra capacidad, pasando de 20 a 122. Teniendo en cuenta que en Bogotá actualmente hay 967 unidades de cuidados intensivos, con nuestro plan aumentamos en 11 por ciento la capacidad de la ciudad para atender casos críticos por la llegada de la COVID-19.



Cortesía FSFB

La FSFB afinó sus procesos de atención de COVID-19 con el desarrollo de simulacros, cuyos resultados ha compartido con otras entidades.

La pregunta que uno se hace cuando adelanta estos planes de expansión es muy compleja: “Todo ese plan que creamos en un escritorio y que plasmamos en Excel con el mejor criterio del equipo de trabajo, ¿funciona?”. Y la respuesta nuestra fue: “Pues hay que probarlo y retarlo”. Eso significó el desarrollo de simulacros, de los cuales hicimos tres. Y a partir de estos ejercicios se implementaron mejoras y ajustes progresivos, así como también se fortaleció la articulación entre todas las áreas. Lo que hicimos fue simular una condición clínica. El cuidado para una condición clínica tan delicada como la respiratoria implica una articulación inmensa en todas las áreas: cumplir con una logística diferente, crear inventarios adicionales, establecer entrenamientos, aislar pacientes, mejorar las capacidades de manejo de elementos de protección personal, etc. Además, implica estudiar y aplicar protocolos, no solamente médicos, sino también de todas las demás áreas. Es de anotar que los simulacros los hemos compartido a toda la ciudad y a otras entidades.

La Fundación Santa Fe de Bogotá está acreditada con excelencia a nivel nacional (Icontec) y como centro académico en el ámbito internacional (Joint Commission). Con base en estas acreditaciones ha certificado 12 centros de excelencia. Esos estándares nos sirvieron para evaluar nuestra condición de atención de enfermedades respiratorias. Sumado a ello, hemos adelantado progresivamente un proceso de autoevaluación que voluntariamente le reportamos a la JCI para que nos diera *feedback* sobre el proceso.

En urgencias, al igual que otras entidades, se ha instaurado una línea respiratoria específica con espacios dedicados. La mejor solución que encontramos fue separar totalmente los flujos de pacientes. Identificamos que era muy razonable optimizar y usar contenedores para esta atención de pacientes e hicimos una prueba piloto a mediados de marzo. Los 6 contenedores dispuestos para esta línea de atención tienen una estructura autónoma e independiente para manejar pacientes en condición respiratoria.

Como mencionábamos antes, el sexto pilar de nuestra estrategia ha sido la colaboración con el país y el sector. Consideramos que el país ha crecido en unas capacidades valiosas durante muchos años y que, por ende, podemos y necesitamos una colaboración proactiva entre todos en el sector. Para aportar en este proceso, la FSFB ha ejecutado múltiples actividades, entre ellas, compartir rápidamente nuestros estándares, participar en las evaluaciones de ventiladores y otras tecnologías necesarias, en las evaluaciones de los estándares que se deben seguir en cuidados intensivos, y en estrategias sobre cómo mantener los demás servicios abiertos al tiempo que se hace cuidado respiratorio. También hemos adelantado alianzas con instituciones que tienen acción local en diversas regiones del país, poniendo especial énfasis en la Costa Atlántica con el fin de mitigar el impacto del rápido contagio que se estaba presentando en esa región. Este trabajo al servicio del país nos hace sentir muy orgullosos porque de lo que se trata es que nuestras instituciones le sirvan a todo el país y no se limiten a sus cuatro paredes.

Diez puntos sobre el sector salud

1. Se ha dado una presión sin precedentes para los hospitales. Hay desconfianza y mucho

temor. La gente no quiere venir a los hospitales. Nos marcan con rojo en diferentes páginas web. En todas partes dicen que somos lugares peligrosos, y eso no es cierto. No hay lugares más seguros hoy en día que los hospitales, y las infecciones las venimos manejando desde siempre.

2. Aumento de la carga de la enfermedad de las personas que se aislaron y, por diversos motivos, no se ha facilitado el que se les brinde atención oportuna. Estamos viendo pacientes con un pronóstico alterado, algunos con sepsis por situaciones que requerían una cirugía sencilla y oportuna, algo que no veíamos desde hace años.
3. Baja ocupación de los servicios, con el correspondiente impacto financiero.
4. Un mayor costo por efecto de la necesidad de cuidar a nuestros equipos de trabajo y garantizar los inventarios necesarios. Costo que sin duda alguna seguiremos ejecutando para cuidar al máximo a nuestra gente.
5. Necesidad de aplicar planes de apoyo que hemos visto internacionalmente. Por ejemplo, en Estados Unidos se aprobó una legislación muy fuerte que se llama *Cares Act* que decidió, de manera decidida y agresiva, cuidar a los hospitales. Instituyeron un pago por disponibilidad. En nuestro caso, venimos batallando por ese pago por disponibilidad para que las unidades de cuidados intensivos puedan sostenerse en el tiempo para atender a la comunidad.
6. El sector demostró todas sus debilidades en este momento de tensión; especialmente, una incapacidad profunda para hacer promoción y prevención efectiva.

Compartimos nuestras buenas prácticas con entidades públicas y privadas con el objetivo de ayudar en la transferencia bidireccional de conocimiento para maximizar el cuidado de todos en el país.

7. Es preocupante el descuido que vimos en algunos actores del sector de su función fundamental. La legitimidad de esas entidades quedará en duda.
8. Son alarmantes las diferencias en la institucionalidad en distintos municipios, capitales y departamentos del país: algunos muy limitados y otros muy potentes. Hay que pensar cómo se da solución a esa capacidad para que se disminuyan brechas y mejore la equidad desde la respuesta sanitaria.
9. Es preocupante la escasa tecnología y la limitada transformación digital. En este aspecto ha sido frecuente escuchar acerca de la necesidad de ventiladores, por ejemplo, pero esto realmente no es lo único. El tema de las pandemias no desaparece, sino que, por el contrario, se repite y se queda. Resolver la limitada transformación digital será fundamental para afrontar el futuro.
10. Compartimos nuestras buenas prácticas con entidades públicas y privadas con el objetivo de ayudar en la transferencia bidireccional de conocimiento para maximizar el cuidado de todos en el país.

Algunos desafíos para el futuro

En el caso de la FSFB, uno de los retos es definir cómo actuar en el futuro. Nuestra invitación a las demás entidades es a que se unan al siguiente plan soportado en cuatro cimientos, que compartimos de manera totalmente abierta.

La primera de las cuatro "R" de nuestro plan es "Recuperarse". Nosotros creemos que las entidades dedicadas



De portada

a la salud tienen que preocuparse por recuperarse, por salir de esto y tratar de tener lo que tenían antes, ojalá en una escala superior.

Creemos que es indispensable fortalecer el rol económico y social de los hospitales. Nosotros somos unos agentes fundamentales para la sociedad. Somos fundamentales para que el país sea más competitivo, para que sea productivo, para que sea mejor y para que la gente esté sana.

Tenemos que apalancar la cultura de orgullo, compromiso y experiencia que se ha generado en esta época. En nuestro caso, la gente vive orgullosa y comprometida, se siente protegida. Obviamente hay presión, pero al mismo tiempo estamos totalmente al servicio para atender esta situación.

Tenemos que dar saltos cuánticos en la forma como la gente accede a los servicios de la salud. Debemos continuar transformándonos digitalmente y avanzar aún más en el tema de *big data* e inteligencia artificial. En la FSFB ya llevamos un buen tiempo trabajando en ese proceso.

La segunda “R” que nos planteamos es “**Reimaginar**”: ¿Cómo será este nuevo escenario y qué cambia? ¿En qué nos debemos reinventar? En este aspecto tenemos varios retos: más confianza y relacionamiento con los ciudadanos, educación digital y presencial, y continuar volcándonos hacia nuestro trabajo poblacional, uno de los desafíos más importantes en general.

La tercera “R” es “**Replicar**”. Nosotros creemos que podemos amplificar el impacto de nuestra entidad. De cara a los proyectos futuros, repetiremos lo que hemos hecho bien y estamos aprendiendo de los errores. Creemos que estar centrados en las personas, digitalmente integrados y generando valor con alta flexibilidad va a ser esencial a futuro.

Y la cuarta “R” consiste en que estamos planteando cosas para “**Reformar**”. Hay partes del sistema que, por supuesto, ya se reformaron. Se han aprobado más de 120

normas en el sector. No obstante, hay cosas a nivel sectorial para las que, de manera propositiva, vamos a tener que buscar su reforma y sus ajustes. Consideramos que el sistema hospitalario tiene que liderar cambios en los incentivos del sistema y, con efectividad, mejorar el acceso equitativo y de calidad a toda la población.

La transparencia sectorial y la claridad de roles y funciones son fundamentales, así como lo es tener datos reales de desenlaces clínicos.

Por último, los modelos de financiación hay que fortalecerlos. Hay que estabilizarlos. No puede ser que estos cambien de un día para otro, de acuerdo con quién considere debe transferir el riesgo.

Conclusiones:

- Nosotros estamos parados en nuestras certidumbres. Hay muchas certidumbres. Cada vez hay menos incertidumbres. Queremos ser muy propositivos con el futuro. Nuestro plan de acción es fuerte. Lo hemos construido con seriedad y es lo que le ofrecemos al país.
- Creemos que tenemos que reconstruir la confianza de la sociedad en el sistema de salud.
- Vivimos en un modo que hemos llamado la “felicidad paradójica”: somos cientos de personas sirviendo a personas.
- Somos felices de estar retados todos los días y de tener la capacidad de adaptarnos. Confiamos en que debemos mantenernos muy proactivos para ejercer un liderazgo colectivo sectorial, con el fin de garantizar que salimos de esta muy bien parados y dando ejemplo a la sociedad en general. 

Laura y Camilo disfrutan de una vida sexual plena. Con Profamilia aprendieron cómo hacerlo de forma segura.

Las historias de millones de colombianos le dan sentido a la nuestra.

55 Años. Hechos de historias.

profamilia.org.co

línea nacional 01 8000 110 900

Profamilia



COVID-19 en pocas palabras



Juan Carlos
Giraldo Valencia¹

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, la sociedad global ha visto cómo muchos conceptos, instituciones y conocimientos se han sometido a una extraordinaria presión. Ello ya desencadena evoluciones y replanteamientos que, muy probablemente, se quedarán como piezas fundamentales de las nuevas formas de hacer las cosas en el presente y en el futuro inmediato. A continuación, se plantean algunos aspectos, resumidos como palabras clave, que ilustran algunos de los más destacados asuntos a observar.

PRIORIDAD

Desde el principio del 2020, ha sido claro cómo el discurso de los gobiernos y la agenda de las sociedades súbitamente empezó a tener como centro a la pandemia, a los sistemas de salud, a la terapéutica, a la epidemiología y a la salud pública.

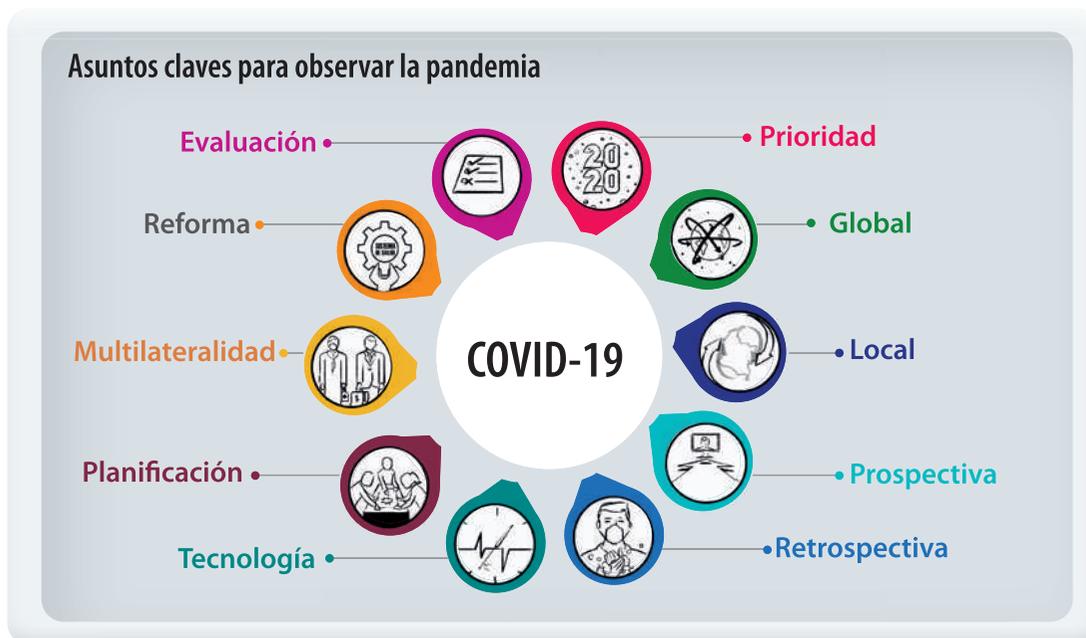
Un ejercicio de comparación global nos muestra cómo los tradicionales indicadores económicos, que habían dominado la vida pública de las últimas décadas, cedieron su espacio a indicadores provenientes de nuestra técnica sectorial. Número de casos, número de pruebas diagnósticas,

tasas de letalidad, índices de diseminación, cifras de recuperados, números de camas de cuidado intensivo, porcentajes de ocupación, porcentajes de disponibilidad, entre muchos otros, hoy parecen ser indicadores más importantes que las tasas representativas del mercado, las tasas de desempleo o los precios de las *commodities* más sensibles para cada uno de los países.

Y así como esos indicadores son los que conforman la primera página de las noticias, el mundo ha visto cómo las siguientes páginas, que es donde se dan los debates, también son muy semejantes en distintas latitudes. Hablar de confinamiento o de aislamiento social y físico y de cierre y apertura de fronteras es una constante que va y viene en nuestro país y en otras regiones. De igual manera, ha sido centro de discusión la escasez de los elementos de protección personal, la adquisición de ventiladores, la necesidad de estudiar formas alternas para financiar hospitales a la mitad de su capacidad, el dilema economía vs la salud, los estados de excepción y la restricción a las libertades individuales, entre muchos otros asuntos.

Que la actualidad se volvió simétrica, es un hecho, y que la agenda

¹ Director General Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).



de preocupaciones es muy parecida en todo el mundo, también lo es. Debe destacarse que los sistemas de salud súbitamente recuperaron su protagonismo y le recordaron a gobiernos y poblaciones la importancia que tienen. Queja constante ha sido que la salud siempre esta relegada a las últimas páginas de los programas de gobierno; pues bien, en esta ocasión la mala noticia de la pandemia empieza a servir para reubicar a los sistemas de salud como factor crucial de supervivencia de las sociedades y al sector hospitalario como activo estratégico sanitario, pero también como un valor central de la seguridad de los países.

GLOBAL

Durante las últimas décadas, la humanidad ha dedicado grandes esfuerzos para desarrollar un *bien superior* y esquivo, que es la globalización. Y si bien el concepto al interior trata de ser totalizante, la verdad es que los grandes énfasis se han puesto pensando en el comercio, la economía, las finanzas; en una palabra, en el dinero.

Lo que hasta el momento nos muestra la COVID-19 es que también era factible —y deseable— la globalización de la salud. Pero, con el avance de la pandemia, lo que empieza a ser evidente es que lo que se ha logrado es una completa globalización patológica. Todas las regiones del mundo, en mayor o menor medida, están siendo afectadas por la enfermedad, y dentro de ellos ciertas poblaciones, con mayores vulnerabilidades, se están llevando la peor parte.

Asociado a lo anterior debe observarse el impacto que esto va teniendo en la lucha contra la desigualdad. Esta pandemia hará retroceder décadas lo hasta ahora alcanzado porque afecta a los más vulnerables —una obviedad—, pero también porque, en la búsqueda de remedios globales, el concepto falló y lo que se generó fue una auténtica guerra comercial entre países. Los productores, los generadores de ideas y los más ricos, de todas las formas imaginables, ejercieron sus poderes para tratar de acaparar la mayor parte posible de dotaciones, equipos, medicamentos, pruebas o elementos de protección, en detrimento de países ubicados en otros percentiles o en bloques menos potentes. Hay excepciones notables a lo anterior, algunas misiones humanitarias, donaciones, transmisión de conocimiento y

La clave del éxito será aceptar, por un lado, la validez de lo que la *máquina del tiempo* nos trajo del futuro, pero, por el otro lado, poderlo combinar y asimilar con los métodos —desarrollados a lo largo de siglos— que nos han traído hasta acá.

dotación, pero esas generosidades fueron brotes.

La globalización ha fallado y las instituciones creadas para tratar de predecir o enfrentar los choques externos hasta ahora se han quedado cortas en su capacidad para influenciar un comportamiento de especie ante el desastre menos egoísta y, si se quiere, más altruista.

Se ha pensado que, habiendo superado en muchos países el primer golpe de la pandemia (la primera ola y el primer rebrote), estaríamos más cerca de una actuación global más sensata. Sin embargo, al analizar lo que viene sucediendo en la discusión sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2, no es mucha la esperanza de un cambio próximo. La política y la economía juegan a la globalización, y no lo logran. La globalización patológica que nos llegó debería obligar a un cambio de la humanidad. Ya ha quedado claro que los choques externos económicos se pueden enfrentar y paliar, no así los choques externos en salud. Seis meses de

pandemia han puesto de cabeza el supuesto orden global que existía.

LOCAL

Este concepto se relaciona íntimamente —por defecto— con el anterior. Es una palabra desdeñada que se tiene que revisar y actualizar. La historia reciente muestra que *lo local* se le ha entregado en gran medida al funcionamiento de los mercados y estos, especialmente los sanitarios, creyeron a ciegas en la globalización. Lo que hoy nos demuestra la COVID-19 es que no desarrollamos de manera suficiente ni mantuvimos, protegimos e incentivamos las capacidades locales y, por eso, y rápidamente, ante el aumento de demanda de insumos y bienes necesarios para enfrentar la pandemia, no tuvimos las respuestas completas y el desabastecimiento llegó, con sus correlativos brotes de acaparamiento y especulación. Los ejemplos son múltiples, algunos más evidentes que otros, pero dos fueron especialmente visibles en Colombia: la escasez de elementos de protección personal y la insuficiente dotación de ventiladores.

Es el momento para llamar a la acción a la industria sanitaria local y a los gremios de la producción nacionales y por supuesto al Gobierno con medidas de incentivo y protección de la industria local. Si esta lección se aprendió, se tiene que enmendar el presente con una campaña de

abastecimiento local, con una reconversión que permita aprovisionar una reserva estratégica sectorial que nos proteja ante los siguientes choques sanitarios.

La soberanía sanitaria de un país no se garantiza acudiendo a la globalización, a los mercados foráneos. La COVID-19 mostró que es un error abandonar lo local, pues cuando todos los países atraviesan por las mismas dificultades, nadie va a ayudar desde afuera, y, por ende, la única respuesta está adentro.

PROSPECTIVA

Respecto al modelo de atención sanitario, la COVID-19 está teniendo un efecto de *máquina del tiempo*. En dirección prospectiva, se “ha encargado” de demostrar la utilidad y sobre todo la validez inmediata de métodos que se consideraba factible que llegaran, pero en un mediano plazo; específicamente, el viraje a la atención domiciliaria para ciertas patologías, en especial las crónicas; al mayor volumen de lo ambulatorio y a la incorporación con más vigor de algunos elementos de la telemedicina. Ninguna de estas herramientas es nueva, pero la fuerza de las circunstancias súbitamente las ha traído a la operación ordinaria del sistema de salud.

Termina la COVID-19 venciendo la resistencia al cambio de muchos dirigentes, que creían que a esto solo se llegaría después de agotar el modelo tradicional. No sobra recordar que, en nuestra agenda de transformación institucional denominada “Hospital 360°”, ya se venía mostrando una senda de cambios, compuesta por los ejemplos que se refieren y una decena más de alternativas de gestión. Parte de esa agenda hoy ha llegado desde el futuro.

