



Bogotá D.C., 16 de abril de 2020



Honorables Magistrados

CORTE CONSTITUCIONAL

A la Atención de, H. Magistrado Dr. Fernando Reyes

E. S. D.



Asunto: Intervención ciudadana en el marco de la revisión de constitucionalidad del Decreto 417 de 2020, sobre crisis sanitaria COVID 19. Expediente RE-232.



Nosotros, Monseñor Fabián Marulanda identificado con C.C. 2.227.965 de Ibagué, delegado Conferencia Episcopal de Colombia; Angela Patricia Acosta, con C.C. 52.176.389 de Bogotá D.C., Directora General de la Fundación Misión Salud; José Julián López Gutiérrez con C.c. 19.382.470 de Bogotá D.C., Director del Centro de información de medicamentos de la Universidad Nacional De Colombia – CIMUN; Claudia Marcela Vargas Páez, con C.C. 53.047.780 de Bogotá D.C. directora de la Fundación IFARMA; Sergio Isaza Villa, con C.C. 19.145.720 de Bogotá D.C., Presidente de la Federación Médica Colombiana; Oscar Andia Salazar, identificado con C.E. 150.606, Director del Observatorio del medicamento de la Federación médica colombiana – OBSERVAMED; y Jennifer Milena Bueno identificada con C.C. 39.804.679 de Cajicá, Coordinadora del Comité de veeduría y cooperación en salud - CVCS; integrantes el Comité de Veeduría y Cooperación en Salud (CVCS), coalición de organizaciones colombianas de la sociedad civil, la Academia y la Iglesia Católica, que ha venido adelantando acciones de veeduría ciudadana en torno al acceso a medicamentos, promoción del uso racional de medicamentos y defensa del derecho a la salud como derecho fundamental desde el 2012, respetuosamente presentamos a los integrantes de la Sala de revisión, en los términos de los artículos 40, numeral 7º. y 95, numeral 7º de la Constitución y dentro de los plazos, establecidos por el artículo 37 del Decreto 2067 de 1991, las consideraciones a continuación, las cuales parten de entender el momento difícil que enfrenta el actual gobierno, y buscan brindar alertas a la revisión de constitucionalidad del Decreto 417 de 2020, el cual sin ser contrario a la constitución puede controvertir principios y leyes del Sistema como lo es la Ley Estatutaria de Salud.



La ley 1751 de 2015, es la Ley Estatutaria de Salud a través de la cual se garantiza el derecho fundamental a la salud, regula y establece sus mecanismos de protección. Esta ley debe ser el marco de acción de todas las instancias del gobierno nacional para enfrentar las crisis sanitarias pues es la que establece las obligaciones del Estado frente a la protección de la salud de sus habitantes.



El análisis que presentamos a continuación y ponemos a su disposición se compone de tres secciones alrededor del desarrollo del programa nacional de atención a la pandemia COVID-19. En la primera hacemos reconocimiento especial a entidades y acciones estatales que, a nuestro parecer, son positivas para el plan de manejo nacional frente al COVID-19; en la segunda reflexionamos sobre las acciones que al no hacerse a tiempo incrementaron la dificultad del enfrentamiento de la situación





sanitaria, al tiempo que proponemos medidas que son necesarias y útiles aún, pero de no llevarse a cabo agravarán el escenario; por último, llamamos la atención sobre debilidades estructurales del sistema de salud que influyen directamente en el desarrollo de las acciones proyectadas e implementadas por el Gobierno nacional

Reconocimientos preliminares

La reacción del gobierno nacional merece un reconocimiento preliminar, en tanto varias de sus acciones han puesto en evidencia que en las instituciones con responsabilidades directas o indirectas frente a esta coyuntura global existen equipos técnicos rigurosos, con inclinación social y conciencia de salud pública.

Específicamente queremos destacar las siguientes decisiones que por sí solas pueden resultar insuficientes pero que constituyen nodos, como parte de una estrategia de salud pública. A través de estas decisiones se ha dado una respuesta organizada bajo el marco del derecho fundamental a la salud.

- Declaración de vitales no disponibles por parte de la Sala Especializada de medicamentos del INVIMA (SEM)¹

Como se registró en el acta 01 de 2020, la SEM incluyó de manera temporal en el listado de medicamentos vitales no disponibles los ‘antisépticos desinfectantes de uso externo’, a partir del alto riesgo de desabastecimiento temporal de productos necesarios para responder a la epidemia de COVID-19 y de que algunos de los productores locales manifestaron no disponer de la capacidad para aumentar la producción y comercialización durante el periodo de respuesta crítica.

Esta decisión implica que al ser medicamentos e insumos indispensables e irremplazables y encontrarse en riesgo de desabastecimiento pueden ser producidos a nivel nacional por nuevos productores (siempre que cumplan las normas de Buenas Prácticas de Manufactura)² o pueden ser importados con autorización especial³.

- Medida de restricción de exportaciones de bienes necesarios

Destacamos también la decisión del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, anunciada el pasado 22 de marzo, que a través del Decreto 462 de 2020 “prohíbe la exportación y reexportación de los productos necesarios para afrontar la medida sanitaria provocada por el

¹ Acta 01 de la Sala Especializada de Medicamentos del INVIMA. Marzo 18 de 2020.

<https://www.invima.gov.co/documents/20143/1675826/Acta+No.+01+de+2020+SEM-final.pdf>

² Telemedellín. INVIMA aprobó a la Fábrica de Licores de Antioquia para producir alcohol antiséptico. Marzo 30 de 2020. <https://telemedellin.tv/invima-aprobo-a-la-fabrica-de-licores-de-antioquia-producir-alcohol-antiseptico/383072/>

³ INVIMA, Medicamentos Vitales no Disponibles. Preguntas frecuentes <https://www.invima.gov.co/medicamentos-vitales-no-disponibles>





CIMUN
CENTRO DE INFORMACIÓN DE INVESTIGACIÓN



m+
Misión Salud



CVCS
COMITÉ DE VEEDURÍA Y
COOPERACIÓN EN SALUD

COVID-19.”⁴ Según nota de prensa del Ministerio de Comercio los productores e importadores de los productos: Alcohol, jabón, papel higiénico, guantes de uso médico o de atención, los demás medicamentos para uso humano, desinfectantes, paños y toallas húmedas, gel antibacterial, tapabocas y equipos médicos de varios tipos, guantes de caucho de distintas clases, gafas de protección, electrocardiógrafos, monitores de signos vitales, cunas neonatales, ventiladores, aparatos respiratorios y máscaras de protección respiratoria, equipos de rayos X y camas y camillas hospitalarias, son algunos de los bienes que no se podrán exportar durante los próximos seis meses⁵.

- Respuesta del Instituto Nacional de Salud (INS)

El INS ha demostrado ser una entidad con altos estándares técnicos, científicos y gran equipo humano, que en diciembre pasado recibió la acreditación internacional de la *Training Programs in Epidemiology and Public Health Intervention Network (TEPHINET)*⁶.

Desde el anuncio de la aparición del COVID-19 en China, el INS ha estado en constante comunicación con la comunidad y ha orientado la respuesta nacional basado en evidencia científica de la más alta calidad. Adicionalmente, el INS ha multiplicado esfuerzos de cooperación para que en tiempo récord laboratorios universitarios a nivel nacional hayan recibido la capacitación y autorizaciones necesarias para realizar las pruebas diagnósticas. Nos preguntamos sobre la capacidad presupuestal del INS para responder a una situación como la actual: la adquisición de equipos e insumos, el pago de nóminas, la logística de centralización de pruebas, las estrategias masivas de comunicación, educación y difusión pueden desbordar⁷ con facilidad la capacidad presupuestal y administrativa de este instituto. Es necesario

⁴ Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Marzo 22 de 2020. Decreto 462 de 2020. <http://www.mincit.gov.co/prensa/medidas-para-mitigar-impacto-del-covid-19/documentos-covid-19/decreto-462-del-22-de-marzo-de-2020.aspx>

⁵ Por alta demanda, Gobierno Nacional restringe exportaciones de 24 bienes necesarios para prevenir y contener el coronavirus. Marzo 23 de 2020. <http://www.mincit.gov.co/prensa/noticias/comercio/por-alta-demanda-gobierno-nacional-restringe-expor>

⁶ Colombian President recognizes FETP for achieving Tephinet accreditation. Enero 6 de 2019. <https://www.tephinet.org/colombian-president-recognizes-fetp-for-achieving-tephinet-accreditation>

⁷ El subregistro oficial de casos de Coronavirus dificultará decisión sobre ampliar cuarentena. La Silla Vacía. Marzo 28 de 2020.

A grandes rasgos, la máquina, que el laboratorio suizo Roche prestó al Instituto Nacional de Salud, se encarga de extraer el ácido nucleico de la prueba, lo que es “fundamental para la realización de la prueba diagnóstica molecular del covid19”, dijo la directora del INS, Martha Ospina.

<https://lasillavacia.com/subregistro-oficial-casos-coronavirus-dificultara-decision-sobre-ampliar-cuarentena>



fortalecerlo y protegerlo utilizando las atribuciones especiales que otorga al gobierno la declaratoria de emergencia.

- Declaración de interés en salud pública los medicamentos, dispositivos médicos, vacunas y otras tecnologías en salud que sean utilizadas para el diagnóstico, prevención y tratamiento del COVID-19⁸.

Esta medida hace que no sea necesaria la conformación del comité tripartita conformado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Comercio y el Departamento Nacional de Planeación establecido por el decreto 670 de 2017⁹, de modo que puede ser más expedita la implementación de flexibilidades como las licencias obligatorias o la licencia de uso gubernamental sobre insumos necesarios para el control de la epidemia y que estén protegidos por patentes.



Acciones con oportunidad de aprendizaje

Si bien comprendemos que una situación como la que está viviendo el país pone en juego todas las capacidades institucionales y pone en evidencia las debilidades estructurales, es necesario mirar hacia atrás y evaluar las decisiones que, al no tomarse a tiempo, comprometieron la capacidad de respuesta a la situación y, por ende, pusieron en aprietos a los profesionales e instituciones de la salud. La primera lección la encontramos en la decisión tardía de cierre de la principal puerta de entrada del virus, el Aeropuerto Internacional El Dorado de Bogotá. A pesar de conocer las experiencias internacionales alrededor de la importación de casos¹⁰, Colombia tardó 17 días para restringir el ingreso de viajeros procedentes de otros países (6 de marzo a 23 de marzo). Adicionalmente, no se tomaron las medidas necesarias para garantizar el aislamiento preventivo de las personas que arribaron al país durante este periodo, y hacer el seguimiento adecuado para determinar cuáles estaban infectadas y cuáles no.



La decisión es comprensible desde un punto de vista que considera la salud del país y sus habitantes como una condición desarticulada de la economía nacional. Sea este el momento de recordar que por un lado la salud de un país es la mejor expresión de su economía, no las finanzas, como muchas personas lo creen y divulgan desde las mismas instancias gubernamentales, y que existe una jerarquía en los derechos, y es bien sabido que el derecho a la salud debe primar por encima de los intereses comerciales de particulares¹¹.

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 476 de 2020 "Por el cual se dictan medidas tendientes a garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del Covid-19 y se dictan otras disposiciones, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica"

⁹ Ministerio de Comercio, Industria y Turismo de Colombia. Decreto 670 de 2017

<https://www.sic.gov.co/sites/default/files/files/Boletin-juridico/2017/DT670DEL25deAbrilde2017LicenciaObli.pdf>

¹⁰ Stanway y Feast, «World Should Learn Lessons from China in Coronavirus Fight - China Daily».

<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-china-editorial/world-should-learn-lessons-from-china-in-coronavirus-fight-china-daily-idUSKBN21403U>

¹¹ Holguín Zamorano, *La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso*, 29-50.





CIMUN
CENTRO DE INFORMACIÓN DE MONITOREO



m+
Misión Salud



CVCS
COMITÉ DE VEEDURÍA Y
COOPERACIÓN EN SALUD

Al mismo tiempo, tan pronto como se confirmó el primer caso en el país habría sido necesario de manera inmediata adquirir las pruebas que permitan el diagnóstico masivo del virus, acompañado de la identificación de contactos para poder proyectar la demanda de servicios de salud que el Sistema Nacional de Salud tendrá que enfrentar a futuro, para garantizar el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley Estatutaria de Salud. Estas medidas prioritarias de diagnóstico masivo buscan monitorear el avance del virus en la población colombiana y aportan información para evitar al máximo que los profesionales de salud en el futuro tengan que decidir quién sí y quién recibe no atención médica.

Igualmente, un programa de diagnóstico masivo les permite a las regiones menos preparadas adelantar planes y acciones en pro de que sus instituciones prestadoras de servicios de salud cuenten con los insumos, espacios y personal necesario para la atención. A la fecha de este pronunciamiento el Ministerio de Salud ha anunciado la adquisición de 350.000 pruebas rápidas sin reportar a qué precio se compraron y a través de qué canal.

La vigilancia sobre los recursos del sistema se hace indispensable pues se debe garantizar que estos permitan cubrir todas las demandas en términos de medicamentos y dispositivos médicos que resulte del desarrollo de la epidemia en el país, en adición a la atención de necesidades sanitarias preexistentes.

Por último, queremos profundizar en el complejo punto de bioseguridad del personal sanitario, que contiene cuatro temas que deben ser revisados desde una perspectiva del derecho fundamental:

1. La indumentaria personal para uso intrahospitalario;
2. El transporte desde los hospitales y clínicas a sus casas, incluyendo el retorno a sus sitios de trabajo;
3. Los sitios para descansar durante el tiempo de que disponen al terminar sus turnos;
4. El requerimiento de oxígeno como criterio de hospitalización de pacientes.

1. Ropa para personal médico de uso intrahospitalario.

Según las quejas recibidas desde varias ciudades del país y la encuesta realizada por la Federación Médica Colombiana, a buena parte de los profesionales de la salud no se les provee de indumentaria hospitalaria puesto que, debido a que tienen un contrato comercial de prestación de servicios o están tercerizados en su empleo, los directivos y administradores de hospitales y clínicas aducen que no tienen obligación de darles esa provisión ni casilleros para guardar sus elementos personales ya que no son sus patronos. Este hecho fue alertado el 10 de marzo pasado por la Federación Médica Colombiana y Fedesalud en comunicación remitida al ministro de salud y protección social¹², sin que hasta el momento haya habido pronunciamiento alguno del gobierno, aun cuando ya se han

¹² Carta de FEDESALUD y Federación Médica Colombiana a Ministerio de Salud y Protección Social. Marzo 10 de 2020. "Necesidad de reforzar las Medidas de Asepsia e Higiene Hospitalaria en relación con la ropa de los Trabajadores Misionales para hacer frente al Covid-19"

<https://eldiariodesalud.com/nacional/urgen-reforzar-las-medidas-de-asepsia-e-higiene-de-la-ropa-de-los-trabajadores-misionales>



presentado muertes de profesionales de la salud y se siguen reportando casos de profesionales contagiados durante su labor de atención (ver Anexo 1).

Su importancia radica en que, si bien los hospitales y las clínicas actúan amparados por la legalidad inhumana de esa forma de contratación, la omisión de su responsabilidad con la bioseguridad de los pacientes hospitalizados para prevenir las infecciones intrahospitalarias en épocas normales es peor aún en tiempos de pandemia por un virus cuya peor amenaza es la facilidad de dispersarse y contagiar. Basado en las funciones extraordinarias del presidente de la república, instamos a que se decrete la obligatoriedad de las instituciones hospitalarias para la provisión de la ropa de trabajo con vestidores y casilleros a su interior sin importar la forma de contratación que tenga el personal.

2. El traslado del personal sanitario desde sus sitios de trabajo a sus residencias y el retorno desde estas a los hospitales y clínicas.

El transporte público es una necesidad humana esencial, que en esta coyuntura está presentando falencias y retos para garantizar dignidad y seguridad a quienes usan este servicio. Una evidencia de esta situación es cómo el traslado de los profesionales de la salud desde y hacia sus sitios de trabajo se ha visto afectado por el hecho de que, en los vehículos de transporte público, por su vestimenta, los pasajeros los identifican como personas peligrosas que pueden contagiarlos, por lo cual son rechazadas y muchas veces han sido agredidas. Existen oportunidades para remediar esta situación y garantizar un transporte digno, seguro y oportuno a los profesionales, por ejemplo, el cierre de instituciones educativas ha dejado sin trabajo a las empresas que transportaban a los estudiantes a sus casas; esas mismas empresas pueden ser contratadas para el traslado del personal sanitario desde sus casas a sus sitios de trabajo y viceversa.