Sin embargo, como momento inicial o análisis de coyuntura, esto, que parece positivo, tendrá que necesariamente incorporarse de manera adecuada. No todo se podrá resolver con atención en las casas, ni mucho menos todas las atenciones serán eficaces de manera remota, máxime cuando aún tenemos dificultades de acceso a la tecnología en algunas zonas del país y no se ha hecho una debida campaña de educación a los usuarios. La clave del éxito será aceptar, por un lado, la validez de lo que la *máquina del tiempo* nos trajo del futuro, pero, por el otro lado, poderlo combinar y asimilar con los métodos —desarrollados a lo largo de siglos— que nos han traído hasta acá.



EDITORIAL MEDICA panamericana
SIEMPRE CONECTADOS CON LA SALUD

Los mejores contenidos en Ciencias de la Salud

¡ENCUENTRA EL MEJOR CONTENIDO YA!

Presentamos una revolucionaria propuesta para tu formación profesional

- LIBROS & EBOOKS
- CURSOS ON-LINE 100% ON LINE
- PROGRAMAS DE ACTUALIZACIÓN MÉDICA 100% ON LINE
- EXPERTOS UNIVERSITARIOS 100% ON LINE
- MÁSTERS UNIVERSITARIOS 100% ON LINE
- PROGRAMA PARA LA PREPARACIÓN EXAMEN MIR - ESPAÑA 100% ON LINE

Aprovecha el **10% de descuento** en todos nuestros productos usando el código promocional: **ACHC10**

Ingresa en:
WWW.MEDICAPANAMERICANA.COM

Cra 7a. A N° 69 - 19 Bogotá D.C. - Colombia, Tel. 317 5230075 - 345 4508
mercadeomp@medicapamericana.com.co
www.medicapanamericana.com



RETROSPECTIVA

El concepto *máquina del tiempo* quedaría incompleto si no pudiera traer el pasado al presente. En la pandemia esa ha sido otra de las circunstancias a destacar. Durante décadas algunos sistemas de salud han evolucionado a un desarrollo de muy lujosos aparatos asistenciales, basados en alta complejidad, gran especialización y procesos asistenciales cada vez más elaborados. En esos sistemas hablar de promoción y prevención, de medicina preventiva, de salud pública, parecía un anacronismo. Pues bien, la COVID-19 está demostrando que la atención primaria en salud indudablemente es la base de cualquier sistema de salud sano. El lenguaje de hoy así lo demuestra: estamos hablando de búsqueda de contactos, cercos sanitarios, tamizajes, medidas de higiene básicas, distanciamiento social, cuarentenas, entre muchos otros conceptos, todos ellos capítulos constantes de los manuales clásicos de salud pública.

La atención primaria en salud (APS), un concepto despreciado por muchos, fue traído al presente por esta coyuntura, y sin lugar a duda nuevamente demuestra su valor estratégico y su utilidad práctica. A pesar de los desenlaces fatales que ha traído esta enfermedad, son muchas las vidas que se han podido salvar con la intervención de hospitales, clínicas, prestadores de salud y equipos asistenciales. Pero en términos de colectividad es mucho mayor el impacto que se viene logrando a través de las sencillas medidas de evitación y advertencia que integran el núcleo de la APS. Educación, fomento, promoción, prevención (en todas sus fases) hoy llegan del pasado y están más vivas y son más útiles que nunca.

TECNOLOGÍA

Los sistemas de salud han encontrado que, con respecto a la tecnología, la clave es el balance entre sus diferentes niveles. El descubrimiento es que no hay tecnología de primera o de quinta categoría: a la hora de enfrentar la pandemia, todo es necesario. Pero esto no era tan evi-

dente al principio de esta época. Muchos tomadores de decisiones creyeron que el éxito se conseguiría solamente eliminando el atraso en la dotación de equipos en la alta complejidad hospitalaria y echando a andar más unidades de cuidado intensivo. Con el paso de los días se hizo evidente que la ausencia de dispositivos o elementos de tecnología básica, como guantes, caretas o máscaras, haría inviable cualquier tipo de operación a mayor escala de los servicios.

De igual manera, con la COVID-19 se ha recordado que hay técnicas ancestrales que literalmente salvan más vidas que los sistemas y aparatos más sofisticados. El ejemplo es, hoy, verdad de a puño: el lavado de manos, base de cualquier esquema de higiene y seguridad, emerge nuevamente como tecnología salvavidas y compite estrechamente el primer lugar con las máscaras. Colateralmente, este virus sirvió como refuerzo y mecanismo de adherencia de todo nuestro personal al lavado adecuado de manos y sirvió para arrancar una campaña universal que, si logra convertirse en cambio de cultura, dará réditos a futuro en la prevención de infinidad de patologías. Cara y sello de una calamidad.

Y no debe quedarse afuera una reflexión dentro de este mismo concepto, que tiene que ver con otro paradigma de la buena tecnología sanitaria: la vacuna. Todos los movimientos que preconizan la inutilidad o, peor aún, el peligro de las vacunas, pues aquí tienen una tremenda prueba piloto, con resultados contundentes, de cómo sería un mundo sin vacunas. En este tipo de aspectos no podemos dudar que la tecnología sí es imprescindible y se debe avanzar a una respuesta rápida, coordinada y ojalá también prospectiva, de manera

que, cuando llegue la próxima pandemia, ya tengamos avances genéricos para enfrentarla.

PLANIFICACIÓN

La avalancha de sucesos que desencadenó la pandemia ha obligado a todas las instancias que la enfrentan a reaccionar de la mejor manera posible. Desde el alto Gobierno, pasando por las autoridades regionales, hospitales y clínicas, y de ahí al recurso humano, se ha tenido que tomar decisiones con la información disponible y con la mejor intención de acierto. Y si bien aún se avanza en medio de una casuística creciente en muchas partes del país, la mayoría de las acciones que se han emprendido tienen resultados positivos o los desenlaces no han sido tan graves como se había estimado en los escenarios iniciales.

Aumento notable de oferta de servicios especializados, habilitación de numerosos laboratorios, crecimientos en capacidades diagnósticas, por citar unos ejemplos, se dieron en periodos temporales muy cortos. Los tradicionales y lentos procesos de diseño, presupuestación, aprobación, interventoría, etc., se tuvieron que acelerar para resolver una situación que amenaza con hacer colapsar las estructuras del sistema de salud, del Gobierno y de la sociedad. Las entidades públicas y privadas (hablando de hospitales) se juntaron y trabajaron en red; las entidades territoriales asumieron transitoriamente el control

Son muchas las evidencias que demuestran que las instituciones hospitalarias entendieron el momento y rápidamente hicieron adecuaciones de toda índole para actuar a favor de la gran cantidad de enfermos que empezaron a acudir a los servicios.

administrativo sobre servicios de algunas instituciones privadas, sin dañarlas ni expropiarlas; presupuestos de emergencia han sido dispuestos y se crearon apoyos para mantener capacidades disponibles en las entidades hospitalarias; y todo esto sin mediar los que ya eran tradicionales esquemas de planificación lentos, abstrusos, teóricos, que arrojaban frecuentemente conceptos negativos para muchos de los proyectos.

La teoría general de proyectos reza que cada paso en la formulación de proyectos es una compra de certidumbre. Pues bien, lo que estamos viendo ahora no contradice ese principio. Simplemente nos hace entender que las metodologías o las modas administrativas no pueden estar por encima del objetivo de la planificación, que es ayudar a encontrar las mejores alternativas disponibles para satisfacer las necesidades reales de la sociedad. Queda esta enseñanza para el futuro: se puede planificar adecuadamente y decidir lo mejor posible, pero eso no debe ser un proceso eterno. La obsesión por la exce-



La Organización Mundial de la Salud tiene que reinventar algunas de sus funciones, pues, si bien es el referente de autoridad sanitaria mundial, debería aspirar a expedir órdenes vinculantes para los países en momentos de alerta global como el que afrontamos.

lencia en los datos es loable, pero la lógica diría que lo que se debería conseguir es la excelencia en las decisiones con los datos que estén disponibles.

MULTILATERALIDAD

Si bien la globalización ha sido inferior al reto y lo local tampoco lo ha hecho mejor, la humanidad no puede abandonar el intento de trabajar en búsqueda de una respuesta coordinada como especie. La diplomacia sanitaria también ha estado bajo prueba en esta época y los organismos del sistema de Naciones Unidas han respondido de una manera decorosa, aunque no exenta de críticas y "oportunidades de mejora". La Organización Mundial de la Salud tiene que reinventar algunas de sus funciones, pues, si bien es el referente de autoridad sanitaria mundial, debería aspirar a expedir órdenes vinculantes para los países en momentos de alerta global como el que afrontamos. Las noticias de muchas partes del mundo no son alentadoras. Es inaudito observar negacionismos en estos momentos, pero, aún peor, incomprensible el debate sobre una vacuna, movido no solo por el conocimiento técnico y científico, sino por los rumores de pugna comercial o política. La OMS, con su credibilidad, debería ser árbitro y autoridad de cierre.

De otra parte, lo multilateral en salud debería utilizar herramientas empleadas por otros organismos, como el

Fondo Monetario Internacional. Las líneas de crédito de emergencia que dispone esa entidad para los choques externos de la economía también deberían estar disponibles en la OMS para los choques externos patológicos como el que enfrentamos actualmente.

EVALUACIÓN

En los últimos meses el sistema de salud ha sido casi que obligado a pasar al tablero. Podemos afirmar que estamos siendo examinados en la actitud, en la respuesta, en los procesos y en los resultados que vamos consiguiendo, como sistema (integralmente) y como actores (individualmente).

Un examen sorpresivo, pero pertinente. Desde los hospitales se puede afirmar que ha existido reacción, adaptación y respuesta. Son muchas las evidencias que demuestran que las instituciones entendieron el momento y rápidamente hicieron adecuaciones de toda índole para actuar a favor de la gran cantidad de enfermos que empezaron a acudir a los servicios. Cambios en estructura e infraestructura, protecciones extendidas al personal, modificación de modelos de atención y protocolos, ampliaciones de planta de personal, entre muchas otras gestiones, se pueden destacar; todo con el objetivo de no ser inferiores al reto, de preparar los servicios para enfrentar el tsunami patológico que todavía atendemos.

Nuestra institucionalidad hospitalaria ha estado a la altura de la situación. Sin duda, los sistemas de salud en general no estaban preparados para atender una pandemia, pero en nuestro país, podemos afirmar que las Instituciones hospitalarias han respondido: las puertas han estado abiertas, los usuarios se han atendido sin miramientos o limitaciones

a relaciones contractuales con las entidades a las que se encuentran afiliados, inclusive ante la falta de pago oportuno de las atenciones, el factor determinante y la ruta de atención la ha marcado, la necesidad de los pacientes y la respuesta oportuna a sus requerimientos de salud.

Ante la alerta, los hospitales liberaron capacidades en una muy difícil primera fase de expansión interna; ante la crisis —de la mano con el Gobierno nacional y algunos locales— avanzaron a la expansión externa, ampliando la capacidad existente; y ante la eventual llegada del desastre de una capacidad disponible copada, diseñaron y habilitaron una discreta “fase última” de reexpansión interna. El mediador natural de las atenciones ha denotado que no es en la IPS en donde el usuario ha encontrado barreras o limitaciones en su atención. Juzgará la población y las autoridades, pero el sector hospitalario dio el paso al frente con su talento humano y actuó como todos esperaban que así lo hiciera.

Esa misma evaluación se debe hacer a los demás actores del sistema. Se puede afirmar que el Gobierno nacional ha conducido una respuesta coordinada y basada en el conocimiento científico, en la tecnología disponible y con los recursos existentes. Aún es prematuro dar un juicio rotundo, pero se avanza y hay opciones de corregir algunos rumbos y mantener otros. Sobre los gobiernos locales hay opiniones divididas, aunque la buena fe en las actuaciones parece ser el común denominador, así las formas y los métodos no sean fáciles de unificar. Se verán los resultados regionales y ahí se podrá dar un veredicto. Respecto de sociedades científicas y talento humano en general también se pueden encontrar elementos claros para afirmar, desde ya, que se ha venido dando una intervención seria, profesional,

comprometida y ética. De eso da fe la inmensa cantidad de pacientes atendidos y recuperados.

Hay otros actores que deben evaluarse a profundidad: aquellos que han tenido que ser “aconductados” a decreto limpio – y aun así no han respondido –, todos los que dicen que hacen sin que se vean los impactos, o aquellos que han aprovechado el estado de calamidad para seguir en prácticas egoístas, tienen que ser expuestos y sometidos a escrutinio. A propósito del sentido de humanidad que tanto se pregona y anhela en estas situaciones, ha resultado por decir lo menos, desconcertante, que primen en algunos casos, la conveniencia contractual o financiera y que las necesidades de la población estén en un segundo plano o que el resultado del ejercicio contable sea el que marque la ruta a seguir.



XOMA integra la funcionalidad de TELECONSULTA EN TIEMPO REAL, asegurando que la relación médico - paciente sea segura, completa y perfectamente privada. Toda la información relativa al material durante la consulta virtual, se integra al expediente clínico del paciente; dando cumplimiento a la Ley, con pleno valor jurídico, preservando la confidencialidad, y protección de datos. Con la TELECONSULTA XOMA, las instituciones de salud se descongestionan, los profesionales dan lo mejor de sí, protegiendo su integridad y optimizando su atención.

Ahora es posible
ADMINISTRAR
Hospitales y Clínicas
CON UN COSTO
FIJO MENSUAL.

Llámanos.

Daniel Hernández Báez
Presidente
+57 314 410 4360

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

Xoma
La Solución en salud que vive... y deja vivir.®

Más temprano que tarde la evaluación arrojará resultados. Aquí se va a saber si los gobiernos, los aseguradores de salud y laborales, los hospitales, el talento humano, la industria y todos los eslabones son útiles o inútiles en el sistema. Indudablemente, los que hayan demostrado que agregan valor y son útiles, podrán seguir al siguiente sistema; los que sean pasivos, inútiles o apáticos, van a desaparecer de los sistemas de salud que vendrán después.

REFORMA

De la evaluación anterior derivarán decisiones. Es probable que la COVID-19 pase a la historia no solo como lo que es en la superficie. Tal vez sea recordada como un gran motivo reformador de los sistemas de salud en el mundo. La COVID-19 precipitó la crisis, confrontó los paradigmas y agitó las estructuras. Los sistemas de salud en nuestros países no van a ser iguales después de esta pandemia y se van a tener que reformular para poder enfrentar las secuelas que nos quedarán y las siguientes oleadas patológicas, emergentes y reemergentes.

Los sistemas de salud inmediatos deben ser: más resolutivos, centrados en resultados; más sencillos, con estructuras más delgadas y con los agentes imprescindibles; más automáticos, con transacciones mínimas y transparentes; más equilibrados, con las tecnologías en sus justas proporciones; más prevencionistas, activos, flexibles; y que estén diseñados tanto para enfrentar lo cotidiano, como también estos enormes retos.

De este momento de crisis se tiene que salir con la convicción que no podemos seguir actuando igual. **En salud, la nueva normalidad no puede ser igual a la vieja anormalidad.**

P.D.: Aparte de todo lo mencionado, también hay una reforma —“nueva forma”— de la actuación humana. Se ve llegar el cambio etnográfico: la manera de relacionarse, de viajar, estudiar, convivir, crear nexos, familias y sociedades. Esto es un cambio que todavía no se alcanza a entender, pero basta observar actos humanos tan sencillos de contacto físico, como un saludo, para dimensionar la profundidad del concepto “reforma”. ■



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

www.achc.org.co

La pandemia aumentó las barreras de acceso al sistema de salud para los pacientes

Con la inesperada llegada de la COVID-19 al mundo, los pacientes, al igual que los demás agentes del sistema de salud, se han enfrentado a cambios en la atención en salud. Las medidas de emergencia tomadas por las autoridades para contener el avance del virus, la incertidumbre, los procesos adoptados por diferentes entidades con las que deben interactuar para recibir

la atención, la sobreinformación y las dificultades de orden económico, en muchos casos, han hecho más crítica y difícil la ruta para recibir atención.

Hospitalaria dialogó con los representantes de los pacientes para conocer cómo les ha ido con el sistema de salud y sus agentes en la pandemia y de acuerdo con su experiencia hacia dónde debe avanzar el sistema de salud colombiano.

Néstor Álvarez Lara

Director Organización Pacientes de Alto Costo

A su juicio, ¿cómo le ha respondido el sistema de salud a los usuarios en esta época de pandemia?

Por nuestra experiencia de los pacientes de alto costo con la pandemia por COVID-19, el sistema de salud colombiano retrocedió en la garantía del derecho a la salud porque dejó a muchos pacientes totalmente abandonados, especialmente los de patologías crónicas. La normatividad establecida para la cuarentena impidió que muchas personas fueran a los hospitales y, al quedarse en sus casas, muchos empeoraron su estado de salud y en algunos casos fallecieron.

Consideramos que especialmente las EPS no han logrado adaptarse a

los cambios que trajo la pandemia y mantienen las barreras administrativas a los usuarios, y eso ha sido un problema grave. Desde el punto de vista de las IPS, las mismas orientaciones del Ministerio de Salud hicieron cerrar muchos servicios y entonces los pacientes quedaron abandonados.

Con las fortalezas o debilidades que ha identificado del sistema de salud, ¿hacia dónde se debe avanzar?

La falta de experiencia en el manejo de una pandemia llevó a cometer muchos errores porque se descuidaron las demás patologías. Faltó que todos los agentes del sistema



▼
Néstor Álvarez Lara,
Director Organización
Pacientes de Alto Costo

El sistema tiene que disminuir las barreras administrativas, que con la pandemia se volvieron aún más críticas y cada vez es más difícil obtener las autorizaciones y remisiones para los tratamientos.

trabajaran más en equipo para evitar que se paralizaran las atenciones diferentes a la del COVID-19 y que los pacientes hubieran podido continuar con los tratamientos.

Ahora se ha acudido a la teleconsulta, con mala calidad de la atención porque al paciente no se le toman signos vitales. La mayoría no tiene los recursos para comprar el instrumento para medir su tensión arterial, su presión sanguínea, su oxígeno y esto hace que muchos aislados vean empeorar sus problemas de salud.

El sistema tiene que disminuir las barreras administrativas, que con la pandemia se volvieron aún más críticas y cada vez es más difícil obtener las autorizaciones y remisiones para los tratamientos. Ha sido muy difícil para algunos usuarios acceder a medios virtuales y las EPS no han desarrollado estos canales de la mejor forma. De hecho, los *call centers* son poco prácticos y efectivos.

El sistema se debe enfocar en mejorar la comunicación entre las EPS e IPS de todos los niveles y todos los usuarios. Por ejemplo, en algunos hospitales se generaron dificultades

a los usuarios al no permitir el acompañamiento en urgencias y no contar con canales de información más efectivos para los pacientes hospitalizados no-COVID-19. Las trabajadoras sociales y las psicólogas han sido una gran falencia en el sistema de salud en todas las épocas, y ahora en esta de COVID-19 se ha notado más. Eso se debe implementar y mejorar tanto en EPS como en IPS.

En la prestación de servicios de salud, ¿qué se debe cambiar o fortalecer?

La atención primaria en salud debe ser una realidad porque, aunque está establecida por ley, no se cumple. Se requiere una caracterización adecuada de la población y un sistema de información único que permita identificar la población vulnerable, tanto por patología como por condición económica, social, emocional y mental, es decir, que permita tomar las mejores decisiones. Si esto lo hubiéramos tenido con la pandemia, se hubiese generado una priorización o atención diferencial para los pacientes de acuerdo con su patología e incluso para acceder a ayudas económicas.

De otro lado, se requiere desarrollar de manera adecuada y completa la telemedicina y la teleconsulta; brindar más educación a los pacientes para que comprendan cuándo es necesario o no asistir a los servicios de salud; dar mayor tiempo en la consulta para mejorar la calidad de la atención; y mejorar el sistema de información.