3. Sitios de descanso para profesionales de la salud.

Los profesionales de la salud son seres humanos con necesidades básicas como la alimentación, el descanso, el sueño, entre otras. Coyunturas como la que se está presentando exige que la sociedad garantice las mejores condiciones para estos profesionales de manera que ellos puedan estar en el mejor estado físico, psicológico y mental para atender a quienes necesitan servicios de salud.

Previendo la infinita demanda de camas para la atención de pacientes en el pico máximo de la pandemia y ante la desaparición de actividad turística, se ha dado una articulación preliminar con hoteles y conventos de comunidades religiosas para habilitar sus habitaciones o parte de ellas como hospitalarias. En la medida que dichos hoteles y conventos habilitados sean más cercanos a los hospitales y a las clínicas que a los lugares de residencia del personal sanitario, debe contemplarse dentro la designación de habitaciones, las suficientes para el necesario descanso de quienes atienden a las personas hospitalizadas en dichos espacios.

4. Requerimiento de oxígeno como criterio de hospitalización de pacientes

Preocupa que exista este requerimiento en el actual escenario en el cual es incontrovertible la escasez de: Camas hospitalarias con su respectivo espacio; Suficiente personal idóneo para la atención de los



pacientes según complejidad y necesidad; Elementos de bioprotección; Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios; y Respiradores.

Teniendo en cuenta esta consideración, el solo requerimiento de oxígeno sin deterioro del paciente y sin signos de dificultad respiratoria no debería ser el criterio para su hospitalización, puesto que puede recibir oxígeno en casa ya sea por suministro mediante balas de oxígeno o mediante aparatos enriquecedores de oxígeno a partir del aire tomado del ambiente; el mismo paciente o su familia, debidamente entrenados mediante un curso de capacitación que puede ser presencial o a distancia por vía virtual, se encargará de vigilar su evolución e informará a quien corresponda en caso de deterioro de su estado.

Para ello, deberán contar además con un pulso-oxímetro que le permitirá evaluar su saturación de oxígeno y garantía por parte de la EPS de provisión de los elementos de aislamiento del paciente y protección para quienes conviven con él, así como acompañamiento en el cuidado. Los costos de este procedimiento son infinitamente menores que el costo diario de una cama hospitalaria de nivel 1. Así, desde el punto de la bioseguridad, se evitará el ingreso de nuevos portadores del virus o de que, si no lo es, se convierta en uno de ellos, empeorando el problema.



Acceso a medicamentos y tecnologías en salud

Otra arista que se hace evidente en esta coyuntura es la configuración del mercado de medicamentos y tecnologías en salud, que a nivel global se encuentra regido por los derechos de propiedad intelectual y patentamiento. Este modelo, que en un principio buscaba incentivar y reconocer la innovación con un derecho a monopolio para recuperar la inversión realizada en investigación y desarrollo, se ha ido distorsionando al punto en que los titulares de las patentes buscan incontables formas de extender dicho plazo (por ejemplo, buscando patentamientos de un mismo medicamento para varias indicaciones terapéuticas)¹³.



El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)¹⁴ y la Declaración de Doha relativa a los ADPIC y a la salud pública¹⁵, son los dos ordenamientos jurídicos más importantes que existen a nivel global en materia de propiedad intelectual y acceso a medicamentos¹⁶. En la lectura integrada de estos dos cuerpos normativos se reconoce “la gravedad de los problemas de salud pública que afligen a muchos países en desarrollo y menos adelantados, especialmente resultantes del VIH-SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias”, y se afirma que el ADPIC “puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a medicamentos para todos”¹⁷



¹³ Holguín Zamorano, *La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso*, 81-105.

¹⁴ https://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips.pdf

¹⁵ https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm

¹⁶ Holguín Zamorano, *La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso*, 173.

¹⁷ Holguín Zamorano, 174.





Traemos a colación este acervo normativo dada la situación en materia de acceso a tecnologías y medicamentos que todos los países estamos o vamos a enfrentar a raíz de la pandemia actual. Este mismo cuerpo normativo referido le proporciona a los estados derechos-obligaciones que permiten priorizar el derecho a la salud pública sobre los derechos de propiedad intelectual¹⁸:

- Derecho a conceder licencias obligatorias
- Derecho a autorizar importaciones paralelas
- Derecho a la excepción bolar
- Derecho a la anuencia previa



El ejercicio autónomo de estos derechos-obligaciones (en tanto procuran la garantía de un derecho humano fundamental) por parte del gobierno nacional pone al servicio del interés nacional herramientas jurídicas que favorecen la disponibilidad de los productos y tecnologías necesarias para la atención de la pandemia y para proteger y optimizar los recursos disponibles para ello.



Ejemplos de usos posibles de estos derechos-obligaciones para la coyuntura nacional podrían darse en al menos tres casos:

- a. Importaciones paralelas de medicamentos, insumos médicos y especialmente reactivos necesarios para pruebas diagnósticas especializadas.
- b. Licencias obligatorias para medicamentos, tratamientos y/o vacunas de comprobada eficacia y seguridad.



Una de las lecciones que dejó el manejo global de la pandemia de la influenza H1N1 en 2009 fue la falta de control en el gasto público destinado a grandes adquisiciones del medicamento antiviral oseltamivir (Tamiflu®). Organismos internacionales como la misma Organización Mundial de la Salud promovieron que los gobiernos gastaran miles de millones de dólares en adquirir cantidades considerables, muchas de las cuales vencieron almacenadas, Colombia no fue la excepción^[13]. Vale la pena resaltar que este medicamento actualmente cuenta con suficiente evidencia que controvierte su utilidad y fue excluido de la lista de medicamentos esenciales de la misma Organización Mundial de la Salud en 2017^[14].

- c. Vigilancia a las pretensiones de abuso a través patentes de segundos usos. Si bien se encuentra vigente la Decisión 486 de la Comunidad Andina es probable que los laboratorios que cuentan con productos que pueden ser de utilidad en el tratamiento de los pacientes con COVID19 busquen volver a patentarlos y adquirir así derechos de monopolio. Esta situación podría poner en serios aprietos financieros al sistema de salud y amenazaría la vida de miles de personas en el país. Un caso modelo para esta situación es el del medicamento lopinavir (Kaletra®) que está siendo estudiado para el manejo del COVID19, el laboratorio pionero podría buscar patentar este producto para la nueva indicación COVID19 y ganar monopolio en el mercado nacional.



¹⁸ Holguín Zamorano, 173-99.





El Centro de Pensamiento Medicamentos Información y Poder de la Universidad Nacional de Colombia y el Centro ODS de la Universidad de Los Andes, en su documento “Recomendaciones al país sobre propiedad intelectual en épocas de pandemia”¹⁹ profundiza sobre las medidas que el país tiene a su alcance para garantizar el acceso a las tecnologías sanitarias necesarias para hacer frente a la pandemia actual.

Entre las propuestas en dicho documento expuestas destacamos aquella que recomienda suspender de manera temporal los efectos de las patentes y otras figuras de propiedad intelectual como la protección de los datos de prueba y de los modelos de utilidad, permitiendo así que cualquier empresa, institución o ciudadano pueda replicar las tecnologías protegidas sin que incurra en una infracción.

Así como en el caso de las posibles estrategias para extender los beneficios de los derechos de propiedad intelectual a través de patentes de segundos usos también representan un riesgo las nuevas solicitudes de patentes, por ejemplo, el medicamento remdesivir del laboratorio Gilead, que se encuentra entre los posibles tratamientos con mejor desempeño para el COVID19²⁰. La concesión de una patente para este medicamento implicaría que el país deba comprar al laboratorio titular el medicamento al precio que éste fije y sin tener oportunidad de contar con otros oferentes.

Elementos estructurales del Sistema de Salud que dificultan la acción contra el COVID-19

Recientemente el Ministro de Salud anunció el anticipo de los giros presupuestales, cercanos a los 2.1 billones de pesos colombianos, destinados al financiamiento de recobros al sistema, pagos No PBS y al Acuerdo del Punto Final. Con preocupación alertamos sobre el riesgo de insostenibilidad financiera para el sistema de salud que implica esta medida en estos momentos de emergencia sanitaria, cuando los Hospitales Públicos E.S.E. se encuentran en déficit de capacidad instalada y necesitan recursos para prepararse para responder de manera efectiva a la epidemia. Es necesario velar porque los recursos del sistema de salud sean gestionados desde la perspectiva del bienestar colectivo priorizando lo urgente sobre los acuerdos financieros con empresas privadas del sector salud²¹. Un plan nacional intersectorial de respuesta al COVID-19 debería propender por priorizar las necesidades emergentes de la epidemia y dirigir los recursos disponibles para atenderlas de manera oportuna, efectiva y digna.