Dennis Honorio Silva

Director Pacientes Colombia

A su juicio, ¿cómo le ha respondido el sistema de salud a los usuarios en esta época de pandemia?

Definitivamente el sistema no les supo responder a los usuarios en esta pandemia. En los meses de marzo, abril y mayo fue nula la prestación de los servicios para las patologías diferentes al COVID-19. En junio y julio algo mejoró, pero definitivamente las barreras se han incrementado notoriamente.

Con las fortalezas o debilidades que ha identificado del sistema de salud, ¿hacia dónde se debe avanzar?

La debilidad del Sistema de Salud está en el acceso, en la falta de control y en que el Gobierno delegó la rectoría del sistema a manos de terceros que nadie controla. ¿Para dónde se debe dirigir el sistema? Debe ir hacia la dignificación del acto médico, a definir el rol de los actores, a la humanización de la salud y a centrar el sistema no en el negocio sino en los pacientes; que sean la razón de ser del sistema. El sistema no aguanta un proyecto de ley más que le ponga paños de agua tibia a un problema tan serio como el que tiene la salud de Colombia. Se requiere una transformación, no de forma, sino de fondo.

En la prestación de servicios de salud, ¿qué se debe cambiar o fortalecer?

Debe cambiar el modelo. El aseguramiento privado no es malo como tal, lo malo es la perversidad que tiene un sistema tan complejo como el nuestro con más de 40 EPS, miles de IPS, una deuda de más de 40 billones de pesos, ciudadanos que le hacen trampa al sistema, médicos que no tiene ninguna orientación, IPS con carteras crecientes y EPS como las dueñas de los recursos de la salud haciendo el negocio. Definitivamente, creemos que el sistema tiene que transformarse, se debe convocar a un pacto nacional por la salud para revisar de fondo qué es lo que el sistema necesita en este momento.

Todos los sistemas a los 20 o 30 años son revisados y cambiados si se requiere. En Colombia todos los años hay anuncios de que el Congreso va a transformar el sistema. Por ejemplo, actualmente cursan tres proyectos que no tienen ninguna transformación de fondo; son situaciones de forma. El sistema, como nosotros lo visualizamos, tiene que estar liderado por los médicos y por las IPS. Cada vez estamos más convencidos que las EPS no son tan necesarias para administrar los recursos de la salud.



Archivo personal

Dennis Honorio Silva
Director Pacientes Colombia

Yolima Méndez

Presidente Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma

A su juicio, ¿cómo le ha respondido el sistema de salud a los usuarios en esta época de pandemia?

Se ha hecho un gran esfuerzo por garantizar la atención, incluso generando nuevas normas desde el Gobierno nacional y en tiempo récord, pero sin duda las barreras de acceso han aumentado para los pacientes con cáncer, porque de manera inesperada la prioridad para el sistema de salud empezó a ser una enfermedad llamada COVID-19. Los pacientes con otras dolencias, incluidas las enfermedades priorizadas como el cáncer, pasaron a un segundo plano, lo que, unido al miedo al contagio y a las medidas impartidas, generaron, de manera involuntaria, una menor oportunidad en la atención. En medio de tanta información, hubo desinformación para los pacientes con cáncer, quienes en algunos casos se quedaron en casa por miedo al contagio, cuando la recomendación de los expertos fue que no interrumpieran sus tratamientos médicos. Por su parte, los canales de comunicación de la mayoría de EPS e IPS del país colapsaron y no pudieron responder de manera adecuada a la demanda de solicitudes de sus usuarios.



Archivo personal

Yolima Méndez,

Presidente Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma

de salud, ¿hacia dónde se debe avanzar?

Se deben retomar y fortalecer los programas de gestión del riesgo en salud y poner la lupa en especial a la detección temprana del cáncer, con énfasis en los tipos de cáncer priorizados por el Ministerio de Salud. Durante la pandemia, el foco ha sido el COVID-19, pero no podemos olvidar que el cáncer es una enfermedad de mayor incidencia y más letal que mismo COVID-19.

La telemedicina es la gran fortaleza lograda para el sistema producto de la crisis sanitaria y, como fortaleza, se debe aprovechar y utilizar más allá de la crisis.

En la prestación de servicios de salud, ¿qué se debe cambiar o fortalecer?

El gran desafío sigue siendo brindar un modelo de atención integral que gire en torno a las necesidades del paciente. La atención para el cáncer en Colombia continúa fragmentada y, mientras estos modelos atomizados sigan funcionando, el paciente seguirá padeciendo demoras injustificadas, interrupciones en su tratamiento, barreras burocráticas y otras fallas de acceso, que impedirán el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Con las fortalezas o debilidades que ha identificado del sistema

Jorge Ernesto García

Director Fundación Retorno Vital

A su juicio, ¿cómo le ha respondido el sistema de salud a los usuarios en esta época de pandemia?

El sistema ha tratado de dar respuesta, porque, como todos sabemos, no estaba preparado para esto. Se han ido implementando algunas alternativas, pero la entrada de pandemia con la de techos fue una fórmula bastante traumática para el sistema. Esto ha llevado a que los recursos se estén girando anticipadamente con la UPC a las EPS, pero a su vez se está conteniendo el gasto y se ha agudizado la demora en las autorizaciones y entrega efectiva de medicamentos, que es la principal barrera para los usuarios. Con los techos se veía venir la contención del gasto y con la pandemia esto se volvió un beneficio para quienes no compran tratamientos ni hacen pagos de consultas médicas. Ese dinero nadie sabe en dónde está

Solo a una mínima parte de los usuarios les han respondido adecuadamente, pero hay un grupo de población muy grande que tiene muchas dificultades de acceso porque la tecnología no es para todo el mundo: para unos ha sido beneficio y para otros ha sido una gran barrera porque no tienen internet y todo lo tienen que hacer a través de este tipo de herramientas.

Con las fortalezas o debilidades que ha identificado del sistema de salud, ¿hacia dónde se debe avanzar?

Tenemos que seguir implementando las herramientas tecnológicas como la teleconsulta y la telemedicina. Se debe seguir fortaleciendo los sistemas de información; definitivamente hay una brecha grandísima entre la información que genera el asegurador y lo que recibe cada uno de los prestadores, que tienen grandes dificultades porque la información no está actualizada. Los pacientes tenemos que actualizar nuestra información y en eso nos hemos quedado cortos como usuarios. Además, hay que avanzar hacia la unificación de la UPC, seguir en la tarea de conseguir que los resultados en salud sean prevalentes a la hora de toma de decisiones en el tema financiero del sistema. No pueden quedar a la deriva los recursos sin tener un control más estricto y sin tener un sistema de información bien robusto.

En la prestación de servicios de salud, ¿qué se debe cambiar o fortalecer?

Se debe fortalecer la teleconsulta y la telemedicina. Deben estar allí, pero no se puede dejar la atención presencial porque hay una población muy numerosa que vive en áreas rurales



Archivo personal

Jorge Ernesto García

Director Fundación Retorno Vital



que no tienen tecnología, y para ellos la pandemia ha sido una barrera enorme.

Se debe buscar que los pacientes conozcan mucho más el sistema, que tenemos unos derechos y también unos deberes, como cumplir las citas y cumplir con lo que se establece en autocuidado.

Los recursos no se deben girar antes de conocer indicadores de eficacia y de eficiencia para que en realidad se puedan optimizar. Se requiere que los que hacen parte de la ruta de atención al paciente se comprometan con tener sistemas de información unificados que sean seguros y robustos.

Algunos datos de la atención a los pacientes con cáncer en tiempos de pandemia por COVID-19

La Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma (Funcolombiana), realizó una encuesta para identificar los principales riesgos, limitaciones y dificultades de acceso a los servicios de salud a los que se han enfrentado los pacientes con cáncer en Colombia, durante la pandemia por COVID-19.

Según Funcolombiana, respecto al acceso a los servicios de salud, la encuesta revela que para el 76,8% de los pacientes con cáncer mayores de 18 años no se está cumpliendo con la entrega de medicamentos y otros servicios ambulatorios a domicilio. Del 67,5% que requiere estos servicios a domicilio, solo el 23,3% afirma haberlos recibido efectivamente en su domicilio, como lo ordena la Resolución 521 de 2020. Los demás pacientes se vieron obligados a salir personalmente a buscarlos o enviar a su cuidador, exponiéndose al riesgo de contagio.

El 58,8% de los pacientes encuestados han tenido alguna dificultad para acceder a los servicios de salud durante la cuarentena. Las principales fallas reportadas fueron:

- Cancelación de citas con especialista por parte de la IPS/ EPS (20,1%)
- Demora en entrega de medicamentos (12,4%)
- Cancelación o aplazamiento de quimioterapia (8,5%)
- Dificultades en trasladados intermunicipales (5,6%)
- Otro tipo de dificultades como la demora en el trámite de autorizaciones para exámenes, procedimientos u hospitalizaciones (7,7%).

Respecto al Acceso a los servicios de salud para niños con cáncer, la encuesta señala que el 44,4% requirió medicamento ambulatorio para su tratamiento oncológico, pero solo el 6,3% lo recibió en su domicilio. La gran mayoría de los padres (93,6%) tuvo que salir de casa a buscar los medicamentos para sus hijos.

Sobre la atención por telemedicina, el 57,2% de los pacientes encuestados han recibido atención mediante alguna modalidad de teleconsulta: llamada o video llamada. Sin embargo, y a pesar de que esta modalidad de atención se ha venido fortaleciendo desde las IPS, el 20,1% de los pacientes mencionó haber tenido cancelación de citas con especialistas durante la cuarentena.

La encuesta, además, señala que el 35,6% reportó haber recibido alguna comunicación de su EPS frente a las medidas especiales para el manejo de su enfermedad durante la cuarentena. De estos pacientes, el 88,1% calificó la información como clara y suficiente. El 64,4% restante no recibió esta información por parte de su EPS.

Así mismo, se indagó sobre la situación socioeconómica durante la pandemia. Solo un poco más de la mitad de los pacientes (57,2%) refirió contar con el sustento económico para la cuarentena. No obstante, el 68,3% (520) reportó estar desempleado. Durante la emergencia sanitaria, únicamente el 10,4% de los pacientes (79) ha recibido ayuda del Estado. Las principales ayudas han sido: 3% Ingreso Solidario, 2,3% Familias en Acción y 1,5% Colombia Mayor. El 37,8% (288) manifestó no tener conocimiento sobre las ayudas y programas del Gobierno para la población más vulnerable durante la pandemia. 

ACHC pide al Presidente de la República, Iván Duque Márquez, intervenir para que se dé cumplimiento al Acuerdo de Punto Final

Ante los pocos avances en el desarrollo del cronograma anunciado por el Gobierno Nacional para desarrollar el Acuerdo de Punto Final, con el que se busca el saneamiento financiero del sector salud, pese al empeño de las entidades gubernamentales, Ministerio

de Salud, Adres y Supersalud, y por las acciones dilatorias de algunos de los beneficiarios primarios, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, en una comunicación enviada al señor Presidente de la República, Iván Duque Márquez, le pidió intervenir directamente para lograr la materialización de dicho acuerdo.

A continuación, presentamos el texto completo de la carta:

ACHC-2020-071

Bogotá, D. C., 4 de septiembre de 2020

Señor Doctor

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ

Presidente de la República de Colombia

E. S. M.

ASUNTO: Avances en el Acuerdo de Punto Final

Excelentísimo Señor Presidente:

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, organización gremial que representa clínicas privadas y hospitales públicos del país, muy comedidamente se dirige a usted con el fin de presentarle nuestra visión y compartirle nuestras inquietudes frente al avance del Acuerdo de Punto Final.

Agradecemos y reconocemos de manera especial que lo que fuera una promesa de su campaña presidencial, haya tenido el impulso y compromiso de su Gobierno para su concreción a través del Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, pacto por la equidad” y la reglamentación que se ha expedido a la fecha para que esa iniciativa se materialice.

En sus inicios le expresamos la ilusión que este proceso generaba, pues nos parecía certera la decisión de avanzar por esa vía para sanear, tal como usted lo señaló: “un problema que envejeció mal”. En este momento se encuentra estructurado el procedimiento de saneamiento, las condiciones para acogerse a él y los requisitos que buscan —como es debido— zanjar las deudas acumuladas por concepto de servicios y tecnologías prestadas, que se encuentran fuera del plan de beneficios de nuestro sistema de salud.

Su Gobierno, comprendiendo la necesidad y fundamento de acabar con el discurso o señalamiento de que era la deuda estatal la causante de la falta de efectividad y oportunidad en el flujo de recursos del sistema



hacia todos los agentes, decidió que pagar esa deuda acumulada a los administradores de planes de beneficios —las EPS— no solo sanearía la situación respecto de esas entidades, sino que, de manera posterior a ese primer paso, se llegaría hasta las Instituciones hospitalarias para saldar un pasivo, cierto, creciente e histórico.

Motiva nuestra misiva de hoy la sentida preocupación del sector hospitalario, pues pese al empeño de las entidades gubernamentales, Ministerio de Salud, Adres y Supersalud, el Acuerdo de Punto Final —APF— no ha avanzado como se esperaba y los cronogramas no han podido cumplirse.

Debe reconocerse que la situación no es igual para los dos regímenes del sistema de salud. En el Régimen Subsidiado se ha avanzado en algunos departamentos y aunque algunas entidades territoriales muestran rezagos, las que sí lo han logrado hasta el momento arrojan resultados de operaciones efectivas que contabilizan aproximadamente \$700 mil millones. Ese resultado demuestra que el proceso funciona y que los requisitos son razonables. La liquidez derivada del avance de ese componente territorial del APF se ha expresado durante el primer semestre de este difícil 2020.

En el Régimen Contributivo las entidades del Gobierno, Minsalud y ADRES han trabajado intensamente en lo procedimental, adecuando plazos, condiciones y habilitando mecanismos para disponerse a lo que se esperaba como la más grande operación de saneamiento de deudas del sector y probablemente de la historia reciente del país. La orden que usted impartió al inicio de esta pandemia, de acelerar el Acuerdo de Punto Final, damos fe que ha sido acatada por los funcionarios y entidades competentes; no así por los beneficiarios primarios. Hoy, según los cronogramas —replantados en abril— debiéramos ir por un nivel de radicación del 50% de los recursos destinados para el proceso, y, según datos de ADRES, apenas las EPS han allegado al proceso \$ 170 MM correspondientes a un exiguo 5,6% del total esperado.

Como es de suponer, esa dilación y lo que implica hace que invoquemos su directa intervención para que se materialice el saneamiento y Acuerdo de Punto Final diseñado y prometido por su Gobierno y esperado por el sector hospitalario. Vemos con preocupación que se desvanecen las posibilidades de concretar este proceso, debido a la decisión volitiva del agente primario beneficiario del mismo.

Creemos que una medida bien intencionada y necesaria, el APF, no puede truncarse por la voluntad del mismo agente que durante años ha alegado que lo que adeuda el Estado por las coberturas que presuntamente debió dar a los afiliados y que no se encontraban en el plan de beneficios, es una causa principal del incumplimiento de sus obligaciones hacia la red hospitalaria y de la imposibilidad de cumplir con sus indicadores de solvencia.

Comprendemos que no puede pretenderse que el pago de los llamados recobros se dé sin procesos que garanticen mínimamente la existencia de esas atenciones y de la consecuente obligación en términos de racionalidad y de evidencia técnica y científica, pues sin duda este mecanismo no puede ser visto tan solo como una opción para ajustar unas cifras en una contabilidad de manera automática.

Consideramos que, habiendo sido el Gobierno especialmente comprensivo y generoso con algunos agentes, es hora de hacer un punto de corte. Vale la pena mencionar cómo no solo se han hecho ajustes a los criterios de verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, sino que se han otorgado plazos —desde el Gobierno anterior— con miras a que estas entidades cumplan finalmente unos estándares que den fe de su viabilidad¹. Inclusive al amparo del

¹ Decreto 2702 de 2014, Decreto 1681 de 2015, Decreto 2117 de 2016, Decreto 682 de 2018, Decreto 1424 de 2019.

Acuerdo de Punto Final se permitió la certificación, como parte de las reservas técnicas, del valor de algunas cuentas radicadas aún sin resultados de la auditoría². Al finalizar el presente año deben cumplirse algunas condiciones de orden financiero por parte de las EPS, por lo que asaltan dudas frente a las razones para no querer sanear estas cuentas de manera real y en sus registros contables.

Entendemos la actuación de ADRES y Minsalud, pues se trata de establecer garantías para que los pagos que se generen sean justos y legales, máxime si se trata de recursos públicos, que el Estado en un esfuerzo excepcional ha destinado para sanear deudas del sector salud. En la estructuración del Acuerdo de Punto Final, participaron los beneficiarios primarios y vemos que se han ofrecido opciones y alternativas de medios probatorios con el fin de facilitar el proceso, inclusive se está permitiendo la “reconstrucción” en algunos casos y en todo caso no puede perderse de vista el deber de gestión del riesgo que debían realizar respecto de las prescripciones No PBS. Entonces no se puede aducir hoy que los mínimos requisitos exigidos en el marco del proceso son la causa para no poder acogerse al mismo.

Hacemos hoy un llamado especial para que no sea la renuencia la constante, cuando se trata de hacer cumplir las leyes o los mecanismos que pretenden soluciones. A manera de ejemplo, mencionamos cómo, en época de pandemia, el sector hospitalario ha visto cómo los mandatos de orden legal son discrecionales para algunos. En esta época se dispuso la liberación de reservas técnicas de las EPS para el pago de deuda antigua a las IPS, se estableció la obligatoriedad de mantener los pagos acordados en los contratos de cápita, se ordenó garantizar mínimo el 20% de la facturación que se venía manejando antes de la pandemia, y, sin embargo, estas medidas hasta la fecha no han tenido impacto. Son contadas las excepciones de acatamiento, la no voluntad ha imperado y nuestro temor principal es que esto suceda con el Acuerdo de Punto Final.

Creemos que es el momento de adoptar medidas fuertes dentro del propósito de saneamiento final. La extinción de las obligaciones por parte del Estado o detener inmediatamente los plazos en las condiciones de habilitación de las aseguradoras deben ser contempladas, pues de lo contrario esta será una situación interminable no solo para el Estado sino para todos los agentes del sistema de salud.

Para este gremio inclusive la mejor manera de obtener el verdadero saneamiento del flujo de recursos en el Sistema de Salud es logrando que los recursos lleguen hasta los prestadores, agentes últimos en la cadena y quienes son los que en el día a día atienden a la población y mantienen sus puertas abiertas para que exista una real y efectiva prestación del servicio.

Señor Presidente, en resumen, queremos muy comedidamente solicitarle que se contemplen alternativas para que el Acuerdo de Punto Final —y los otros mecanismos mencionados— sean de acogida obligatoria y no voluntaria y que se garantice que con tales recursos se pague deuda de las IPS. Especialmente queremos solicitarle que se puedan preservar las fuentes de financiación del acuerdo, los 6,7 billones anunciados y que sean evaluadas otras opciones —en caso de que esta no se concrete—, que permitan el pago de la deuda acumulada con los hospitales y clínicas del país.

Con sentimientos de respeto y consideración,

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

Director General ACHC

² Decreto 1683 de 2019, modificadorio del decreto 780 de 2016.



ACHC presentó a Minsalud propuestas para mitigar crisis en IPS por COVID-19

Ante las múltiples dificultades que han tenido que enfrentar los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, durante la pandemia de COVID-19, que, junto a los problemas financieros que persisten desde hace varios años, los han llevado a una situación aún más crítica, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas elevó al Ministerio de Salud y Protección Social varias comunicaciones en las que pidió medidas eficaces y propuso alternativas para resolver la crisis actual.