¹⁹ RECOMENDACIONES AL PAÍS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL EN ÉPOCAS DE PANDEMIA. Centro de Pensamiento Medicamentos Información y Poder de la Universidad Nacional de Colombia y el Centro ODS de la Universidad de Los Andes. Marzo 26 de 2020. [http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/RECOMENDACIONES AL PAIS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL EN EPOCAS DE PANEMIA.pdf](http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/RECOMENDACIONES_AL_PAIS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL EN EPOCAS DE PANEMIA.pdf)

²⁰ <https://www.gilead.com/purpose/advancing-global-health/covid-19>

²¹ ADRES, «ADRES anticipó el giro \$782.515 millones a las EPS para financiar los tratamientos de pacientes de alto costo en épocas de COVID-19». <https://www.adres.gov.co/Inicio/Noticias/Post/6583/ADRES-anticip%C3%B3-el-giro-782-515-millones-a-las-EPS-para-financiar-los-tratamientos-de-pacientes-de-alto-costo-en-%C3%A9pocas-de-COVID-19>





CIMUN
CENTRO DE INFORMACIÓN DE INVESTIGACIÓN



m+
Misión Salud

IFARMA



CVCS
COMITÉ DE VEEDURÍA Y
COOPERACIÓN EN SALUD

Es en este escenario donde se hace evidente la falla estructural que causa el envío de recursos a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) pues cada una se convierte en una isla de atención desconectada de un plan colectivo, en la que cada empresa tiene potestad de establecer tiempos, prioridades y techos de gasto de acuerdo con sus proyecciones financieras. A la fecha no se ha hecho público ningún plan de articulación de todas las empresas prestadoras de salud frente a esta coyuntura sanitaria nacional y son estas empresas las que tienen la capacidad de contacto directo con sus afiliados.

En este mismo sentido, cada EPS tiene libertad de adoptar los planes de tratamiento sin que exista un compromiso de seguir las guías terapéuticas y de compartir los aprendizajes en tanto desarrollo del SARS-Cov-2 y aplicación de protocolos de tratamiento en poblaciones con características epidemiológicas como la población de altura (población ubicada por encima de los 2.000 metros sobre el nivel del mar) característica del altiplano cundiboyacense, región en la cual está ubicada cerca del 50% de los casos confirmados del país²².

Desde la Ley 100 de 1993 el sistema ha propiciado un gradual debilitamiento de las Secretarías de Salud, su sostenibilidad hoy depende de recursos descentralizados e insuficientes para las funciones de inspección, vigilancia y control. En la visita realizada por la Procuraduría General de la Nación el pasado 22 de marzo, se evidenció incumplimiento por parte de las Entidades Territoriales de Salud de algunos departamentos, municipios y distritos del país, a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social sobre rotulado, embalaje y traslado de las muestras al INS²³.

De otro lado, esta crisis sanitaria exige el cumplimiento de los acuerdos con los profesionales del sector salud del país. Muchos de los profesionales que se encuentran en este momento en los centros asistenciales cuentan con precarias condiciones laborales a nivel contractual y de protección ocupacional. Mientras los profesionales que atienden esta emergencia en el país de origen China cuentan con estrictos protocolos de bioseguridad para el manejo de pacientes ²⁴, en Colombia la Federación Médica Colombiana ha alertado sobre la falta de elementos esenciales del tipo guantes de manejo, tapabocas, polainas, etc.²⁵²⁶

²² 45% de los casos confirmados de Colombia: 2 en Boyacá, 223 en Bogotá y 22 en Cundinamarca, corte a 4:28 p.m. 247 casos de 539. Instituto Nacional de Salud.

<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

²³ Procuraduría General de la Nación, «Procuraduría alertó sobre deficiencias en el proceso de rotulado, embalaje y traslado de las muestras para confirmación de Covid-19».

<https://www.procuraduria.gov.co/portal/Procuraduria-alerto-sobre-deficiencias-en-el-proceso-de-rotulado-embalaje-y-traslado-de-las-muestras-para-confirmacion-de-Covid-19.news>

²⁴ Jack Ma Foundation, AliHealth, 2020. Guidebook of COVID-19 Outbreak Hospital Response Strategy. A detailed account of the experience from the frontlines

https://covid-19.alibabacloud.com/#J_3576154380

²⁵ FEDESALUD. Marzo, 2020. <https://www.somosveedoresensalud.org/wp-content/uploads/2020/03/Comunicado-Proteccion-trabajadores-de-la-salud-FEDESALUD-coronavirus-covid19-el-diario-de-salud.pdf>

²⁶ El diario de la Salud, Marzo 2020. «Urgen reforzar las medidas de asepsia e higiene de la ropa de los trabajadores misionales de salud ante el COVID-19 | El Diario de Salud».

<https://eldiariodesalud.com/nacional/urgente-reforzar-las-medidas-de-asepsia-e-higiene-de-la-ropa-de-los-trabajadores-misionales>



La coyuntura no sólo tiene implicaciones directas con la salud individual, sino que se extrapola a la salud colectiva afectando drásticamente la salud mental. La desigualdad y pobreza bajo las cuales vive la mayoría de la población nacional hacen que medidas como el aislamiento obligatorio y las cuarentenas atenten directamente contra la salud y la vida de las personas y sus familias. Esta población debe estar protegida y amparada a la luz de la Ley estatutaria de salud de manera que no se amplifiquen los efectos negativos de las medidas de contención del COVID-19. Pues no se puede olvidar que la salud no es únicamente ausencia de enfermedad, sino que como derecho implica cuatro elementos esenciales²⁷:



- Disponibilidad. El Estado debe contar con número suficiente de establecimientos, programas, bienes y servicios públicos de salud.
- Accesibilidad. Dichos establecimientos, programas, bienes y servicios públicos de salud deben ser accesibles a todas las personas en la jurisdicción del Estado bajo principios de no discriminación, accesibilidad física y accesibilidad económica.
- Aceptabilidad. Dichos establecimientos, programas, bienes y servicios públicos de salud deben ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas y las comunidades, y estar dirigidos a mejorar el estado de salud de las personas.
- Calidad. Los establecimientos, programas, bienes y servicios públicos de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y ser de buena calidad.



Conclusiones

La Ley estatutaria de salud en su artículo 9 hace referencia a todas aquellas situaciones por las cuales debe velar el Estado aparte de curar la enfermedad (subrayado fuera del texto)²⁸:



Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.



²⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, «Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)» https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14; Asamblea General de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

²⁸ Congreso de la República de Colombia, Ley estatutaria 1751 de 2015. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf





CIMUN
CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS



m+
Misión Salud



CVC S
COMITÉ DE VEEDURÍA Y
COOPERACIÓN EN SALUD

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Una ley modelo como esta, dispone el marco normativo necesario para que la atención y la respuesta nacional a la pandemia COVID-19 garantice los derechos básicos de las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad del país, proteja la sostenibilidad del sistema de salud, vele por que los profesionales de la salud involucrados en las actividades sanitarias cuenten con el entrenamiento, indumentaria y protección laboral, necesarios para que brinden atención oportuna y de calidad.

Como alianza interinstitucional e intersectorial del sector salud nos ponemos a disposición de la Corte Constitucional para aportar insumos y acompañar iniciativas que propendan porque nuestro país logre enfrentar esta emergencia sanitaria dentro del marco de los derechos fundamentales para todas y todos los colombianos.

Solicitamos sea tenido en cuenta este análisis en el proceso de revisión de constitucionalidad del Decreto 417 de 2020, y acogemos con todo respeto las decisiones que a bien tengan los Honorables Magistrados.

PRUEBAS DOCUMENTALES

Para efectos de la sentencia que deberá proferirse dentro del asunto en referencia, respetuosamente solicitamos a los Honorables Magistrados, considerar los siguientes documentos.