En dichas misivas, la ACHC recordó el esfuerzo y el compromiso con que los hospitales y clínicas se han preparado y adoptado los lineamientos y guías expedidas por el Gobierno nacional para atender la emergencia, y reconoció el esfuerzo de la Nación en materia fiscal y en la expedición de marcos normativos para liberar recursos destinados para la atención, pero advirtió que gran parte de las medidas adoptadas para liberar recursos y pagar deudas a las IPS no han logrado la eficacia esperada y por tanto se requiere que su aplicación sea obligatoria. “Ya no es momento de seguir esperando que las EPS se acojan voluntariamente, pues de no hacerse obligatorio, dichas medidas serán meras expectativas y no una realidad de ingreso para las IPS públicas y privadas del país”, señaló Juan Carlos Giraldo Valencia, Director de la ACHC, en una de las comunicaciones.

El gremio hospitalario propuso establecer medidas extraordinarias e insistió en la necesidad de estructurar mecanismos que, a través de diversas fuentes como la UPC, subsidio a la oferta o el FOME, remuneraran la capacidad dispuesta por las IPS para atender la pandemia y que no estaba siendo utilizada, para de esta manera tener un ingreso que les permitiera el cumplimiento de sus obligaciones y su subsistencia ante la baja ocupación de los servicios. Esta propuesta fue acogida por el

Gobierno nacional que, el pasado 15 de julio, expidió la Resolución 1161 con la cual adoptó el mecanismo de remuneración por capacidad instalada disponible a las unidades de cuidado intermedio e intensivo de las instituciones hospitalarias públicas y privadas.

Respecto a la compra de cartera, la ACHC pidió que se modificaran las condiciones para que en las operaciones se incluyeran a hospitales y clínicas de servicios ambulatorios, IPS de menos de 50 camas, IPS que no habían sido contratadas por las EPS para la atención de la nueva enfermedad e IPS de servicios especializados como oftalmología, psiquiatría y pediatría, entre otras instituciones, que también necesitaban recibir recursos para seguir funcionando. En este aspecto, además, propuso que se estructurara un mecanismo de garantía para que la ADRES pudiera hacer préstamos a las EPS, cuya capacidad de endeudamiento no les permite aplicar a esta medida. Además, propuso disponer obligatoriamente de todos los recursos de las reservas técnicas de las EPS para el pago de las deudas a las IPS a través de giro directo.

Otra de las propuestas del gremio hospitalario es que, en el marco del Acuerdo de Punto Final, se realicen giros expresos a las IPS desde la ADRES para el pago de deuda antigua y se establezca un régimen de insolvencia o un Acuerdo de Punto Final 2.0 para sanear la cartera que han dejado las entidades en liquidación. También insistió en que los créditos para el sector se hagan a través de la banca pública sin mediación de la banca comercial.

Hospitales y clínicas afiliados a la ACHC recibieron donaciones de reconocidas compañías



El respaldo de otros sectores de la economía a las entidades hospitalarias y su talento humano, ha sido de gran importancia para motivar el personal y mitigar la escasez de algunos EPP.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas agradece la solidaridad y generosidad de las compañías que, a través del gremio, brindaron apoyo y motivación a las entidades hospitalarias afiliadas y al talento humano que labora en ellas.

Durante los primeros meses de pandemia, a través de la ACHC se canalizaron diferentes iniciativas de otros gremios y áreas de la

economía que se sumaron para respaldar al sector hospitalario e hicieron llegar a más de 300 entidades diferentes donaciones para apoyar la labor y motivar a quienes han estado en la primera línea de atención para COVID-19 en el país.

Las siguientes son las compañías que brindaron apoyo al sector hospitalario a través de la ACHC:

- **Ajover-Darnel:** Contribuyó a la protección de personal de salud. Elaboró y donó cerca de 20.000 caretas.



Notas del sector

- **McDonald's:** Se dedicó a motivar al talento humano de las instituciones y entregó en 11 ciudades del país más 105.000 combos alimenticios que incluyeron hamburguesas, helados, café, huevos, piezas de pollo, té, muffins con salchicha y *nuggets* de pollo, entre otros.
- **Coca-Cola:** Con apoyo de la Cruz Roja, seccionales Cundinamarca y Bogotá, distribuyó 22.000 bebidas gaseosas a instituciones hospitalarias en Bogotá.
- **Federación Colombiana de Fútbol y Adidas:** Entregaron 1200 pares de tenis y camisetas de la Selección Colombia al personal de salud de 7 entidades de Bogotá, Barranquilla, Medellín, Cali y Pasto.
- **Reach:** Empresa norteamericana especializada en autopartes, que actualmente comercializan ventiladores y suministros de protección para el personal de salud, donó 100 máscaras N95.
- **Bionexo:** Creó el plan *Bionexo Light*, que permitió a instituciones de hasta 50 camas acceder sin costo, por un periodo entre 90 y 180 días, a esta plataforma de compras electrónicas para hacer sus requerimientos y compras de una forma ágil y segura.
- **Elsevier:** Permitió a las entidades afiliadas a la ACHC el acceso sin costo a su plataforma y uso de sus recursos *Order Sets* en planes de cuidado, recursos para

educación al paciente y planes de cuidado interprofesionales basados en evidencia, para apoyar el cuidado de pacientes con COVID-19, además del acceso gratuito a *Clinical Key* por 30 días.

- **Advisory Board:** Compañía que promueve las mejores prácticas de atención en salud en el mundo, permitió a los afiliados a la ACHC el acceso sin costo a los ciclos de conferencias y herramientas que desarrollaron para apoyar la gestión de las entidades hospitalarias en el mundo en temas como cuidados virtuales como respuesta, gestión de flujo de pacientes, y prevención, entre otros.

Además, la ACHC juntó esfuerzos con otras entidades, como el Grupo de Gestión de Riesgo de Desastres en el Contexto Hospitalario, GRIDCH, para compartir conocimiento y guías de manejo en la epidemia COVID-19. También apoyó la difusión del programa 'Compra lo Nuestro por Colombia' de Colombia Productiva y de la campaña de apoyo al sector salud con viajes gratis para el personal de nuestro sector que adelantó la plataforma de transporte DIDI en Bogotá y Medellín durante los primeros meses de la cuarentena, entre otras iniciativas. [H](#)



Crónicas - crónicas



"En este singular "mercado" de la salud, no solo el dinero no tiene valor, sino que el problema más sobresaliente es la inoportunidad en los pagos de las facturas y demás compromisos contractuales, fenómeno que, a pesar de la expedición de decenas de normas, los distintos Gobiernos no han logrado corregir"

Cecilia López Montaña en su columna titulada "Salud: punto final no, punto seguido", publicada en el periódico Portafolio, agosto 13 de 2019.

“Mi nombre es Diana Paola Angola, tengo 36 años, no sé cómo me contagié de COVID-19”. ¡Un testimonio de vida y dos milagros!¹

El 15 de mayo mi esposo me llevó a la Clínica Versalles, tenía síntomas de fiebre y gripa y tenía 24 semanas de embarazo... El 2 de junio me hicieron la cesárea, nació mi hijo, lo llevaron a la Unidad de Cuidados Especiales por ser prematuro. Yo estaba intubada... Pasaron muchos días y el 26 de junio ya estaba recuperada del COVID-19 y me recibieron con una calle de honor todos los médicos y el personal asistencial que me había cuidado con tanto amor. Ellos, cómplices de mi esposo, me esperaban afuera de la habitación para que él me propusiera Matrimonio. Mi pequeño bebé quedó hospitalizado en la UCIREN. Ingresamos al programa canguro e iba a visitarlo para darle seno. Gracias a Dios le dieron salida a mi pequeño Jefferson. Luego de casi 60 días ha recibido su graduación de “bebé prematuro”... A los médicos y todo el personal de la Clínica Versalles le estoy realmente muy agradecida. Dieron todo por mí. La atención fue la mejor.

Diana Paola Angola

Un solo caso que resume la mística del servicio y compromiso con la vida de la Clínica Versalles de Cali, la calidad de su personal y su conciencia provida que repentinamente se conjugan para salvar 2 vidas en medio de la pandemia, un milagro con un final de amor que conmovió a la comunidad y llegó con su mensaje de esperanza a todo el mundo.

Diana Paola, en estado de gestación con 24,4 semanas, llegó a la Clínica Versalles de Cali por el servicio de urgencias, con tos seca, fiebre, dolor articular y dificultad para respirar. En el contexto de pandemia y

teniendo en cuenta los resultados de diferentes exámenes de Diana, el Equipo Médico acertadamente decide hospitalizarla para brindarle atención multidisciplinaria, hasta el punto de requerir intubarse. Todos los esfuerzos siempre estuvieron encaminados a salvar la vida de Diana y su bebé Jefferson. Se emplearon entonces medicamentos para posibilitar la maduración del niño y el mantenimiento del embarazo al máximo posible. Después de varios días de estar intubada y sin mostrar un avance pulmonar positivo, los médicos deciden que el estado de embarazo representa una restricción para la evolución positiva de la paciente. Es así como, en la semana 27

¹ Gerencia General Clínica Versalles.



▼
Diana, Jefferson y la Clínica Versalles de Cali se convirtieron en un símbolo de esperanza y perseverancia médica en medio de la pandemia

de gestación, el equipo de Neonatología, Ginecología y Cuidado Crítico de la Clínica Versalles le practicó una cesárea a Diana para salvar a su bebé y a ella misma, y nació Jefferson, un prematuro de 860 gramos. Fue trasladado inmediatamente a la Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido – UCIREN, ya que requería soporte respiratorio intrahospitalario para continuar con su desarrollo y maduración.

En medio de esta pandemia, Diana, Jefferson y la Clínica Versalles de Cali se convirtieron en un símbolo de esperanza y perseverancia humana y médica a nivel mundial. Son varias las hazañas que rodean esta historia. **La primera** está relacionada con el personal de salud, su vocación de servicio y su calidad técnico-científica, que conjugados lograron que una mujer embarazada COVID-19 positiva en estado crítico, con alto riesgo de muerte, hospitalizada por 39 días, 25 de ellos intubada, dentro de los cuales debió someterse a cesárea, finalmente lograra superar el COVID-19 y diera a luz.

La segunda corresponde al milagro de vida de Jefferson, un bebé prematuro de 27 semanas que, con apoyo hospitalario de la UCIREN de la Clínica Versalles, hoy ya se encuentra en su casa con sus padres. **La tercera** hazaña es la de los familiares de los pacientes, quienes por muchas semanas padecieron la incertidumbre de saber si volverían a ver a Diana y si podrían conocer al pequeño Jefferson. La familia, a pesar de la tormenta

de noticias injustas en contra del personal médico y de las clínicas, siempre le dieron su voto de confianza a la Clínica Versalles y a todo su cuerpo médico, pues fueron informados constantemente sobre la condición de ambos pacientes, estuvieron presentes en cada una de las decisiones que se tomaron frente al tratamiento, conocieron los riesgos y dificultades a los que se estaban enfrentando no solo Diana y Jefferson sino el personal que los atendía, y fueron pacientes, receptivos y respetuosos del proceder médico, que con ellos construyó una comunicación de confianza.

La **cuarta y última hazaña** es el mensaje que la IPS dio a Cali, a Colombia y, finalmente, al mundo entero. Es nuestro mensaje de esperanza, amor y confianza, expresado a través de la capacidad del personal médico colombiano, del trabajo de nuestras instituciones y autoridades sanitarias. Es un ejemplo de vida y de fe en un futuro, en ese futuro que la Clínica Versalles le ha permitido vivir a Jefferson.

Para cerrar esta historia, los miembros de nuestro personal de la UCI, que habían tenido a Diana Paola como paciente crítica por más de 25 días, fueron los felices cómplices de un momento inolvidable en la historia de esta familia caleña. Con letreros, flores y aplausos, el padre del niño le propuso matrimonio a Diana Paola el día de su egreso hospitalario, momento que también se convierte en otra noticia mundial colmada de amor en medio de la pandemia.

Teleconsulta²

Históricamente, países como el nuestro, por su diversidad geográfica, distancia y dificultades de conexión, han enfrentado un importante reto en la atención a sus pacientes. El contexto actual de la pandemia global ha profundizado esta problemática y la ha extendido a los grandes centros urbanos, convirtiendo en vital el buscar alternativas para superarlo.

Derivado de este reto, Carvajal Tecnología y Servicios ha dedicado importantes recursos en el desarrollo de una herramienta que solucione de manera integral la atención médica remota. Esto con el fin de ofrecer opciones para los pacientes y profesionales de la salud que cumplan con requerimientos operativos y brinden una buena experiencia tanto para el paciente como para el profesional de la salud.

Con nuestra plataforma Teleconsulta, los prestadores del servicio resuelven un reto fundamental que es lograr integrar de manera nativa la historia clínica de los pacientes. En consecuencia, el médico podrá tener acceso a toda la información básica del paciente, antecedentes e historial clínico para realizar la atención de manera integral y eficiente de forma remota.

Hoy en día, este nuevo modelo de atención digital permite mejorar la experiencia del paciente al facilitar



el acceso, atender la periodicidad requerida e integrar el tratamiento específico con la historia clínica. Vemos, en un futuro cercano, apoyo virtual de especialistas para el personal de enfermería o medicina general que ejerce en lugares distantes donde hoy no se tiene acceso físico a atención especializada.

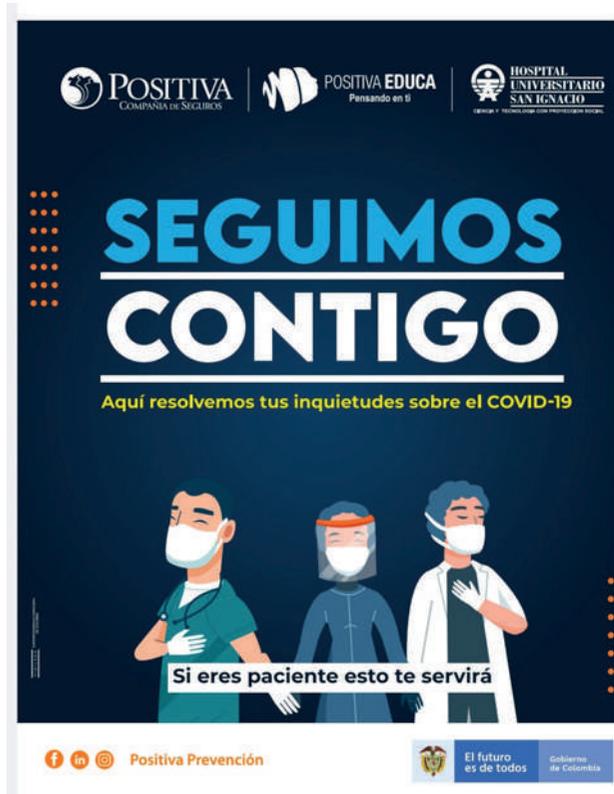
En conclusión, este tipo de soluciones son las que habilitan a los profesionales de la salud para prestar una oportuna y mejor atención a las personas, y en muchos casos a los menos favorecidos. Tienen ellos, así, la medicina a su alcance, y se humaniza la atención. De igual manera, la plataforma virtual impactará al sistema de salud de forma positiva al disminuir de forma significativo sus costos de atención.

Colombia seguirá evolucionando como lo está haciendo el mundo en este frente, y seguiremos presentes para apoyar este y otros retos que permitan acercar la medicina a cada colombiano.

Más información de la solución en <http://www.reinvencionvitalctys.com/>

² Consuelo Albornoz. Directora comercial Salud / Carvajal Tecnología y Servicio

“Seguimos contigo”, la nueva estrategia educativa que resuelve dudas sobre el COVID-19³



El Hospital Universitario San Ignacio, en Alianza con Positiva Compañía de Seguros S. A., lanzaron el pasado 1 de septiembre la cartilla “Seguimos contigo”, documento que contiene 28 preguntas y respuestas acerca de las principales inquietudes que tienen las personas respecto al COVID-19.

La iniciativa se dio a conocer en medio del evento virtual Exposición

Nacional de Actualización de Herramientas en Prevención de COVID-19 y Vigilancia Epidemiológica, que contó con la participación del Ministro de Salud, Doctor Fernando Ruiz Gómez, el Director del HUSI, Doctor Julio Castellanos Ramírez, y el Vicepresidente de PyP de Positiva, Camilo Gómez Crisancho. La actividad buscaba dar a conocer las experiencias exitosas de salud y seguridad en el trabajo, tanto para empleados como para los usuarios de todos los sectores.

¿Qué es COVID-19? ¿Cuáles son los síntomas de COVID-19? ¿Cómo se realiza el diagnóstico de COVID-19? ¿Qué significa ser asintomático y cuánto riesgo hay de contagio? ¿Qué son los periodos de incubación, cómo se contagia y cuando hay riesgo de contagio? ¿Cómo se aplican las pruebas? ¿Cuánto tiempo debo estar aislado?, ¿Cómo es el manejo en un hospital? ¿Cuál es el procedimiento por seguir cuando una persona fallece? Estas son algunas de las principales preguntas que encontrará en la cartilla educativa.

Lo invitamos para que la consulte y descargue en

<http://www.husi.org.co/el-husi-hoy/estamos-contigo>

³ Oficina de Comunicaciones HUSI.

¿Cómo el sistema de salud puede tomar decisiones inmediatas en medio de la pandemia?⁴



La emergencia sanitaria actual debido al COVID-19 ha llevado a que los sistemas de salud deban buscar alternativas para no saturarse y ampliar su ocupación, específicamente, en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Esto ha obligado a que los hospitales dispongan las condiciones para tener, en tiempo real, la información de los casos que están siendo atendidos y de los recursos de cuidado intensivo con el fin de tomar decisiones más adecuadas y responder a esta crisis de manera coordinada y eficiente.

Con el fin de soportar la gestión de los hospitales y la toma de decisiones en un entorno altamente complejo y cambiante, caracterizado por la limitación en la cantidad de recursos disponibles, Royal Philips creó la solución Command Center COVID-19. Esta herramienta permite reunir todos los indicadores importantes y poder visualizarlos en un solo sistema, ofreciendo un monitoreo intuitivo y en tiempo real.

Esta solución consiste en una aplicación que extrae datos de los sistemas de información existentes en el hospital, los organiza con una

estructura definida y los transmite automáticamente a un *dashboard* o tablero de control alojado en la nube, que puede ser consultado por el hospital de forma permanente. Jesús Fonseca, Líder Comercial de Soluciones de Historia Clínica Electrónica de Philips para North Latam, explica:

Con esta solución, el hospital podrá disponer de información para profundizar, comprender los cuellos de botella y tomar medidas inmediatas. Permite analizar la capacidad actual del hospital y priorizar medidas según las necesidades de los pacientes, con el fin de tomar decisiones de manera asertiva.

Entre otros datos, la aplicación permite visualizar:

- **Información de pacientes:** Casos positivos y no confirmados con síntomas; pacientes positivos y no confirmados con comorbilidades; tiempo de espera para exámenes; y resultados de las pruebas.
- **Ocupación:** Ocupación de camas en diferentes unidades del hospital; duración de la estancia (en días) para pacientes positivos y no confirmados; personal en posible contacto con pacientes positivos; y pacientes en posible contacto con aquellos que tienen el virus.
- **Cuidado Intensivo:** Camas con respirador disponibles en otros hospitales.

Para su implementación no es necesario que el hospital haga inversiones en *hardware*, debido a que la infraestructura es 100% *cloud*. Así mismo, las instituciones privadas o públicas pueden hacer uso de esta herramienta, que les permitirá flexibilidad de adaptación en el proceso de gestión pública. [II](#)

⁴ Oficina de comunicaciones Philips Colombia

En descenso las vacunaciones durante la COVID-19¹



Debido a las medidas internas en varios países para evitar la propagación del virus de la COVID-19, uno de los servicios que mayor afectación a tenido en el mundo es el de vacunación. Según la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, estas interrupciones amenazan con revertir los progresos logrados con tanto esfuerzo para llegar a millones de niños y adolescentes con un esquema amplio de vacunación.