1. Acta 01 de la Sala Especializada de Medicamentos del INVIMA. Marzo 18 de 2020. <https://www.invima.gov.co/documents/20143/1675826/Acta+No.+01+de+2020+SEM-final.pdf>
2. Telemedellín. INVIMA aprobó a la Fábrica de Licores de Antioquia para producir alcohol antiséptico. Marzo 30 de 2020. <https://telemedellin.tv/invima-aprobo-a-la-fabrica-de-licores-de-antioquia-producir-alcohol-antiseptico/383072/>
3. INVIMA, Medicamentos Vitales no Disponibles. Preguntas frecuentes <https://www.invima.gov.co/medicamentos-vitales-no-disponibles>
4. Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Marzo 22 de 2020. Decreto 462 de 2020. <http://www.mincit.gov.co/prensa/medidas-para-mitigar-impacto-del-covid-19/documentos-covid-19/decreto-462-del-22-de-marzo-de-2020.aspx>
5. Por alta demanda, Gobierno Nacional restringe exportaciones de 24 bienes necesarios para prevenir y contener el coronavirus. Marzo 23 de 2020. <http://www.mincit.gov.co/prensa/noticias/comercio/por-alta-demanda-gobierno-nacional-restringe-expor>
6. Colombian President recognizes FETP for achieving Tephinet accreditation. Enero 6 de 2019. <https://www.tephinet.org/colombian-president-recognizes-fetp-for-achieving-tephinet-accreditation>



7. El subregistro oficial de casos de Coronavirus dificultará decisión sobre ampliar cuarentena. La Silla Vacía. Marzo 28 de 2020.
8. A grandes rasgos, la máquina, que el laboratorio suizo Roche prestó al Instituto Nacional de Salud, se encarga de extraer el ácido nucleico de la prueba, lo que es “fundamental para la realización de la prueba diagnóstica molecular del covid19”, dijo la directora del INS, Martha Ospina.
9. <https://lasillavacia.com/subregistro-oficial-casos-coronavirus-dificultara-decision-sobre-ampliar-cuarentena>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 476 de 2020 "Por el cual se dictan medidas tendientes a garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del Covid-19 y se dictan otras disposiciones, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica"
11. Ministerio de Comercio, Industria y Turismo de Colombia. Decreto 670 de 2017 <https://www.sic.gov.co/sites/default/files/files/Boletin-juridico/2017/DT670DEL25deAbrilde2017LicenciaObli.pdf>
12. Stanway y Feast, «World Should Learn Lessons from China in Coronavirus Fight - China Daily». <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-china-editorial/world-should-learn-lessons-from-china-in-coronavirus-fight-china-daily-idUSKBN21403U>
13. Holguín Zamorano, La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso, 29-50.
14. Carta de FEDESALUD y Federación Médica Colombiana a Ministerio de Salud y Protección Social. Marzo 10 de 2020. “Necesidad de reforzar las Medidas de Asepsia e Higiene Hospitalaria en relación con la ropa de los Trabajadores Misionales para hacer frente al Covid-19” <https://eldiariodesalud.com/nacional/urgen-reforzar-las-medidas-de-asepsia-e-higiene-de-la-ropa-de-los-trabajadores-misionales>
15. Holguín Zamorano, La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso, 81-105.
16. https://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips.pdf
17. https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm
18. Holguín Zamorano, La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso, pp. 99, 173-174.
19. RECOMENDACIONES AL PAÍS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL EN ÉPOCAS DE PANDEMIA. Centro de Pensamiento Medicamentos Información y Poder de la Universidad Nacional de Colombia y el Centro ODS de la Universidad de Los Andes. Marzo 26 de 2020. http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/RECOMENDACIONES_AL_PAIS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL EN EPOCAS DE PANEMIA.pdf
20. <https://www.gilead.com/purpose/advancing-global-health/covid-19>
21. ADRES, «ADRES anticipó el giro \$782.515 millones a las EPS para financiar los tratamientos de pacientes de alto costo en épocas de COVID-19». <https://www.adres.gov.co/Inicio/Noticias/Post/6583/ADRES-anticip%C3%B3-el-giro-782-515-millones-a-las-EPS-para-financiar-los-tratamientos-de-pacientes-de-alto-costo-en-%C3%A9pocas-de-COVID-19>



22. 45% de los casos confirmados de Colombia: 2 en Boyacá, 223 en Bogotá y 22 en Cundinamarca, corte a 4:28 p.m. 247 casos de 539. Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
23. Procuraduría General de la Nación, «Procuraduría alertó sobre deficiencias en el proceso de rotulado, embalaje y traslado de las muestras para confirmación de Covid-19». <https://www.procuraduria.gov.co/portal/Procuraduria-alerto-sobre-deficiencias-en-el-proceso-de-rotulado-embalaje-y-traslado-de-las-muestras-para-confirmacion-de-Covid-19.news>
24. Jack Ma Foundation, AliHealth, 2020. Guidebook of COVID-19 Outbreak Hospital Response Strategy. A detailed account of the experience from the frontlines
25. https://covid-19.alibabacloud.com/#J_3576154380
26. FEDESALUD. Marzo, 2020. <https://www.somosveedoresensalud.org/wp-content/uploads/2020/03/Comunicado-Proteccion-trabajadores-de-la-salud-FEDESALUD-coronaviru-covid19-el-diario-de-salud.pdf>
27. El diario de la Salud, Marzo 2020. «Urgen reforzar las medidas de asepsia e higiene de la ropa de los trabajadores misionales de salud ante el COVID-19 | El Diario de Salud». <https://eldiariodesalud.com/nacional/urgen-reforzar-las-medidas-de-asepsia-e-higiene-de-la-ropa-de-los-trabajadores-misionales>
28. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, «Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)» https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14 ; Asamblea General de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf
29. Congreso de la República de Colombia, Ley estatutaria 1751 de 2015. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

ANEXOS

Comendidamente nos permitimos adjuntar a la presente los siguientes anexos:

- Los mencionados en el acápite de pruebas documentales.
- Documento de presentación de resultados de la Encuesta de bioseguridad adelantada por la Federación Médica Colombiana

NOTIFICACIONES


Los suscritos las recibiremos en la Secretaría de su Despacho y a través de la coordinadora de este Comité, Flga. Jennifer Bueno, en el correo electrónico coordinacion@somosveedoresensalud.org y teléfono +573125018890.



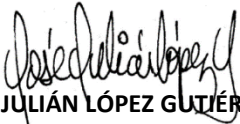
Respetuoso y cordial saludo,

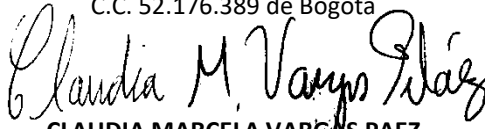



MONSEÑOR FABIÁN MARULANDA
Conferencia Episcopal de Colombia
DELEGADO
C.C. 2.227.965 de Ibagué



ANGELA PATRICIA ACOSTA S.
Misión Salud
DIRECTORA GENERAL
C.C. 52.176.389 de Bogotá




JOSÉ JULIÁN LÓPEZ GUTIÉRREZ
Centro de Información de Medicamentos de la
Universidad Nacional de Colombia – CIMUN
Director
C.C. 19.382.470 de Bogotá


CLAUDIA MARCELA VARGAS PAEZ
Fundación Ifarma
Directora
C.C. 53.047.780 de Bogotá




SERGIO ISAZA VILLA
Federación Médica Colombiana
Presidente
C.C. 19.145.720 de Bogotá


OSCAR ANDIA SALAZAR
Observatorio del Medicamento
Federación Médica Colombiana –
OBSERVAMED
Director
C.E. 150.606




JENNIFER M. BUENO R.
Comité de Veeduría y Cooperación en Salud - CVCS
Coordinadora
C.C. 39.804.679

*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*





CIMUN
CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS



m+
Misión Salud



*



CVCS
COMITÉ DE VEEDURÍA Y
COOPERACIÓN EN SALUD



CIMUN
CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS



m+
Misión Salud


IFARMA



CVCS
COMITÉ DE VEEDURÍA Y
COOPERACIÓN EN SALUD

Anexo I

ENCUESTA DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE LA SALUD Y RUTA DE ATENCIÓN DE LA PANDEMIA SARS COV2-COVID-19.

PRESENTACIÓN

La Federación Médica Colombiana (FMC), y el Colegio Médico Colombiano (CMC), con el apoyo de diversas organizaciones médicas y de la sociedad civil¹, presentan los resultados de la encuesta “Condiciones de Bioseguridad y ruta de atención de pandemia SARS COV2-COVID19”, con el objetivo de lograr documentar diversas manifestaciones y denuncias que por distintas vías allegaban los médicos y demás profesionales de la salud a las organizaciones convocantes.