La OMS y UNICEF advirtieron que, debido a la pandemia de COVID-19, se cancelaron o corren el riesgo de cancelarse al menos 30 campañas de vacunación contra el sarampión en todo el mundo, lo que podría ser un riesgo para nuevos brotes en adelante. Según una encuesta realizada por los dos organismos y GAVI, en colaboración con los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Uni-

dos, el Instituto de Vacunas Sabin y la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins para tomar el pulso de la situación, las tres cuartas partes de los 82 países que respondieron confirmaron que, hasta mayo de 2020, los programas de inmunización habían sufrido interrupciones relacionadas con la COVID-19. Las causas de estas perturbaciones son diversas. Incluso cuando se ofrecen los servicios, la población no puede acceder a ellos debido a la resistencia a salir de casa, las interrupciones del transporte, las dificultades económicas, las restricciones de movimiento o el miedo a exponerse a las personas con COVID-19. Muchos trabajadores de la salud tampoco están disponibles debido a las restricciones de viaje o porque se han reasignado a las tareas de respuesta a la COVID-19, pero también por falta de equipos de protección. “La COVID-19 ha convertido la vacunación que antes era sistemática en un desafío de enormes proporciones”, afirmó la Directora Ejecutiva de UNICEF, Henrietta Fore. También dijo:

Debemos impedir un mayor deterioro de la cobertura de la vacunación y reanudar urgentemente los programas de inmunización antes de que la vida de los niños esté amenazada por otras enfermedades. No podemos cambiar una crisis de salud por otra.

¹Con información de: Organización Mundial de la Salud [Internet]. La OMS y UNICEF advierten de un descenso en las vacunaciones durante la COVID-19. 2020 Jul 15 [Citado: Sep 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19>

Las estimaciones más recientes de la OMS y UNICEF sobre la cobertura en vacunación para 2019 muestran que resultados, tales como la ampliación de la vacuna contra el VPH a 106 países y una mayor protección de los niños contra más enfermedades, corren el riesgo de desvanecerse. Por ejemplo, los datos preliminares correspondientes a los cuatro primeros meses de 2020 apuntan a una disminución sustancial del número de niños que completan las tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3). Esta es la primera vez en 28 años que el mundo podría ser testigo de una reducción en la cobertura de la vacuna DTP3, el marcador de la cobertura de inmunización en el seno de los países y entre ellos.

Los progresos en la cobertura de la inmunización se estancaron antes de la aparición de la COVID-19 en un 85% para las vacunas DTP3 y contra el sarampión. La probabilidad de que un bebé nacido hoy en día haya recibido todas las vacunas recomendadas a nivel mundial para cuando cumpla los 5 años es inferior al 20%, señala la encuesta.

Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, señaló recientemente:

Las vacunas son una de las herramientas más potentes en la historia de la salud pública y ahora se vacuna a más niños que nunca, pero la pandemia ha puesto en riesgo esos logros. El sufrimiento y las muertes evitables causadas por saltarse la inmunización sistemática de los niños podrían ser mucho mayores que la propia COVID-19, aunque no tiene por qué ser así. Las vacunas pueden administrarse de forma segura incluso durante la pandemia y pedimos a los países que garanticen la continuidad de estos programas esenciales para salvar vidas.

Progresos y dificultades en las regiones

Se han registrado ciertos progresos. La cobertura regional de la tercera dosis de DTP en Asia meridional ha aumentado en 12 puntos porcentuales en los últimos 10 años, en especial en la India, Nepal y el Pakistán. No obstante, esos avances tan arduamente conseguidos podrían perderse como consecuencia de las alteraciones derivadas de la COVID-19. Los países que habían registrado progresos significativos, como Etiopía y el Pakistán, corren ahora el riesgo de retroceder si no se reanudan los servicios de inmunización lo antes posible.

La situación es especialmente preocupante en América Latina y el Caribe, donde la cobertura, históricamente elevada, ha disminuido en el último decenio. En Brasil, Bolivia, Haití y Venezuela, la cobertura de inmunización ha sufrido una caída de al menos 14 puntos porcentuales desde 2010. Además, las interrupciones relacionadas con la COVID-19 son de moderadas a graves en estos países.

Al tiempo que la comunidad sanitaria mundial trata de recuperar el terreno perdido debido a las perturbaciones relacionadas con la COVID-19, UNICEF y la OMS apoyan a los países en sus esfuerzos por redefinir la inmunización y reconstruirla mejor mediante:

- La reanudación de los servicios, para que los países puedan ofrecer una inmunización sistemática en condiciones de seguridad durante la pandemia de COVID-19, respetando las recomendaciones de higiene y distanciamiento físico y proporcionando equipo de protección a los trabajadores de la salud;
- La prestación de ayuda a los trabajadores de la salud para que se comuniquen activamente con los cuidadores y les expliquen cómo se han reconfigurado los servicios para garantizar la seguridad;
- La reparación de las brechas de cobertura e inmunidad;
- Y la ampliación de los servicios ordinarios para llegar a las comunidades desatendidas, donde viven algunos de los niños más vulnerables. **H**

La ley de pagos en plazos justos en el sector salud

Fabiola Alba Muñoz* y
María Helena Patiño**

El 23 de julio del presente año fue sancionada la Ley 2024 de 2020, “Por medio de la cual se adoptan normas de pago en plazos justos en el ámbito mercantil y se dictan otras disposiciones en materia de pago y facturación”. Esta Ley, llamada también Ley de plazos justos, inició su trámite en el Congreso de la República de iniciativa parlamentaria mediante el Proyecto de Ley 181 de 2018 de la Cámara y el Proyecto de Ley 185 de 2019 del Senado y se anunció como una medida para atender y responder a una necesidad y problemática de una realidad comercial del país respecto del pago de productos y servicios en plazos extensos, y para algunos injustificados, de entre 90 y hasta 180 días por parte de empresas de gran tamaño a sus proveedores, generalmente mipymes.

La anterior situación, en opinión de los ponentes, hacía necesario que el Estado, en uso de sus facultades de intervención del mercado, eliminara dichas prácticas y equilibrara la libertad económica¹ y el crecimiento empresarial en el país. Ha sido de buen recibo justamente para esa franja de pequeña y mediana empresa, pero otros precisan que aplicar un término diferencial para los pagos podrá generar que, por el contrario, las

grandes empresas prefieran comprar solo entre ellas —dejando fuera a las mipymes— porque pueden aplicar otros plazos.

Uno de sus principales ponentes ha precisado que esta propuesta fue debidamente analizada y que estudios internacionales relacionados dan cuenta de los enormes beneficios que los plazos justos puede generar en el desarrollo económico del país, pues permite a las pequeñas empresas contar con flujo de caja y no tener que endeudarse de manera permanente para asumir, por ejemplo, el pago de impuestos mientras reciben el ingreso por la venta de sus bienes.

La entrada en vigor de esta ley será diferida y los nuevos plazos de pago también se irán dando de manera gradual. A partir del 1.º de enero de 2021, las mipymes deberán recibir el pago de sus facturas en un plazo máximo de 60 días; a partir del 1.º de enero de 2022, el plazo máximo de pago deberá ser de 45 días. Se exceptúan de estos pagos las grandes empresas. La Ley 2024 también dispone que “las empresas enmarcadas en el sistema general de salud deberán pagar sus facturas a 60 días a partir del 2023”.

Adentrándonos así en nuestro sector salud, vale mencionar que

* Jefe Jurídica ACHC

**Analista Jurídica ACHC

¹Exposición de motivos Proyecto de Ley número 181 de 2018 Cámara de Representantes en *Gaceta del Congreso* No 778 de noviembre del 2018.

dentro del trámite legislativo del Proyecto de Ley 185 de 2019 en el Senado, en uno de los textos positivos para primer debate en la Comisión Tercera², se llegó a contemplar dentro de las excepciones señaladas en el artículo 2.º la siguiente: “5. Las facturas, cobros y recobros realizadas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, como sugerencia del Ministerio de Salud y Protección Social y propuesta del Senador Iván Marulanda, por las particularidades y normatividad especial del sector. Sin embargo, en el texto definitivo aprobado por dicha Comisión, no fue tenida en cuenta la sugerencia y, contrario a lo propuesto, se estableció la obligación de pago en plazos justos para las “operaciones mercantiles que se realicen en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud” en el texto incluido en el artículo 4.º del proyecto³.

Dentro de las razones expuestas por los senadores que integran la Comisión Tercera, para no excluir al sector y, por el contrario, mantener la inclusión de las operaciones mercantiles que se realicen en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se señalaron las de un debido flujo de recursos hacia el sector prestador, así como el pago en plazos justos a los proveedores, agentes afectados en los procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar a las Entidades Promotoras de Servicios de Salud⁴.

Así, producto de las discusiones y debates, la Ley 2024 del de 2020, establece, con respecto a su alcance, lo siguiente:

[...] **ARTÍCULO 2º. Ámbito de Aplicación.** *Esta ley será de aplicación a todos los pagos causados como contraprestación en los **actos mercantiles**, ya sean efectuados por comerciantes o por personas que sin tener calidad de comerciantes ejerzan **operaciones***

mercantiles, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 410 de 1971 (Código de Comercio), así como las realizadas entre los contratistas principales, sus proveedores y subcontratistas.

Se excluyen del ámbito de aplicación de esta Ley:

1. *Los pagos efectuados en las operaciones comerciales en las que intervengan consumidores, y que estén sujetas a las normas de protección del consumidor.*
2. *Los intereses relacionados con la legislación en materia de cheques, pagarés y letras de cambio y los pagos de indemnizaciones por daños, incluidos los pagos por entidades aseguradoras, así como el contrato de mutuo y otros contratos típicos o atípicos donde los plazos diferidos sean propios de la esencia del contrato respectivo.*
3. *Las deudas sometidas a procedimientos concursales o de reestructuración empresarial, que se regirán por lo establecido en su legislación especial. (Negrilla fuera del texto original).*

Conforme el anterior artículo, vemos que esta ley no excluye de su ámbito de aplicación a ningún sector en particular, pero define unas situaciones mercantiles⁵ y contractuales frente a las cuales no se aplica lo dispuesto en ella.

Respecto de las disposiciones para el sector salud, en el artículo 3 de la presente ley se reafirma la obligatorie-

² Ver informe de ponencia para primer debate del Proyecto de Ley número 181 de 2018 Cámara y 185 de 2019 Senado publicado en la *Gaceta del Congreso* 1153 de 2019.

³ Texto definitivo aprobado por la Comisión Tercera del Senado en sesión del día 4 de junio de 2020 al Proyecto de Ley número 185 de 2019 Senado, 181 de 2018 Cámara publicado en la *Gaceta del Congreso* 304 de 2020.

⁴ Sesiones de la Comisión Tercera del Senado en discusión del Proyecto de Ley número 185 de 2019 Senado, 181 de 2018 Cámara en: https://www.youtube.com/watch?v=7tg_JDePyj4, https://www.youtube.com/watch?v=2zKW9Edh_00.

⁵ Los artículos 20, 21, 22 y 23 del Decreto 410 de 1971, “Código de Comercio”, señalan cuáles son los actos u operaciones mercantiles



Nos preguntan

dad de su cumplimiento, pero se establece un periodo de transición o aplicación gradual, así:

[...] *ARTÍCULO 3°. Obligación de Pago en Plazos Justos. En aplicación del principio de buena fe contractual contemplado en el artículo 871 de Decreto 410 de 1971 (Código de Comercio) se adopta como deber de todos los comerciantes y de quienes sin tener calidad de comerciantes ejerzan operaciones mercantiles, la obligación general de efectuar el pago de sus obligaciones contractuales, en un término que se pactará para el primer año de entrada en vigencia de la presente ley de máximo 60 días calendario y a partir del segundo año, máximo 45 días calendario improrrogables a partir de entrada en vigencia de la ley, calculados a partir de la fecha de recepción de las mercancías o terminación de la prestación de los servicios.*

[...]

Parágrafo transitorio. Tránsito de legislación. El plazo previsto en el presente artículo tendrá la siguiente aplicación gradual:

[...]

*En cuanto a las operaciones mercantiles que se realicen en el marco del **Sistema General de Seguridad Social en Salud**, el plazo máximo y definitivo para el pago de obligaciones será de sesenta (60) días calendario. Dicho plazo comenzará a regir desde el inicio del tercer año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley. (Negrilla y subrayado fuera del texto original).*

Conforme a lo anterior, tenemos que se fija un lapso para la entrada en vigor para el pago de las obligaciones derivadas de las operaciones mercantiles en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de 60 días calendario desde el inicio del tercer

⁶ Numeral 1.º del artículo 5º de la Ley 57 de 1887.

año contado a partir de la entrada en vigor de la presente ley, esto es, a partir del 1.º de enero de 2023. Esta transición, entre otras cosas, la contemplaron para dar espacio a la ejecución de la llamada Ley de Punto Final.

Ahora bien, puede surgir la inquietud frente a lo dispuesto en el parágrafo primero del artículo 3 en cuanto a si las entidades del sector salud que puedan catalogarse como “sociedades consideradas como grandes empresas” estarían exentas de las disposiciones de la presente ley. En ese sentido es preciso acudir a los principios de interpretación de las leyes y al criterio de especialidad⁶, para establecer que existe una prevalencia o mención especial en la misma ley para el sector salud, mientras que la disposición del parágrafo es de carácter general y tiene como motivación, en el legislativo, las empresas grandes en general, valga la redundancia. Así las cosas, el sector salud sí hace parte de una de las transiciones para una plena entrada en vigor, pero, una vez cumplido este plazo, deberá ajustarse a los días de pago establecidos.

En el sector salud ha sido una constante el desconocimiento sobre disposiciones normativas sobre los plazos para el pago de sus servicios. Pese a existir decretos y resoluciones que dictan no solo el plazo sino los términos de aceptación y revisión de las cuentas, la deuda acumulada refleja la seria afectación en materia de flujo oportuno de los recursos. Esta ley de pago en plazos justos, aunada a una completa ejecución de la facturación electrónica, pueden brindar en el sector salud opciones para una mejor operación, trazabilidad de las cuentas y, en especial, el reconocimiento justo por los bienes y servicios que se prestan. Por supuesto, una medida de este orden logrará el impacto y beneficio esperado solo en la medida que todos los agentes de la cadena cumplan con los términos establecidos. ■



Sistema de rodilla ATTUNE®: una solución a las necesidades actuales¹

Si bien el reemplazo de rodilla es ampliamente reconocido como uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y exitosos con más del 95,19% de supervivencia a 15 años (1), el estudio continuo de las diversas causas de revisión sugiere que hay oportunidades para una mejora aún mayor. Además, datos reportados sobre necesidades insatisfechas en artroplastia primaria de rodilla (RTR, por sus siglas en inglés) muestran que, en 2009, entre un 10 % y el 20 % de los pacientes sometidos a RTR no estaban satisfechos con los resultados (2). La insatisfacción de los pacientes principalmente estaba relacionada con dolor anterior de la rodilla hasta en un 25% (3) e inestabilidad hasta en un 28% cuando los pacientes realizaban actividades de mayor demanda (2). El ajuste y el tamaño del implante también se han identificado como áreas de necesidad (4). La sobredimensión del componente femoral en 3 mm se asocia con un riesgo casi dos veces mayor en dolor severo de rodilla que en ocasional o leve a los 2 años después de la cirugía (4).

Como una de las compañías ortopédicas líderes, DePuy Synthes, compañía de Johnson y Johnson, busca continuamente oportunidades para ayudar

a avanzar en la atención al paciente en el reemplazo de rodilla. Una piedra angular de esta búsqueda ha sido el desarrollo del sistema de rodilla ATTUNE®, que está diseñado para proporcionar una mayor estabilidad en todo el rango de movimiento, así como para reducir el dolor en la parte anterior de la rodilla y la insatisfacción después de la cirugía. La rodilla ATTUNE® se implantó por primera vez en 2011 y tuvo disponibilidad comercial en 2013. La investigación detrás del sistema de rodilla ATTUNE® representa el mayor esfuerzo investigativo en la historia de la empresa DePuy Synthes. Además, el programa integral de generación de evidencia de la rodilla ATTUNE® reúne datos del registro de rendimiento temprano, de estudios iniciados por la compañía, de estudios iniciados por investigadores y de registros de reemplazos de EE. UU. Los resultados del sistema de rodilla ATTUNE® se registran en términos de supervivencia del implante, mediciones del resultado reportado por el paciente (PROM, por sus siglas en inglés), análisis fluoroscópicos y radioestereométricos (RSA, por sus siglas en inglés).

Los resultados del sistema de rodilla ATTUNE® detallados a continuación demuestran cómo este sistema aborda los desafíos de la artroplastia total de rodilla (RTR), como crepitación,



¹Autores: Acuña J., Heins E., Hoeffel D.



De nuestros Patrocinadores

satisfacción del paciente, estabilidad, supervivencia y fijación. Cuatro estudios revisados por pares concluyeron independientemente el mismo resultado: mejoría en resultados patelofemorales con la rodilla ATTUNE® en comparación con la rodilla SIGMA® de buen rendimiento (5-8). Los estudios cinemáticos *in vivo* concluyeron que la biomecánica de la rodilla PS RP ATTUNE, con rótula anatómica medializada, se asemeja más de cerca a la biomecánica de la rodilla natural que la rótula del domo medializado (9,10).

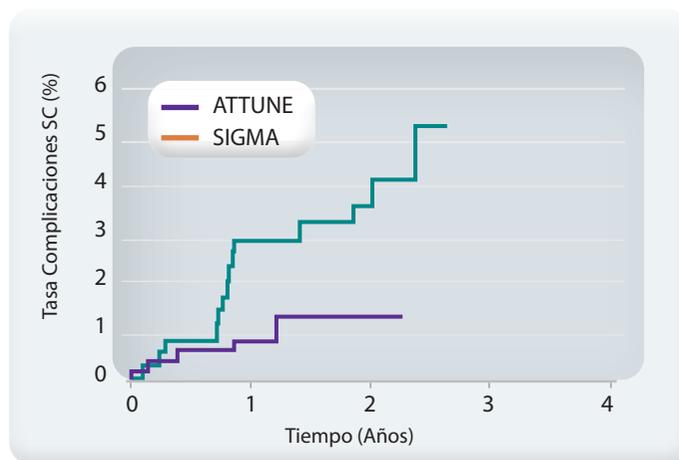


Figura 1. Tasa de incidencia acumulada de crepitación sintomática (SC) para ATTUNE PS Knees en comparación con SIGMA PS Knees. Los resultados demostraron una disminución estadísticamente significativa en el crépito sintomático (Log-rank $p = 0.017$) (8).

Las mediciones de resultados reportados por el paciente (PROM, por sus siglas en inglés) son cuestionarios previos y posteriores a la operación que miden los resultados desde la perspectiva del paciente. La Clasificación de Rodilla de Oxford (OKS) es una PROM que mide el dolor y los resultados funcionales. La rodilla ATTUNE® ha demostrado mejoras significativas en varias PROM, incluyendo OKS, PKIP, KOOS, WOMAC y EQ-5D-3L, en comparación con otros sistemas de reemplazo de rodilla en diferentes estudios clínicos. La evidencia clínica, así, demuestra que los pacientes presentan recuperaciones más tempranas y mejoras en los desenlaces funcionales con diferencias estadísticamente significativas (11-13).

Dos estudios examinaron la estabilidad de la flexión media con el sistema de rodilla ATTUNE®, en los que se

observó suave movimiento en retroceso sin cambio abrupto en la flexión media en pacientes que lo recibieron. Pfitzner *et al.* estudiaron *in vivo* la estabilidad de la flexión media con la rodilla ATTUNE® CR RP. En su estudio, no encontraron durante el retroceso algún deslizamiento anterior paradójico al comparar los diseños de la rodilla ATTUNE® con los diseños tradicionales de curva en J, como la rodilla SIGMA® (14). Takagi *et al.* encontraron que la cinemática *in vivo* de la rodilla ATTUNE® CR FB reproducía la estabilidad predicha *in vitro* y demostró un patrón cinemático más natural en las mujeres japonesas en comparación con otras RTR examinada en su estudio (15). Vale la pena señalar que, para el momento del estudio, aproximadamente el 82% de los pacientes con artroplastia de rodilla en Japón eran mujeres (16).