La encuesta se corrió desde el 21 de marzo y se cerró el 3 de abril, dada la necesidad de presentar los resultados de manera oportuna a las autoridades competentes y a la opinión pública, que redunden en avanzar en la toma de medidas inmediatas en la protección del personal de la salud en Colombia, como una de las medidas fundamentales y perentorias para enfrentar la pandemia, dado que este personal se encuentra en la primera línea para garantizar la protección de la población y el derecho fundamental a la salud. Por el diseño de la encuesta, se documentaron asuntos que tienen que ver con las condiciones laborales del personal de la salud, y aspectos relacionados con la dotación hospitalaria, protocolos de atención y detección de casos de COVID19, debido a que el personal médico constituye el eslabón central para el diagnóstico y seguimiento de casos.

Debe anotarse, que el diseño metodológico de la encuesta no corresponde a un muestreo aleatorizado estratificado, su metodología es a conveniencia, no obstante, contó con la participación de profesionales de 27 departamentos de los 32 del territorio nacional, con personal que labora en los tres niveles de complejidad hospitalaria del país, e instituciones públicas y privadas. Se debe anotar, que hasta la fecha se desconoce otro estudio que haya documentado en la actual coyuntura las condiciones de bioprotección del personal de salud.

Reiteramos nuestro llamado urgente a las autoridades a tomar las medidas necesarias para intervenir en la compra de elementos de protección personal EPP y la bioprotección del personal de la salud, conforme a los criterios de la OMS. Es preciso además, verificar la ruta de detección y atención del COVID-19, en respeto y apego estricto a la autonomía profesional para el diagnóstico y seguimiento, como parte del derecho fundamental a la salud. Aspecto fundamental que redundará en la transparencia, veracidad y pertinencia de los sistemas de vigilancia epidemiológica que permitan tomar decisiones ajustadas a la realidad.

¹ Federación Colombiana de Sindicatos Médicos, Asociación Nacional de Internos y Residentes, Asociación Médica Estudiantil (ACOME), ASCEMCOL, Asociación Médica Sindical de Antioquia, Médicos Unidos de Colombia, y Asociación Colombiana de Salud Pública.

ANÁLISIS CUANTITATIVOS DE LA ENCUESTA A PERSONAL DE SALUD – SITUACIÓN ACTUAL EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA SARS-COVID-2.

La encuesta fue dirigida a personal de la salud, con énfasis en el personal médico en especial a las profesiones que se consideran del primer frente de atención: Anestesiólogos, médicos de urgencias, médicos generales, intensivistas, médicos de ORL y otros profesionales.

El número total de respondientes de la encuesta fue de 939 (con fecha de corte 3 de abril de 2020), entre los cuales los profesionales médicos representan el mayor porcentaje de encuestados con un 84.9% y otros profesionales 15.1% (ver tabla 1).

Tabla 1. Encuestados según formación profesional

<i>Profesión</i>	<i>Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Médicos</i>	797	84,9%
<i>Auxiliar de Enfermería/Logístico</i>	52	5,5%
<i>Jefe de Enfermería</i>	32	3,4%
<i>Bacteriología</i>	16	1,7%
<i>Odontología</i>	13	1,4%
<i>Fisioterapia</i>	10	1,1%
<i>Otros</i>	8	0,9%
<i>Tecnología en Radiología</i>	3	0,3%
<i>Terapia Respiratoria</i>	3	0,3%
<i>Farmacia</i>	2	0,2%
<i>Estudiantes</i>	2	0,2%
<i>Nutricionista</i>	1	0,1%
TOTAL	939	100%

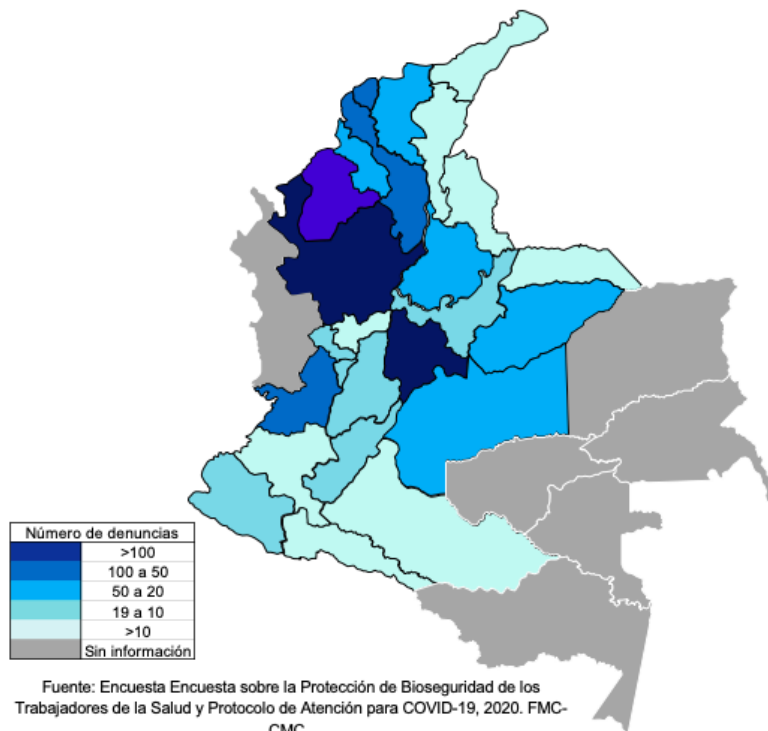
La distribución de los encuestados según el ente territorial se concentra principalmente (80%) en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Bolívar, Santander y Magdalena (tabla 2).

Tabla 2. Encuestados según ente territorial

DEPARTAMENTO	%	NÚMERO DE RESPUESTAS
BOGOTÁ D.C.	26,9%	230
ANTIOQUIA	17,2%	147
VALLE DEL CAUCA	11,6%	99
ATLÁNTICO	6,9%	59
BOLÍVAR	6,6%	56
SANTANDER	6,2%	53
MAGDALENA	5,0%	43
META	4,0%	34

CASANARE	3,4%	29
SUCRE	2,5%	21
HUILA	2,3%	20
QUINDÍO	2,3%	20
BOYACÁ	2,1%	18
CUNDINAMARCA	2,0%	17
NARIÑO	1,9%	16
RISARALDA	1,8%	15
TOLIMA	1,6%	14
CÓRDOBA	1,4%	12
CALDAS	1,3%	11
NORTE DE SANTANDER	0,9%	8
CAUCA	0,5%	4
CESAR	0,4%	3
LA GUAJIRA	0,4%	3
CAQUETÁ	0,2%	2
PUTUMAYO	0,2%	2
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	0,2%	2
ARAUCA	0,1%	1

Grafico 1. Mapa de denuncias según el departamento.



Y entre los profesionales médicos el mayor número de respondientes fueron los médicos generales. Dentro de los especialistas médicos, los anestesiólogos fueron quienes representaron la especialidad que más respondió la encuesta.

Tabla 3. Principales especialidades médicas que respondieron la encuesta

ESPECIALIDAD MÉDICA	N	%
Medicina general	348	47%
Medicina de Urgencias	12	1.62%
Anestesiología	167	22.6%
ORL	14	1.9%
Medicina Intensiva	39	5.3%
Medicina Interna	22	3%

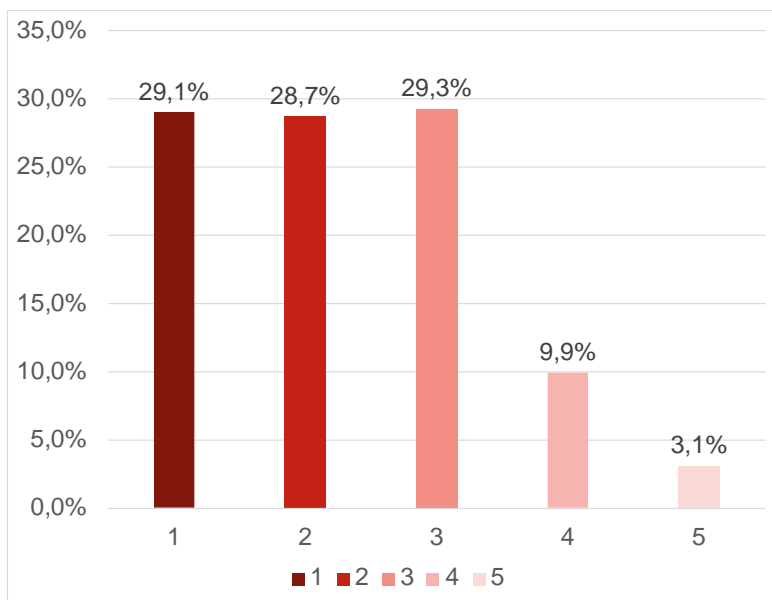
Al revisar el tipo de contratación referida por los encuestados, el 25% corresponde a personal con contrato de planta o de tiempo indefinido, el cual brinda todas las garantías laborales. El restante porcentaje corresponde a todo otro tipo de modalidad de contratación, lo cual se corresponde con las cifras que han venido siendo de conocimiento público en relación con la inestabilidad laboral del sector de la salud.

Se utilizó una escala numérica categórica para calificar la dotación en su centro de atención (hospital, clínica, centro de salud, entre otros). Con la siguiente categorización:

1= pésima. 2= mala. 3= Regular 4= buena 5= excelente

Obteniendo como resultado que el 57.8% de los encuestados considera que la dotación en su centro de atención es pésima o mala, y solo el 13.0% es buena o excelente (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Pregunta ¿Cómo considera que está la dotación de su institución hospitalaria para la atención de pacientes con COVID-19?



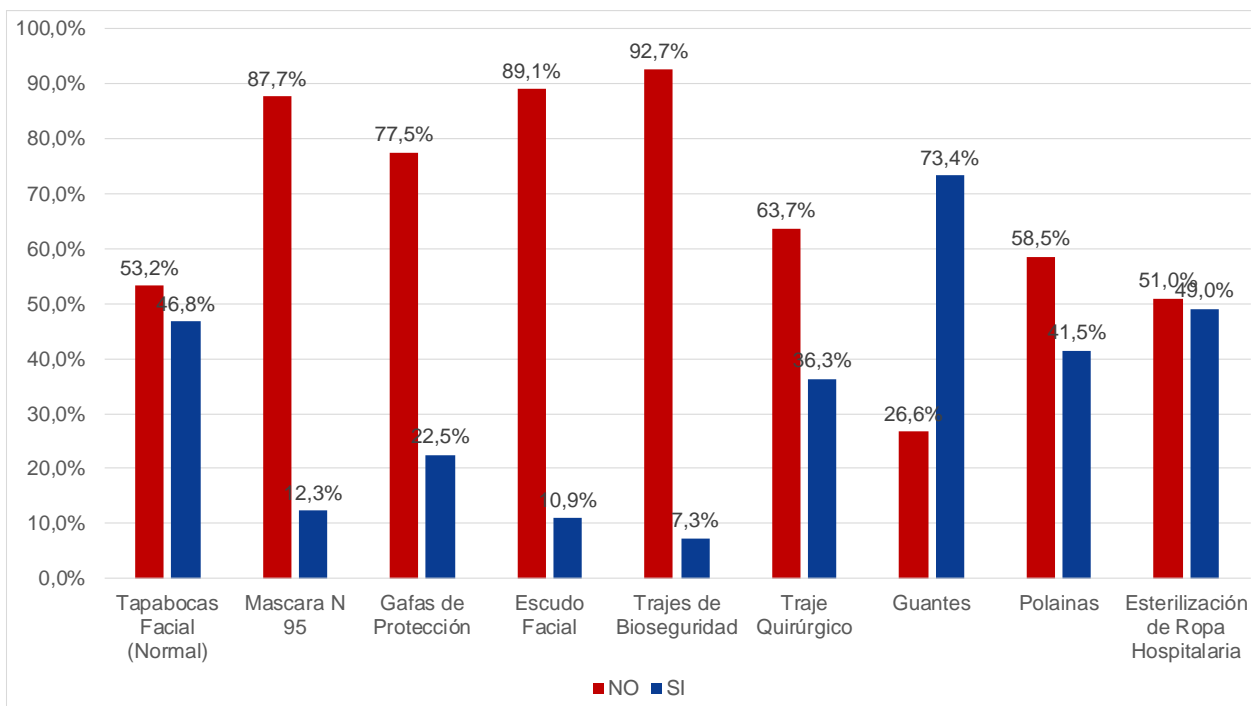
La dotación de los sitios de trabajo en general fue calificada entre mala y regular refiriéndose a la disponibilidad de camas de UCI, de suministros básicos, de disponibilidad del talento humano, áreas de aislamiento y dotación para manejo de enfermedades respiratorias. Ver tabla 4.

Tabla 4. Calificación de la dotación del sitio de trabajo

CALIFICACIÓN DOTACIÓN CENTRO DE TRABAJO		
ESPECIALIDAD MÉDICA	N	NOTA
Medicina general	348	2.3
Medicina de Urgencias	12	2.31
Anestesiología	167	2.3
ORL	14	2.37
Medicina Intensiva	39	2.32
Medicina Interna	22	2.31

En relación a la disponibilidad de implementos de elementos de protección personal (EPP), los resultados muestran que el mayor insumo con el que se cuenta es con guantes 73.4%, pero se carece de mascarar N95 (87.7%), gafas de protección (77.5%), escudo facial (89.1%) y traje de bioseguridad (92.7%) (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Disponibilidad de elementos de protección personal



Según especialidades médicas, este elemento se encuentra faltante en un alto porcentaje (87%) en las especialidades de choque o de primera línea para la atención de casos de SARS-COVID-2.

TABLA 5. Disponibilidad de N95 según especialidades de primera línea

ESPECIALIDAD MÉDICA	N95				N TOTAL
	SI	%	NO	%	
Medicina general	28	8%	320	92%	348
Medicina de Urgencias	3	25%	9	75%	12
Anestesiología	34	20.4%	133	79.6%	167
ORL	6	42.8%	8	57.1	14
Medicina Intensiva	4	10.3%	35	89.7%	39
Medicina Interna	2	9%	20	91%	22
TOTAL	77	12.8%	525	87.2%	602

N total encuestados= 740 médicos

N Médicos en la primera línea de atención= 602

En la tabla 5 se puede leer que el sólo el 8% de los médicos generales (n=348) disponen de N95 en sus instituciones, y de la misma forma sólo el 20.4% de los anestesiólogos (n=167) y el 10.3% de los intensivistas(n=39)

EL 48.9% del personal médico encuestado considera que el protocolo de atención COVID-19 de su institución está bien estructurado.

Valdría la pena que las instituciones se decidieran a recibir la retroalimentación de sus profesionales, para poder corregir o mejorar sus protocolos de atención, ya que el 51% de los encuestados considera que estos no están bien estructurados.

Tabla 6. Estructura del protocolo de atención COVID-19

PROTOCOLO ATENCIÓN A COVID-19 BIEN ESTRUCTURADO		
RESPUESTA	N	%
SI	362	48.9
NO	378	51
TOTAL	740	100

Aun mas inquietante es encontrar que del total de profesionales médicos encuestados, el 56.2% no cuenta en sus instituciones con un protocolo de atención para el personal de salud que se contagie. Y si la institución cuenta con este protocolo de atención al personal de salud que eventualmente pueda contagiarse, estos protocolos deben ser mejorados en su estructura de atención de acuerdo al 29% de los encuestados. Tablas 7 y 8.