El 16.º informe anual de 2019 del Registro Nacional de Articulaciones para Inglaterra, Gales, Irlanda del Norte y la Isla de Man (NJR, por sus siglas en inglés) proporciona un análisis independiente para los 23.724 reemplazos de rodilla ATTUNE®. Este análisis mostró que la tasa de revisión acumulativa (TRA) para la rodilla ATTUNE® es de 1,55 (IC 95% 1,34–1,80) a 3 años y 2,67 (IC 95% 2,09–3,41) a 5 años. ATTUNE® presenta una supervivencia de 97,33% a 5 años que está en línea con la clase global de artroplastia total de rodilla (1).

Según el reporte AOANJRR de 2019, en el cual se rastrearón 17.379 rodillas ATTUNE (N=11.993 CR, N=5.386 PS), la revisión porcentual acumulativa estimada de la rodilla ATTUNE® fue 2,3% (IC 95%: 1,9–2,7) para la rodilla de cruzado retenido (CR) y 2,3% (IC 95% 1,6–3,3) para la rodilla posterior estabilizada (PS) a los 5 años. La rodilla ATTUNE® CR funciona en línea con la clase global de artroplastia total de rodilla (RTR) cementada y mínimamente estabilizada a los 5 años, que tiene una revisión

porcentual acumulativa estimada de 2,9% (IC 95%: 2.8–3.0). La rodilla ATTUNE® PS se compara favorablemente con la clase global de artroplastia total de rodilla (RTR) cementada y estabilizada posterior a los 5 años, que tiene una revisión porcentual acumulativa estimada de 3,9% (IC 95%: 3.8–4.0) (17).

Un metaanálisis de más de 1,8 millones de TKA cementados de ocho registros de siete países diferentes no mostró un mayor riesgo de revisión por todas las causas a los 3, 4 y 5 años entre la rodilla ATTUNE® y sus comparadores al analizar todos los implantes y al ver el subtipo de constructo (18).

DePuy Synthes sigue comprometido con mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de la innovación, estudio científico y monitoreo proactivo de nuestros dispositivos ortopédicos.

Referencias

1. National Joint Registry for England, Wales, Northern Ireland and the Isle of Man. 16th Annual Report. (2019). <https://reports.njrcentre.org.uk/Portals/0/PDFdownloads/NJR%2016th%20Annual%20Report%202019.pdf>. Ver Tabla 3.27 y Tabla 3.31.
2. Bourne RB, Chesworth B, Davis A, Mahomed N, Charon K. Comparing patient outcomes after THA and TKA: is there a difference? *Clin Orthop Relat Res*. 2010 Feb;468(2): 542-6.
3. Parvizi J, Mortazavi J, Devulapalli C, Hozack WJ, Sharkey PF, Rothman RH. (2012). Secondary resurfacing of the patella after primary total knee arthroplasty: Does the anterior knee pain resolve? *J Arthroplasty*. 2012 Jan;27(1):21-26.
4. Mahoney OM, Kinsey T. Overhang of the femoral component in total knee arthroplasty: risk factors and clinical consequences. *J Bone Joint Surg Am*. 2010 May;92(5): 1115-21.
5. Indelli PF, Pipino G, Johnson P, Graceffa A, Marcucci M. Posterior-stabilized total knee arthroplasty: a matched pair analysis of a classic and its evolutionary design. *Arthroplasty Today*. 2016;2:193-8.
6. Martin JR, Jennings JM, Watters TS, Levy DL, McNabb DC, Dennis DA. Femoral Implant Design Modification Decreases the Incidence of Patellar Crepitus in Total Knee Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2017 Apr;32(4):1310-3.
7. Ranawat CS, White PB, West S, Ranawat AS. Clinical and Radiographic Results of Attune and PFC Sigma Knee Designs at 2-Year Follow-Up: A Prospective Matched-Pair Analysis. *J Arthroplasty*. 2017 Feb;32(2):431-6.
8. Toomey SD, Daccach JA, Shah JC, Himden SE, Lesko JP, Hamilton WG. Comparative Incidence of Patellofemoral Complications Between 2 Total Knee Arthroplasty Systems in a Multicenter, Prospective Clinical Study. *J Arthroplasty* 2017 Sep;32(9S):S187-S192.
9. Ali AA, Mannen EM, Rullkoetter PJ, Shelburne KB. In Vivo Comparison of Medialized Dome and Anatomic Patellofemoral Geometries using Subject-specific Computational Modeling. *J Orthop Res*. 2018 Jul;36(7):1910-1918. Epub: 2018 Mar 6. doi: <https://doi.org/10.1002/jor.23865>
10. Sharma A, Fehring TK, Griffin WL, Mason JB. In Vivo Kinematic Performance of Gradually Variable Radius TKA. Presentado en: Orthopaedic Research Society; 2019; Austin, TX.
11. Hamilton WG, Brenkel I, Clatworthy M, Dwyer K, Himden S, Lesko J, Kantor S. Early Patient Reported Outcomes with new Primary Vs. Contemporary Total Knee Arthroplasty: A comparison of Two, Worldwide, Multi-Center Prospective Studies. Poster Number 106 presentado en: American Academy of Orthopaedic Surgeons Annual Meeting; 2016; San Diego, CA. Los comparadores de estudio incluyeron la rodilla SIG-MA (89%), TriathlonTM (7%), NexGen® (3%) y otros (1%).
12. VanLoon C, Meermans G, Baas N, *et al*. Early recovery Rate After a new Design Total Knee Arthroplasty (TKA): A Prospective, Multicenter Cohort of 200 Cases. Presentado en: 2nd World Arthroplasty Conference; 2018 Apr 19-21; Rome.
13. Bloch BV, Shahid M, James PJ. ATTUNE Has Improved Survivorship and Clinical Outcomes Over PFC SIGMA – A Single Surgeon Series of 100 TKAs With Minimum 2 Years Follow-Up. Poster 001 presentado en: British Association for Surgery of the Knee Annual Spring Meeting; 2018.
14. Pfizner T, Moewis P, Stein P, *et al*. Modifications of femoral component design in multi-radius total knee arthroplasty lead to higher lateral posterior femoro-tibial translation. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2018 Jun;26(6):1645-55. doi: <http://doi.org/10.1007/s00167-017-4622-7>. Epub: 2017 Jun 27.
15. Takagi, H., *et al*. Case series report of navigation-based in vivo knee kinematics in total knee arthroplasty with a gradually reducing femoral radius design. *Ann Med Surg (Lond)*. 2017 Mar;17:33-7.
16. Akiyama H, Hoshino A, Hirokazu I, *et al*. A pilot project for the Japan arthroplasty register. *Journal of Orthopaedic Science*. 2012 Jul;17:358-69.
17. Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry (AOANJRR). Hip Knee & Shoulder Arthroplasty: Annual Report 2019. Adelaide: AOA, 2019. Recuperado de: <https://aoanjrr.sahmri.com/documents/10180/668596/Hip%2C+Knee+%26+Shoulder+Arthroplasty/c287d2a3-22df-a3bb-37a2-91e6c00bfcf0>. Ver páginas 214, 247-249, Tablas KT7, KT30, KT31.
18. Holy *et al*. Meta Analyses of TKR Registries. November 2019. Data on file at DePuy Synthes. 

Tutelas en salud en Colombia en 2019

La Defensoría del Pueblo presentó recientemente los resultados de la revisión de tutelas interpuestas por los ciudadanos por presuntas violaciones a los derechos fundamentales que llegaron a la Corte Constitucional durante 2019. Según esta entidad de control, el pasado año 2019 en Colombia se interpusieron 620.257, es decir que, si se tienen en cuenta solo los días laborales, en el país cada 11 segundos se interpuso una tutela.

En su publicación anual *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social en 2019*, la Defensoría advierte que: [...] respecto al derecho fundamental a la salud, las cifras halladas en el estudio demuestran la violación

sistemática y reiterativa por parte de las distintas entidades encargadas de garantizarlo, quienes interponen barreras de acceso a los servicios y niegan tecnologías en salud que se encuentran incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Según el informe, en 2019 se interpusieron 207.368 acciones de tutela buscando proteger el derecho fundamental a la salud, es decir, el 33,43 % del total de las tutelas, lo que significa que cada 34 segundos un ciudadano interpone una acción en búsqueda de la garantía de este derecho.

Evolución de las tutelas y tutelas en salud en Colombia (Periodo 1999-2019)



Fuente: Corte constitucional.
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

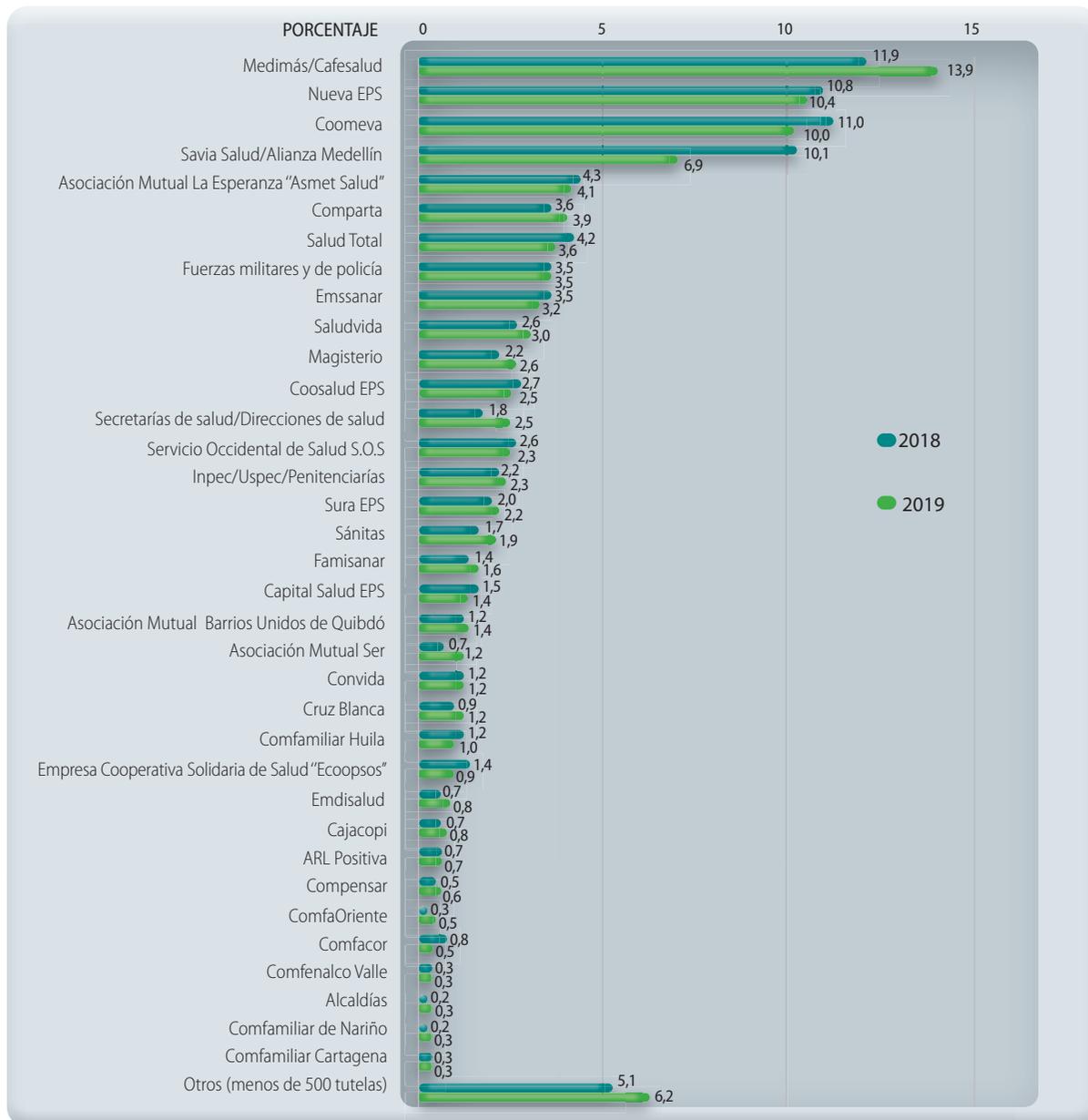
La Defensoría advierte que, aunque las tutelas en salud no aumentaron en este periodo, tampoco disminuyeron significativamente (0,18%). Esto indica que las medidas adoptadas por el Gobierno nacional aún no surten el efecto de disminuir las tutelas, lo que se buscaba desde la Sentencia T-760 de 2008. “Dicha situación se agrava con el incumplimiento de las sentencias por parte de los demandados, lo que genera la interposición de desacatos, los cuales, según los usuarios del sistema, tampoco se cumplen, con el agravante de que los jueces no los hacen cumplir”, anota la Defensoría del Pueblo.

Además, las decisiones de los jueces de primera instancia fueron favorables y concedieron la petición al 80% de las tutelas interpuestas por los ciudadanos pidiendo proteger su derecho a la salud, lo que indica el alto nivel de pertinencia y procedencia de la acción de tutela. Cabe decir que esta cifra pudo haber sido superior si se tiene en cuenta que varias tutelas fueron negadas por hecho superado (que sucede cuando el demandado cumple con la pretensión durante el desarrollo de la acción de tutela) o, lastimosamente, por fallecimiento del accionante.

Respecto a las entidades contra las que los ciudadanos interpusieron un mayor número de acciones de tutela por salud en 2019, encabezaron la lista las EPS Medimás, Coomeva y Nueva EPS,

que durante los últimos cinco años han sido las entidades con el mayor número de acciones de protección en contra por vulneración al derecho fundamental a la salud, a pesar de la disminución de afiliados en las dos primeras.

Participación de las entidades más tuteladas por el derecho a la salud (2018-2019)



Fuente: Corte constitucional.
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

La revisión realizada por la Defensoría del Pueblo demuestra que la EPS Medimás fue la entidad más demandada en 2019 con 28.826 tutelas por vulneraciones al derecho a la salud,

con un incremento el 16,56% respecto al año anterior. A esta entidad le siguieron Nueva EPS (21.567), Coomeva (20.854) y Savia Salud (14.348), todas ellas con disminuciones significativas respecto del 2018.

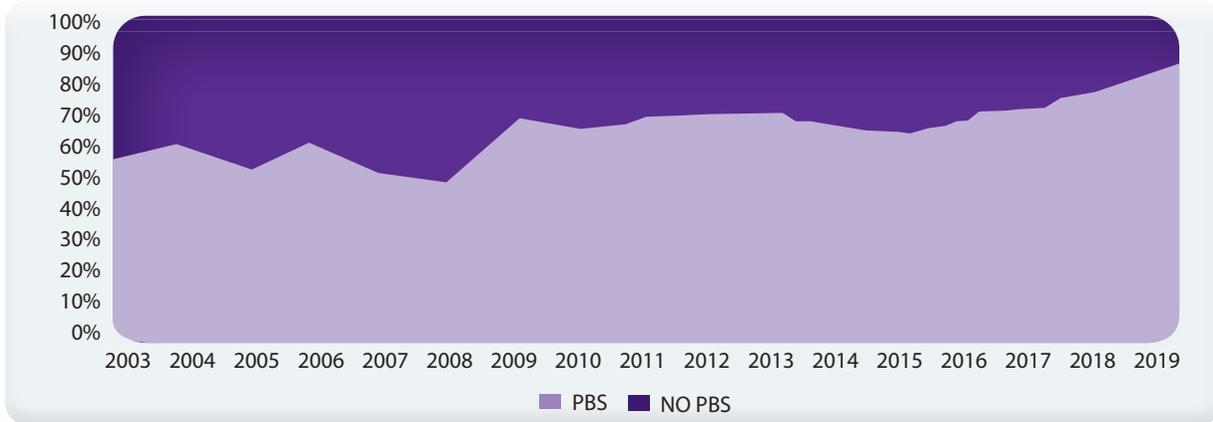


Cifras del sector

En lo concerniente al sistema de salud de las Fuerzas militares y de Policía, se interpusieron 7.339 tutelas, cifra similar a la presentada en 2018. De igual manera, contra el régimen de salud de las personas privadas de la libertad (INPEC, USPEC y penitenciarías) se llevaron a cabo 4.683 acciones, con un incremento del 3,95 %. La

Defensoría del Pueblo señala que en los últimos años hubo un incremento progresivo en el número de tutelas en estos regímenes, por lo que es necesario que el Gobierno nacional realice una evaluación más profunda sobre el funcionamiento de estos sistemas.

Evolución de las solicitudes de servicios en salud PBS en las tutelas (Periodo 2003-2019)



Fuente: Corte constitucional.
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Sobre las solicitudes de los usuarios, las acciones de tutela reclamando contenidos del Plan de Beneficios de Salud (PBS), que están financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), se incrementaron al 85,32%, siendo esta la cifra más alta desde 2003 y la mayor en el régimen contributivo. Para el ente de control no es entendible que se nieguen los contenidos del PBS.

El informe especifica que, al verificar cada uno de los servicios, la mayor variación se dio en reclamaciones de dispositivos médico-quirúrgicos e insumos, pues se incrementaron en un 10,52%, mientras que aseguramiento en salud (29,97%), productos cosméticos y de aseo (12,28%) y medicamentos (11,08%) presentaron disminuciones significativas. Con relación a la categoría de los servicios, los cuales se exigen por tutela en el 65,61% de los casos, esta se mantuvo en los mismos niveles de 2018. En cuanto a todas las solicitudes, los mayores porcentajes PBS se encontraron en servicios (99,48%) y en medicamentos (72,57%), mientras que los productos cosméticos y de aseo solamente se solicitaron en el 2,37% de los casos.

La Defensoría del Pueblo concluye en su informe que los resultados del año 2019 siguen evidenciando la baja capacidad del Estado en el ejercicio de inspección, vigilancia y control de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de los regímenes especiales. Dicha situación, aunada a la falta de efectividad estatal para hacer cumplir los mandatos constitucionales y legales que garantizan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, ha hecho todavía más evidente la necesidad que tienen los usuarios de acudir a esta acción constitucional.

La Ley Estatutaria en Salud (LES), que cumplió 5 años de sancionada en febrero 2020, no ha logrado satisfacer las expectativas ni de las sociedades científicas ni de los ciudadanos en general, quienes plasmaron en ella su esperanza de lograr un sistema de salud que cumpliera con sus principios y, por consiguiente, diera más garantías en relación con el derecho fundamental a la salud. **H**

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En medio de la pandemia por COVID-19, se ha expedido abundante normatividad. En esta sección de Hospitalaria, destacaremos la normatividad relevante expedida para el sector salud desde marzo de 2020.

****Decreto No 800 (04 de junio de 2020).**

Medidas para el flujo de recursos en el SGSSS y para mantener la afiliación al mismo de quienes han perdido la capacidad de pago.

A través del presente decreto, se detallan las siguientes medidas: suscripción de acuerdos de pago parcial para el reconocimiento anticipado del 25% del valor de las solicitudes de recobro con la ADRES; uso de excedentes de la cuenta maestra del Régimen Subsidiado de Salud en la capitalización para el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que haya participación de entidades territoriales, por concepto de urgencias a la población migrante regular no afiliada o irregular; recursos destinados al funcionamiento de las Secretarías de Salud, derivados de las rentas cedidas, podrán ser utilizados para el pago de las atenciones de

salud de la población pobre no asegurada; pago de los servicios que se hayan prestado o se presten por concepto de urgencias a la población migrante regular no afiliada o irregular; cotizantes del régimen contributivo y sus beneficiarios, podrán acceder temporalmente al régimen subsidiado de salud; ADRES podrá hacer anticipos del valor de las canastas a las IPS.

*****Decreto No 808 (4 de junio de 2020).**

Medidas en el sector juegos de suerte y azar.

A través del presente decreto, con el fin de impedir la extensión de los efectos de la pandemia de la COVID-19, se dota a las entidades administradoras del monopolio de juegos de suerte y azar de las facultades para ordenar el pago, a favor de la salud, del valor de los premios que no queden en poder del público, mediante acto administrativo motivado y con el procedimiento previsto en la Ley 1437 de 2011, en el cual se incluirá el pago de intereses moratorios desde la fecha de firmeza de dicho acto.

*****Decreto No 600 (27 de abril de 2020)**

Uso transitorio, por parte de las EPS, de los recursos de sus reservas técnicas.





El presente decreto, establece que las EPS podrán utilizar los recursos que tengan invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija y títulos de deuda pública interna, y que respaldan sus reservas técnicas, para saldar los pasivos registrados como reservas técnicas, previa evaluación del riesgo de mercado y la coyuntura económica para evitar que se generen pérdidas al momento de liquidar dichas inversiones, de acuerdo con las condiciones establecidas en la presente resolución.

*****Decreto 551 (15 de abril de 2020).**

Por el cual se adoptan medidas tributarias transitorias en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Mediante el presente Decreto, se exonera del impuesto sobre las ventas (IVA), en la importación y en las ventas en el territorio nacional, sin derecho a devolución y/o compensación, a los bienes e insumos médicos definidos en el presente Decreto.

Los saldos a favor generados en las declaraciones tributarias del IVA podrán imputarse en las declaraciones de los periodos siguientes, pero en ningún caso podrán ser objeto de devolución y/o compensación. El responsable del IVA que enajene los bienes exentos tiene derecho a impuestos descontables en el IVA, siempre y cuando cumpla con los requisitos consagrados en el Estatuto Tributario, en especial en el artículo 485. Para efectos de la aplicación de la exención del IVA a los bienes e insumos médicos de que trata el presente decreto, se deberá cumplir con el procedimiento establecido.

*****Decreto 538 (12 de abril de 2020).**

Adopta medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud.

Como medidas, se incluye dentro de la tabla de enfermedades laborales, la COVID-19 como enfermedad laboral directa, respecto de los trabajadores del sector salud; se crea la compensación económica para los afiliados al régimen subsidiado de salud que tengan diagnóstico

confirmado de COVID-19; giro directo del saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo; pago de las operaciones de compra de cartera del régimen subsidiado; canasta de atenciones para los pacientes con COVID-19.

****Decreto 521 (6 de abril de 2020).**

Criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los cobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo.

El presente decreto fija los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen contributivo, prestados hasta antes del 25 de mayo de 2019, que no hayan sido pagadas total o parcialmente por la ADRES y que se encuentren registradas en sus estados financieros, definidos en el artículo 4 del presente decreto.

Se establece que las entidades recobranteras deberán allegar, entre otros documentos, el acta de compromiso suscrita con la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud en la que se establezca que esta acepta el resultado de la auditoría y se compromete a no realizar futuras reclamaciones judiciales o administrativas frente a los ítems objeto de saneamiento, cuando estos se encuentren pendientes de pago por parte de la entidad recobrante, o de otros que se paguen con recursos de este mecanismo.

*****Resolución No. 1312 (31 de julio de 2020).**

Amplía el término del reporte de la información del talento humano en salud que prestó

sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19.

La presente Resolución modifica el artículo 6 de la Resolución 1172, ampliando el término hasta el 6 de agosto, para el reporte de la información de las IPS y secretarías de salud departamentales, distritales y municipales de la información del talento humano en salud que prestó sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 o realizó vigilancia epidemiológica entre el 12 de abril de 2020 y el 31 de julio de 2020.

*****Resolución 1272 (29 de julio de 2020)**

Transferencias de recursos del presupuesto de funcionamiento e inversión del Ministerio de Salud y Protección Social a la ADRES para el apoyo del sostenimiento educativo mensual al residente beneficiario del programa Sistema Nacional de Residencias Médicas (SNRM).

El Ministerio de Salud y Protección Social autoriza la transferencia de recursos a la ADRES, para la vigencia 2020, por valor de setenta y cinco mil ochocientos cuarenta y dos millones ciento setenta y nueve mil doscientos pesos (\$75.842.179.200) moneda corriente, de los cuales treinta mil ochocientos cuarenta y dos millones ciento setenta y nueve mil doscientos pesos (\$30.842.179.200) moneda corriente corresponden a recursos de gastos de funcionamiento, y cuarenta y cinco millones de pesos (\$45.000.000.000) al presupuesto de inversión, para el apoyo del sostenimiento educativo mensual del Sistema Nacional de Residencias Médicas, que será reconocido y pagado a los residentes reportados mensualmente por las Instituciones de Educación Superior, quienes recibirán el equivalente a 3 salarios mínimos mensuales vigentes por los meses de julio a diciembre de 2020.

**** Resolución No. 1174 (21 de julio de 2020)**

Disposiciones transitorias en relación con la vigencia de los certificados de acreditación en salud y el seguimiento a las IPS acreditadas.

El Ministerio de Salud y Protección Social amplía la vigencia de los certificados de acreditación otorgados a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que expiren a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución y hasta tanto dure la emergencia sanitaria, por el término de doce (12) meses. Mientras dure la emergencia, el ente acreditador podrá ajustar los procedimientos para implementar un modelo de evaluación virtual para el seguimiento de las IPS que se encuentren acreditadas.

**** Resolución No. 1155 (14 de julio de 2020)**

Adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo de la COVID-19 en la prestación de los servicios de salud.

El protocolo de bioseguridad que se adopta a través del anexo técnico de la presente resolución aplica al talento humano en salud, incluidos estudiantes y docentes que adelantan prácticas formativas en los diferentes prestadores de servicios de salud, así como al personal administrativo, de apoyo y los trabajadores de vigilancia y alimentación relacionados con la prestación de servicios de salud, los servicios de seguridad y salud en el trabajo, los prestadores de servicios de salud y las EPS del régimen contributivo y subsidiado, las entidades que administran planes adicionales de salud, las entidades administradoras de riesgos laborales en sus actividades de salud y las entidades pertenecientes a régimen especial y de excepción de salud.

**** Resolución No. 1128 (8 de julio de 2020)**

Inscripción de oficio al Sistema de Seguridad Social en Salud de las personas que no se encuentran afiliadas o se encuentren con novedad de terminación de la inscripción en la EPS.

Establece que, cuando una persona requiera servicios de salud o sea focalizada por la entidad territorial y, en



ambos casos, no se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud o se encuentre con novedad de terminación de la inscripción en la EPS, el prestador de servicio de salud o la entidad territorial, según corresponda, efectuará su inscripción de manera inmediata a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) o directamente ante la EPS.

**** Resolución No. 1147 (8 de julio de 2020)**

Por la cual se modifican los artículos 9 y 10 de la Resolución 2626 de 2019 en relación con la ampliación de unos plazos para la implementación del MAITE-PAIM

La presente resolución amplía los términos para la formulación y adopción del PAIM del Modelo de Acción Territorial (MAITE). Así, los departamentos y distritos tendrán ahora un plazo de un (1) año para cumplir dicho fin, contado a partir de la definición del lineamiento que contenga la metodología para la construcción del MAITE-PAIM. La entidad territorial reportará al ministerio los resultados de la fase de monitoreo dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del término de un (1) año, contado a partir de la definición del lineamiento que contenga la metodología para la construcción del MAITE-PAIM, definirá los indicadores y criterios para el monitoreo de la implementación y avances del modelo, con el propósito de verificar los resultados e impacto en salud de la población de cada entidad territorial.

**** Resolución No. 1113 (02 de julio de 2020)**

Entrada en vigor de la obligatoriedad del uso del estándar de datos de medicamentos de uso humano.

La presente resolución establece un nuevo plazo al previsto en el artículo 22 de la Resolución 3311 de 2018, en relación con la entrada en vigencia de los numerales 15.1 al 16.1, relativos a la obligatoriedad en el uso del estándar de datos de medicamentos de uso humano para realizar los procesos que impliquen identificación y denominación de los medicamentos, en toda la cade-

na logística y en todos los usos institucionales, a partir del 1.º de julio de 2022.

***** Resolución 1068 (01 de julio de 2020)**

Modifica la tarifa máxima o valores a pagar, por los servicios de Unidad de Cuidado Intensivo para adulto, pediátrica y neonatal, y de Unidad de Cuidado Intermedio para adulto y pediátrica para la atención de pacientes con COVID-19.

Define la tarifa a aplicar cuando los departamentos asuman, por medio del CRUE, el control de la oferta y disponibilidad de camas de unidades de cuidados intensivos e intermedios en el marco de la emergencia sanitaria y no exista acuerdo de voluntades entre la EPS a la cual se encuentra afiliado el usuario y el prestador de servicios de salud que brinda estos servicios. Los servicios se pagarán por día a las siguientes tarifas: atención ámbito unidad intermedio adulto: \$1.921.669; atención ámbito UCI Adulto: \$2.458.848, atención ámbito unidad intermedio pediátrico: \$1.978.070; atención ámbito UCI pediátrico: \$2.243.968; y atención ámbito UCI neonatal: \$2.779.569.

El detalle de las tecnologías y frecuencias de cada servicio se encuentran descritas en el Anexo 1 de la presente Resolución. Las tarifas definidas no incluyen las atenciones correspondientes a las comorbilidades, las cuales se regirán por la normatividad vigente. Las EPS y las demás EOC deberán pagar un anticipo del 50% del valor regulado a las IPS por cada paciente con COVID-19 que requiera Unidad de Cuidado Intensivo y Unidad de Cuidado Intermedio, conforme el procedimiento de cobro y pago definido en la presente resolución.

**** Resolución 1066 (01 de julio de 2020)**

Requisitos sanitarios para la fabricación, comercialización, adecuación y ajuste de productos y

servicios que permitan prevenir, mitigar, controlar y tratar la propagación y efectos del COVID-19.

La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos sanitarios transitorios para la comercialización, distribución, dispensación, entrega no informada, almacenamiento y transporte de medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos médicos, equipos biomédicos y reactivos de diagnóstico *in vitro*, así como para autorizar la fabricación de gases medicinales en IPS, al tiempo de fijar disposiciones en relación con licencias de prácticas médicas y servicios farmacéuticos en lugares de expansión de prestación de servicios de salud.

*****Resolución No 1053 (26 de junio 2020)**

Define especificaciones para el reporte de la información del Sistema Nacional de Residencias Médicas al Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – ReTHUS.

La presente resolución modifica la Resolución 1052 de 2020, respecto del registro de la cuenta bancaria del residente beneficiario para el giro del apoyo de sostenimiento educativo por parte de la institución de educación superior, así como el envío de los documentos digitalizados correspondientes al soporte de matrícula, contrato especial para la práctica formativa, certificación de cuenta bancaria y los soportes de las novedades del residente beneficiario en la oportunidad definida en la presente resolución. Por lo tanto, se modifican los artículos 3 y 4 de la Resolución 059 de 2020, se sustituyen los anexos técnicos 1 y 2, e se incorpora el anexo 3 técnico denominado *“Reporte de información de giros y novedades de residencias médicas”*.

*****Resolución No 1052 (20 de junio de 2020)**

Modifica la Resolución 1872 de 2019 en relación

con aspectos generales del contrato especial de práctica formativa, la afiliación a la seguridad social de los residentes, el apoyo de sostenimiento educativo mensual, entre otras disposiciones.

El contrato especial constituye un acuerdo de voluntades suscrito entre el residente beneficiario, la institución de educación superior en la cual se encuentra matriculado para el desarrollo de la especialización médica quirúrgica, y el prestador de servicios de salud que se constituya como escenario base de práctica formativa. Dicho contrato deberá contener los aspectos generales y derechos enunciados en la presente resolución. La institución de educación superior, con cargo a sus propios recursos, deberá afiliar al residente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales, desde el inicio del programa académico y durante el término que dure el mismo y las prácticas formativas que contemplen.

Con base en la información que reporte la institución de educación superior al Ministerio de Salud a través del ReTHUS, y una vez realizada la validación de esta, el Ministerio remitirá a la ADRES la planilla que contiene el detalle necesario para que esa entidad gire a cada residente el monto del sostenimiento educativo mensual, dentro de los siete (7) días hábiles siguientes al recibo de la comunicación por parte del Ministerio de Salud.

*****Resolución No 992 (17 de junio de 2020)**

Información y canales para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas por COVID-19.

La presente resolución modifica la Resolución No 676 de 2020, ampliando la información a reportar y los canales dispuestos para ello en el marco del Sistema de Información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas por COVID-19.

****Resolución No. 894 (09 de junio de 2020).**

Prescripción a través de MIPRES de pruebas rápidas, tamizaje y pruebas diagnósticas para COVID-19.



Se establece que las IPS, a través del personal que autorice, podrán reportar en la herramienta tecnológica MIPRES las pruebas rápidas de búsqueda y tamizaje, así como las diagnósticas moleculares, para SARS-CoV-2 (COVID-19) prescritas en el ámbito ambulatorio desde el 2 de abril de 2020 y durante el periodo que dure la emergencia sanitaria por causa de la COVID-19.

*****Resolución No. 857 (29 de mayo de 2020).**

Lineamientos para el uso y ejecución de los recursos del subcomponente del subsidio a la oferta del SGP.

La presente resolución fija los lineamientos para la adecuada ejecución de los recursos del subcomponente del subsidio a la oferta del SGP por parte de las entidades territoriales del orden departamental, municipal y distrital, así como las Empresas Sociales del Estado y de los administradores de infraestructura pública que sean monopolio en servicios trazadores.

*****Resolución No. 854 (29 de mayo de 2020).**

Porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra de recaudo de cotizaciones en salud a apropiarse por las EPS y EOC en la Vigencia 2020.

Se fija en un setenta por ciento (70%) el porcentaje de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones de salud a apropiarse por las EPS y demás EOC, durante la vigencia 2020, para financiar las actividades relacionadas con la gestión de cobro de cotizaciones y el manejo de la información sobre el pago de aportes y los servicios financieros asociados al recaudo. Las EPS y demás EOC que se encuentren en proceso de liquidación podrán apropiarse de un veinte por ciento (20%).

****Resolución No 844 (26 de mayo de 2020).**

Prorroga la emergencia sanitaria.

La presente resolución, prorroga la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 31 de agosto de 2020, con el objeto de prevenir y controlar la propagación de la COVID-19 y mitigar sus efectos; se adoptan

un conjunto de medidas sanitarias, las cuales se articulan a aquellas adoptadas al amparo de la emergencia económica, social y ecológica o en desarrollo de la protección al orden público y la convivencia.

****Resolución No. 846 (26 de mayo de 2020).**

Criterios y condiciones para la asignación, transferencia y entrega de los ventiladores.

Con esta medida, serán beneficiarias de la transferencia de los ventiladores las entidades territoriales y departamentales, las cuales se encargarán, a su vez, de entregarlos a las IPS de su jurisdicción, de acuerdo con el plan de expansión presentado al Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando el Comité Estratégico de Salud Pública del MSPS recomiende la entrega directa de los ventiladores, por la especial situación de una IPS, se procederá a la entrega directa por parte del Ministerio a la misma.

Para determinar las entidades territoriales departamentales y distritales o las IPS que van a recibir los ventiladores, se tendrán en cuenta criterios epidemiológicos y de capacidad instalada (artículo 3), al tiempo de cumplir con las condiciones para entrega y recibo (artículo 4), las cuales serán verificadas por los departamentos y distritos. Conforme los contratos 162, 163, 172, 178, 186, 190, 191, 194 y 195 de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social adquirió un total de 2.767 ventiladores.

****Circular No 31 (27 de mayo de 2020).**

Utilización y financiación de ventiladores mecánicos que no tienen autorización para su producción y comercialización en el territorio nacional.

La presente circular señala que, desde el punto de vista constitucional, no es posible el uso

de dispositivos médicos tales como ventiladores mecánicos que no cuenten con el registro sanitario y/o autorización de comercialización por parte del INVIMA. Sin embargo, el artículo 12 de la Ley 23 de 1981 señala una excepción a la regla, según la cual el médico puede usar un procedimiento experimental que ofrezca como única posibilidad para preservar la vida, siempre y cuando medie autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica.

Para lo anterior se precisa: a) Debe haber circunstancias excepcionales graves, que hacen referencia a aquellas en que se demuestre el riesgo latente para la vida y salud del paciente, y no haya otra opción en el momento de brindar la tecnología en salud; b) Se requiere consentimiento informado del paciente o de sus familiares, es decir, su aprobación luego del señalamiento de que se trata de una tecnología experimental, que no cuenta con autorización de la autoridad competente y manifestando los riesgos para la vida y la salud que podría implicar el uso de la tecnología; c) El riesgo por el uso de la tecnología en estado experimental, no aprobado, corre directamente por el paciente y la familia del mismo; d) Estas tecnologías no pueden ser financiadas con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

*****Resolución 676 (24 de abril de 2020)**

Establece el sistema de información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas por COVID-19.

El reporte se deberá realizar diariamente al Ministerio de Salud y Protección Social a fin de constituir un insumo para alertar y tomar decisiones en relación con la expansión de la capacidad hospitalaria y disponibilidad de talento humano en salud, y realizar estimaciones

relacionadas con suficiencia, capacidad, oportunidad, evolución y manejo oportuno, según el comportamiento de la epidemia y las capacidades de los territorios para dar respuesta a la misma.

****Resolución No 628 (23 de abril de 2020).**

Por la cual se definen los criterios, el procedimiento y las fases del llamado al Talento Humano en Salud para reforzar o apoyar a los prestadores de servicios de salud en la etapa de mitigación de la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2.

Conforme los criterios definidos en la presente resolución, el personal llamado podrá negarse a aceptar la vinculación, si ya tiene una vinculación laboral o contractual vigente, o ya presta servicios de salud en algún prestador de servicios de salud, si considera que no existen garantías suficientes para aceptar o si cree estar dentro de alguna de las causales establecidas en el artículo 9 del Decreto 538 de 2020.

Así mismo, el llamado, en caso de requerirse, se efectuará en el marco del plan de expansión y reasignación del talento humano en salud que se encuentra articulado con la cuatro fases para la prestación de servicios durante la pandemia por Coronavirus COVID-19, ambos componentes contenidos en el “Plan de Acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)”, adoptados mediante la Resolución 536 de 2020.

****Resolución No. 619 (17 de abril de 2020)**

Términos y condiciones para el desarrollo de la operación de compra de cartera.

La presente Resolución tiene por objeto establecer los criterios, condiciones, plazos, garantías y periodo de gracia para la compra de cartera a las IPS, con cargo a los recursos administrados por la ADRES y su posterior pago por parte de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, en el marco de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19.



****Resolución No 619 (16 de abril de 2020).**

Trámites ante la Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes y los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, con ocasión de emergencia sanitaria por la COVID-19.

Se conceden facultades a la Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes y los Fondos Rotatorios de Estupefacientes(UAEA-FNE), mientras dure la medida de declaratoria de emergencia sanitaria por la COVID-19, para establecer procedimientos expeditos para los productos sujetos a control y fiscalización, medicamentos de control especial y de monopolio del Estado, para que sean importados, fabricados, transportados, distribuidos y dispensados con el fin de garantizar su disponibilidad y acceso. Así mismo establece algunos requisitos que optimicen los trámites surtidos ante el FNE y los Fondos Rotatorios Especiales.

****Resolución No 616 (16 de abril de 2020).**

Plazo para la realización de mesas de conciliación en el proceso de saneamiento de aportes patronales.

A través de la presente resolución, teniendo en cuenta que, pese a los esfuerzos realizados con los departamentos y distritos para lograr el saneamiento de los aportes patronales, no ha sido posible culminar los procesos de conciliación entre las entidades empleadoras y administradoras de pensión, salud, cesantías y riesgos laborales, se amplía el termino establecido en la Resolución 1545 de 2019, para la realización de las mesas de conciliación.

*****Circular No. 24 (16 de abril de 2020)**

Lineamientos para garantizar el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes en el marco de la emergencia por COVID-19.