Tabla 7. Existencia de protocolos de atención a personal de salud que se contagie con SARS-COVID 2

PROTOCOLO ATENCIÓN A PERSONAL DE SALUD COVID		
RESPUESTA	N	%
SI	324	43.7%
NO	416	56.2%
TOTAL	740	100

Tabla 8. Estructura de los protocolos de atención a personal de salud que se contagie con SARS-COVID 2

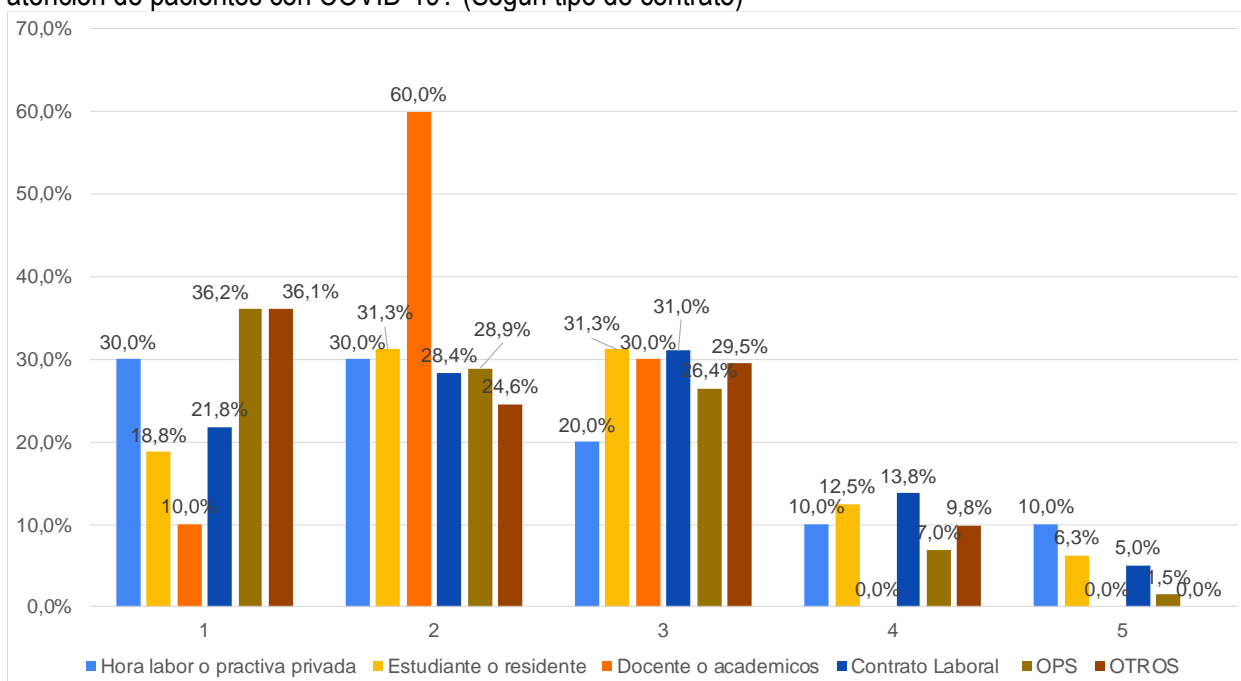
PROTOCOLO ATENCIÓN A P. SALUD COVID-19 BIEN ESTRUCTURADO		
RESPUESTA	N	%
SI	229	71
NO	95	29
TOTAL	324	100

Tabla 9. ¿Cómo considera que está la dotación de su institución hospitalaria para la atención de pacientes con COVID-19? (según tipo de contrato)

ESCALA	1	2	3	4	5
<i>Hora labor o practica privada</i>	30,0%	30,0%	20,0%	10,0%	10,0%

<i>Estudiante o residente</i>	18,8%	31,3%	31,3%	12,5%	6,3%
<i>Docente o académicos</i>	10,0%	60,0%	30,0%	0,0%	0,0%
<i>Contrato Laboral</i>	21,8%	28,4%	31,0%	13,8%	5,0%
<i>OPS</i>	36,2%	28,9%	26,4%	7,0%	1,5%
<i>OTROS</i>	36,1%	24,6%	29,5%	9,8%	0,0%

Gráfico 4. Pregunta ¿Cómo considera que está la dotación de su institución hospitalaria para la atención de pacientes con COVID-19? (Según tipo de contrato)

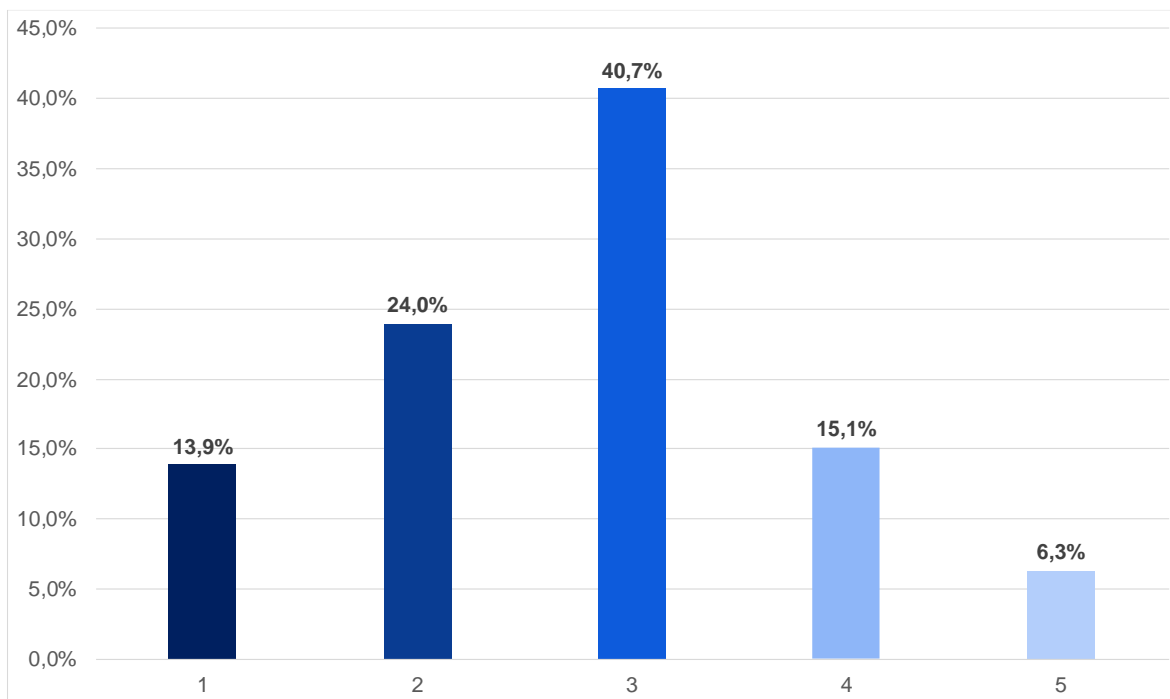


Al analizar la calificación en una escala de 1 a 5 (siendo 1 pésimo y 5 excelente) la dotación en la institución por el tipo de contrato, se evidencia que los contratos que no son formales o académicos presentan una mayor proporción en calificaciones pésima o mala, con respecto a los que tiene contratación formal (ver tabla 7 y gráfico 4).

Tabla 8. ¿Cómo considera que está la dotación de su institución hospitalaria para la atención de pacientes con COVID-19? (otros profesionales)

ESCALA	1	2	3	4	5
OTROS PROFESIONALES	13,9%	24,0%	40,7%	15,1%	6,3%

Gráfico 5. Pregunta ¿Cómo considera que está la dotación de su institución hospitalaria para la atención de pacientes con COVID-19? (otros profesionales)



Al analizar el grupo de otros profesionales, principalmente la calificación es de 3 (intermedia) en un 40.7%, pero con un porcentaje de baja calificación (1 y 2) en un 38% (ver tabla 8 y gráfico 5).

Tabla 9. Estructura del protocolo de atención COVID-19

¿Hay un protocolo para la atención del paciente sospechoso o confirmado por COVID-19?		
RESPUESTA	N	%
SI	109	77.3
NO	32	22.7
TOTAL	141	100

Tabla 10. Calidad del protocolo de atención COVID-19

¿Considera que éste protocolo está bien estructurado?		
RESPUESTA	N	%

SI	68	54.4
NO	57	45.6
TOTAL	125	100

Para el grupo de otros profesionales en un 22.7% no existía un protocolo para atención de pacientes sospechoso o confirmado por COVID-19 y en donde existen protocolos, consideran que en el 45.6% no es esta bien estructurado.

Tabla 11. Estructura del protocolo de atención COVID-19

¿Hay un protocolo para la atención del personal de salud con exposición al COVID-19?		
RESPUESTA	N	%
SI	66	46.8
NO	75	53.2
TOTAL	141	100

Tabla 12. Calidad del protocolo de atención COVID-19

¿Considera que éste protocolo está bien estructurado?		
RESPUESTA	N	%
SI	45	53.6
NO	52	46.4
TOTAL	125	100

Al interrogar sobre el protocolo para la atención de personal con exposición el 53.2% afirmo que no existía un en su institución y en donde existen protocolos, consideran que en el 46.4% no es esta bien estructurado.

ANÁLISIS CUALITATIVO ENCUESTA SOBRE BIOSEGURIDAD Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN COVID-19

La encuesta contó con 18 preguntas en total, de las cuales 4 fueron de metodología cualitativa en donde los encuestados justificaban sus respuestas o escribían sus denuncias/quejas/propuestas