Establece que las IPS deberán: a) garantizar la prestación de los servicios de transporte en ambulancia básica o medicalizada, de acuerdo con su oferta de servicios y obligaciones pactadas con las EAPB; b) suministrar al personal administrativo y profesional de la salud que

labore en IPS, la identificación que lo acredite como trabajador del sector salud, c) expedir a los conductores de vehículo particular o público certificación que acredite que se encuentra movilizándolo desde el domicilio a la IPS y viceversa, al personal administrativo y/o a los profesionales de la salud, que laboran en esa IPS.

*****Resolución 609 (13 de abril de 2020).**

Línea de redescuento con tasa compensada de FINDETER

Mediante la presente resolución, se modifican los artículos 5 y 6 y se adiciona un artículo a la Resolución 3460 de 2015, adicionando recursos de la línea de redescuento con tasa compensada de FINDETER por doscientos cincuenta y seis mil setecientos cincuenta y tres millones doscientos sesenta y ocho mil novecientos cinco pesos (\$256.753.268.905) para EPS e IPS.

****Resolución No. 544 (13 de abril de 2020).**

Medidas en materia de contratación estatal para la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos y elementos de protección personal.

Dispone que los contratos que tengan por objeto la adquisición en el mercado internacional de los elementos que se indican en el presente decreto, no se regirán por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y, en consecuencia, le serán aplicables las normas de derecho privado.

****Resolución No. 574 (3 de abril de 2020).**

Amplía transitoriamente el plazo para el reporte de información a la cuenta de Alto Costo.

Mediante la presente resolución, se amplía el reporte de pacientes con cáncer hasta el 5 de julio de 2020. Para el reporte de información correspondiente a la hemofilia y otras

coagulopatías, el plazo se amplía hasta el 30 de mayo de 2020. Respecto al reporte de la información de infección por el VIH y SIDA, deberán realizarlo a más tardar el 15 de junio de 2020.

****Resolución No. 536 (31 de marzo de 2020).**
Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19).

El plan de acción adoptado a través de la presente resolución, podrá ser consultado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, en el micrositio coronavirus – Documentos técnicos, y podrá modificarse de acuerdo con el comportamiento de la pandemia COVID-19 en el país y en el mundo.

*****Resolución No. 535 (31 de marzo de 2020).**
Condiciones para el manejo integrado de los recursos de la UPC y los presupuestos máximos a cargo de las EPS.

Las EPS o EOC podrán realizar contratos con las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, financiarlos de manera integral con recursos de la UPC de los presupuestos máximos, así como los demás ingresos operacionales, con el fin de garantizar la integralidad y la gestión de la prestación de los servicios. Las IPS deberán producir los RIPS y facturar de conformidad con la normatividad vigente.

Lo anterior teniendo en cuenta la necesidad de establecer condiciones claras para facilitar que las EPS pueden implementar diferentes formas de contratación y pago, como, por ejemplo, paquetes per cápita y mecanismos de anticipos, de acuerdo con la normatividad vigente, que permitan el flujo de recursos hacia las IPS y demás agentes que están atendiendo la emergencia por COVID-19.

****Resolución No. 521 (28 de marzo de 2020).**

Procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio durante la emergencia sanitaria por COVID-19.

El presente procedimiento se realiza con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19. El procedimiento se encuentra contenido en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo.

****Resolución No. 522 (28 de marzo).**

Importación y fabricación en el territorio nacional de reactivos de diagnóstico *in vitro*, dispositivos médicos, equipos biomédicos y medicamentos, declarados vitales no disponibles, para prevención, diagnóstico y tratamiento, seguimiento de COVID-19.

La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos para importar y fabricar, en el territorio nacional, reactivos de diagnóstico *in vitro* de metodología molecular en tiempo real (RTC-PCR) para el diagnóstico de COVID-19, pruebas y reactivos recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, y por autoridades sanitarias; señala los requisitos para dispositivos médicos, equipos biomédicos y medicamentos que se declaren por el INVIMA como vitales no disponibles requeridos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de COVID-19.

****Resolución No. 507 (25 de marzo de 2020).**

Uso de los recursos de salud pública del Sistema General de Participaciones.

La presente resolución determina que las entidades territoriales, en el marco de la emergencia sanitaria, están autorizadas para, con cargo a los recursos del SGP, adquirir y suministrar los siguientes insumos para la prevención y control del COVID-19, así: máscara de alta eficiencia N95, mascarillas quirúrgicas, batas desechables antifluido, careta de protección facial, monogafas, guantes no estériles para examen, alcohol glicerinado



para desinfección higiénica de manos, jabón líquido antiséptico, toallas de papel desechables, bolsas de basura para residuos generados en las actividades previstas en la presente resolución, termómetro para medir temperatura axilar, bolsa específica para cadáveres resistentes a la filtración de líquidos.

****Resolución No. 502 (24 de marzo de 2020).**

Lineamientos para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Los lineamientos podrán consultarse en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social en el micrositio coronavirus – Documentos técnicos, los cuales podrán modificarse de acuerdo con el comportamiento de la pandemia COVID-19 en el país y en el mundo.

*****Resolución No. 500 (24 de marzo de 2020).**

Acelera el flujo de recursos del presupuesto máximo a las EPS y EOC.

Define que la ADRES transferirá a las EPS o EOC el 100% de los recursos del presupuesto máximo dentro de la vigencia fiscal respectiva. La transferencia se realizará de forma mensual y proporcional dentro de los diez (10) primeros días del respectivo mes. Sin embargo, durante el término de la emergencia sanitaria declarada por causa de COVID-19, la ADRES definirá el calendario de transferencias del valor mensual del presupuesto máximo de la vigencia 020 y podrá anticipar el giro de dichos recursos a las EPS y EOC.

*****Resolución 385 (12 de marzo de 2020).**

Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa de COVID-19 y se adoptan las medidas para hacer frente al virus causante.

Se declara la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020. Dentro de las medidas tomadas, se ordena a los jefes, representantes legales, administradores o quienes hagan sus veces, en los centros laborales públicos y privados, las medidas

de prevención y control sanitario para evitar la propagación del COVID-19. Deberá impulsarse al máximo la prestación del servicio a través del teletrabajo. Así mismo, se ordena a las EPS, entidades territoriales e IPS, facilitar la afiliación de oficio al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población colombiana y de los migrantes regulares, utilizando los canales virtuales que el Ministerio de Salud ha dispuesto para el efecto.

2. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

*****Circular Externa 014 (26 de junio de 2020)**

Circular Externa 014 de 2020, mediante la cual la Superintendencia Nacional de Salud imparte instrucciones para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos.

Establece que las EPS y Entidades Adaptadas al Sistema, deben garantizar el flujo de recursos y el cumplimiento de los compromisos derivados de los acuerdos de voluntades, atenciones de urgencias y/o de las autorizaciones otorgadas a las IPS y otros proveedores en salud, para la atención de sus afiliados, que redunden en la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud de conformidad con la normativa vigente. En consecuencia, dichas entidades no pueden incurrir en acciones que afecten y generen un riesgo para la operación del sistema de salud descritas en la presente circular.

*****Circular No 012 (02 de junio de 2020).**

Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por la enfermedad COVID-19.

La presente circular establece que las IPS deberán dar estricto cumplimiento a lo establecido en los "Lineamientos para el manejo

clínico de pacientes con infección por COVID-19” expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social y fortalecer los canales de comunicación con las entidades territoriales y las EAPB, junto con los criterios de manejo asistenciales que definen la pertinencia o no de la hospitalización en alta complejidad – unidad de cuidado intermedio o intensivo – UCI según el caso.

****Circular No 09 (30 de abril de 2020).**

Utilización de recursos de sus reservas técnica para saldar los pasivos con las IPS, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 600 de 2020.

En desarrollo de lo dispuesto en el decreto 600 de 2020, se establece que las EPS deberán presentar a la Superintendencia Nacional de Salud la política de pagos, indicando la manera equitativa en la que se distribuirán los recursos que tengan invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija y deuda pública, que respaldan las reservas técnicas entre las IPS, y proveedores de servicios y tecnologías en salud. Adicionalmente, deberán relacionar, en la tabla indicada, los montos asignados en la distribución de recursos para cada IPS y proveedor.

****Circular Externa No 06 (31 de marzo de marzo).
Reporte de Información a la Superintendencia Nacional de Salud.**

Teniendo en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular 004 de 2020, mediante la cual impartió instrucciones para el reporte de información dirigido a las EAPB e IPS sobre la gestión de riesgo, incluyendo la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo, y, teniendo en cuenta que todos los vigilados se encuentran dentro de la coyuntura ocasionada por la emergencia

sanitaria, mediante la presente circular externa se imparten instrucciones adicionales para el reporte de la información, cuyas disposiciones aplican para el corte comprendido entre los meses de febrero de 2020 y septiembre del presente año 2020.

3. ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)

*****Circular 034 (10 de agosto de 2020)**

Procedimiento para el reconocimiento del anticipo por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios.

Mediante la presente circular, la ADRES modifica el cronograma de ventanas asociadas al anticipo por disponibilidad de las camas del mes de julio y subsiguientes, al tiempo de actualizar el formato de legalización definido en la Circular 030 de 2020.

El valor de la nómina a reportar es aquella del mes correspondiente a la disponibilidad de camas, mas no el mes en el que se realiza el giro efectivo de recursos asociados al anticipo; el valor correspondiente a los gastos asociados a la nómina y/o remuneración del talento humano en salud de planta (incluyendo la seguridad social) o aquel asumido por la entidad en el marco de los contratos por prestación de servicios; se modifica el numeral 6 de la Circular 030 de 2020, para eliminar la obligación de enviar el archivo en formato Excel asociado al detalle de los gastos de nómina asumidos por cada una de las IPS con el fin de simplificar el procedimiento; si la solicitud fue rechazada, se podrá volver a presentar en las ventanas de radicación que habilite la ADRES posteriormente.

*****Circular 031 (23 de julio de 2020)**

Procedimiento para el reporte de información del talento humano en salud que presta sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19.



Con el objeto de determinar los perfiles y montos a reconocer en el marco del artículo 11 del Decreto 538 de 2020 del MSPS, esta circular define el procedimiento de reporte de información del talento humano en salud que presta sus servicios a pacientes afectados por COVID-19. Es responsabilidad de la IPS realizar la activación de acuerdo con las instrucciones registradas en el correo electrónico remitido por la ADRES a cada entidad.

*****Circular 030 (21 de julio de 2020)**

Define el procedimiento para el reconocimiento, por parte de la ADRES, del anticipo por disponibilidad de camas de que trata la Resolución 1161 del MSPS.

Con esta circular se establecen los términos y especificaciones técnicas y operativas para adelantar el pago del anticipo asociado a la disponibilidad de unidades de cuidado intensivo e intermedio financiado con recursos de las canastas de servicios y tecnologías destinados a la atención de COVID-19.

****Resolución No. 2192 (10 de marzo de 2020)**

Proceso de verificación, control y pago de algunos de los servicios y tecnologías no financiados con cargo al presupuesto máximo.

Se define que los servicios y tecnologías no financiadas con cargo al presupuesto máximo y que serán objeto de verificación, control y pago por parte la ADRES son: los medicamentos clasificados por el INVIMA como vitales no disponibles y que no tengan un valor de referencia; las nuevas entidades químicas que no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país o que representen una alternativa terapéutica superior a un tecnología financiada con cargo a los presupuestos máximos; el medicamento que requiera la persona que sea diagnosticada por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo, conforme a lo establecido en el artículo 9 y 10 de la Resolución 205 de 2020; los procedimientos en salud nuevos en el país. El proceso de verificación, control y pago se efectuará

en los dos (2) meses siguientes al periodo de inicio de proceso.

****Resolución 2067 (03 de marzo de 2020)**

Por la cual se implementa el proceso para realizar la transferencia de recursos del presupuesto máximo (techos).

La ADRES efectuará durante los primeros 10 días del respectivo mes el giro a las EPS y EOC de los recursos que por concepto de presupuesto máximo les corresponda, con los cuales se garantizarán los servicios y tecnologías no financiados con la UPC que se presten a partir del 1 de marzo de 2020. Respecto al giro directo, la ADRES podrá, una vez la EPS informe el acogimiento al mecanismo de giro directo, realizar transferencias a las IPS y proveedores de servicios de salud no financiados con la UPC, de conformidad con las reglas establecidas en el artículo 5 de la presente resolución.

4. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

*****Ley 2024 (23 de julio de 2020)**

Por medio de la cual se adoptan normas de pago en plazos justos en el ámbito mercantil y se dictan otras disposiciones en materia de pago y facturación.

La presente ley tiene como objeto desarrollar el principio de buena fe contractual, mediante la adopción de una serie de medidas que protejan a las personas naturales y jurídicas que sean sometidas a condiciones contractuales gravosas en relación con los procedimientos y plazos de pago y facturación de sus operaciones comerciales, incorporando la obligación de pago en plazos justos. La ley señala un plazo diferencial y transicional para el pago de las obligaciones derivadas de las operaciones mercantiles, en el marco del SGSSS, de 60 días

calendario desde el inicio del tercer año contado a partir de su entrada en vigor.

5. MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.

*****Resolución No 1129 (20 de mayo de 2020).**
Cálculo de la disminución en ingresos de los beneficiarios del Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF).

A través de la presente resolución, se define el método de cálculo de la disminución del 20% de los ingresos de los beneficiarios, en alguno de los dos siguientes eventos: la disminución en sus ingresos deberá evidenciarse al comparar los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con los ingresos del mismo mes del año 2019 o evidenciarse al comparar los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con el promedio aritmético de ingresos de enero y febrero de 2020.

La certificación de la disminución de los ingresos, de acuerdo con el **método de cálculo descrito, deberá especificar cuál de los dos eventos propuestos fue el considerado para la postulación al programa.**

****Decreto 677 No (19 de mayo de 2020).**
Modifica el Decreto Legislativo 639 del 8 de mayo de 2020.

Amplia los beneficiarios del aporte estatal del Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF), que para el efecto certifiquen una disminución del veinte por ciento (20%) o más en sus ingresos, a las personas naturales inscritas en el registro mercantil, consorcios y uniones temporales que cumplan con los requisitos establecidos. Así mismo, se modifica lo relacionado a la cuantía

del aporte estatal del PAEF, el cual corresponderá al número de empleados multiplicado por hasta el 40% del valor del salario mínimo legal mensual vigente, atendiendo a los términos establecidos en el presente Decreto.

*****Decreto No 639 (08 de mayo de 2020)**

Crea el Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF), en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado por el Decreto 637 de 2020, expedido en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19, decretada por el Gobierno Nacional.

El presente Decreto Legislativo tiene por objeto crear el Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF), con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias –(FOME), como un programa social del Estado que otorgará al beneficiario de este un aporte monetario mensual de naturaleza estatal, y hasta por tres veces, con el objeto de apoyar y proteger el empleo formal del país durante la pandemia del nuevo coronavirus.

****Decreto 492 (28 de marzo de 2020).**

Medidas para el fortalecimiento del Fondo Nacional de Garantías.

Mediante el presente decreto, se optimiza el uso del capital de entidades financieras de propiedad estatal, transfiriendo dichos recursos al Fondo Nacional de Garantías, para que respalde la emisión de nuevos créditos con el fin de mantener activas las relaciones crediticias y financiar tanto a micro, pequeñas y medianas empresas, así como a personas naturales, que han dejado de percibir ingresos por su condición de trabajadores independientes o desempleo.

****Decreto 444 (21 de marzo de 2020).**

Crea el Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) y se dictan disposiciones en materia de recursos, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Crea el FOME, como un fondo cuenta sin personería jurídica del Ministerio Hacienda y Crédito Público. El FOME

tendrá por objeto atender las necesidades de recursos para la atención en salud, los adversos generados a la actividad productiva y la necesidad de que la economía continúe brindando condiciones que mantengan el empleo y en el marco del Decreto 417 de 2020.

Los recursos del FOME se podrán usar para conjurar la crisis o impedir la extensión de sus efectos en el territorio nacional en el marco del Decreto 417 del 2020.

6. MINISTERIO DEL TRABAJO

*****Decreto No 815 (4 de junio de 2020).**

Medidas sobre el Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF)

Establece que los aportes recibidos por los beneficiarios por concepto del PAEF no estarán sujetos a retención en la fuente, al tiempo de que amplía el programa por un (1) mes adicional para subsidiar las obligaciones laborales por el mes de agosto, así como amplía los beneficiarios a las personas naturales y jurídicas con licencia de funcionamiento de establecimientos educativos no oficiales.

*****Decreto No 770 (03 de junio de 2020).**

Adopta medidas en el ámbito laboral.

El presente decreto adopta medidas relacionadas con turnos de trabajo sucesivo, jornadas de trabajo, acuerdo para el pago de la prima y el programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios (PAP) con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME).

*****Decreto No 676 (19 de mayo de 2020).**

Incorpora a la COVID-19 como enfermedad directa para los trabajadores de la salud en la tabla de enfermedades laborales.

A través del presente decreto se incorpora a la COVID-19 en la tabla de enfermedades laborales como enfermedad

laboral directa para los trabajadores de la salud, por lo que se instruye a las ARL para que realicen pruebas diagnósticas al personal de salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención del COVID-19.

Así mismo, las ARL deberán contribuir con la financiación y/o con la entrega de los elementos de protección personal de sus afiliados cuando estos correspondan a personal de salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención del COVID-19 y que estén vinculados mediante contrato de prestación de servicios, aplicando criterios de priorización de acuerdo con el nivel de exposición al riesgo. La ARL concertará con la entidad o empresa contratante la forma en la que se realizará la financiación y/o entrega correspondiente.

****Decreto 488 (28 de marzo de 2020).**

Medidas de orden laboral dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

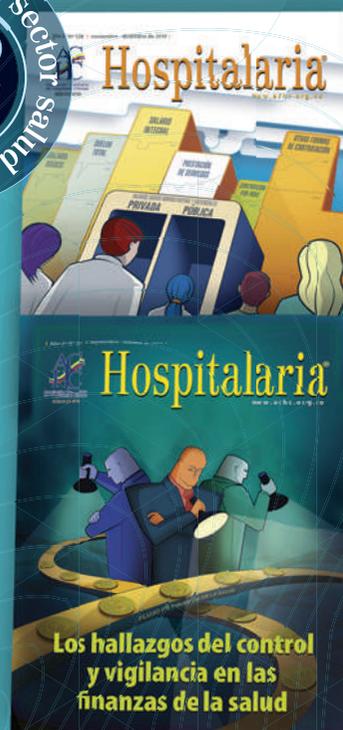
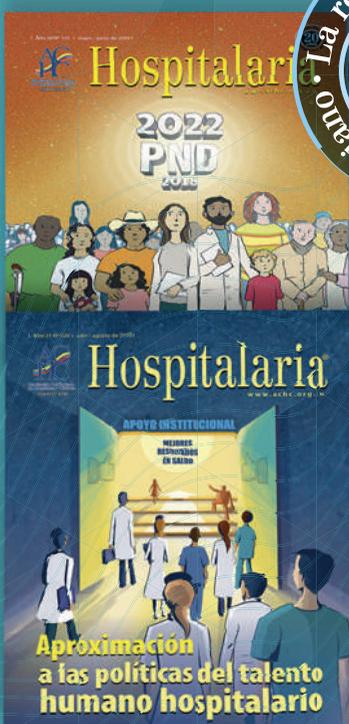
Se adoptan medidas en el ámbito laboral con el fin de promover la conservación del empleo y brindar alternativas a trabajadores y empleadores, entre las cuales destacamos la destinación de los recursos de cotizaciones en riesgos laborales por parte de las ARL para realizar actividades de promoción y prevención dirigidas a los trabajadores de la salud tanto asistenciales como administrativos y de apoyo, así como para la compra elementos de protección personal, chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico, y acciones de intervención directa relacionadas con contención y atención de la COVID-19. **II**



Revista Hospitalaria®

www.achc.org.co

La revista del sector salud Colombiano



¡Paute con Nosotros! >>>

Info: comunicaciones@achc.org.co
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:

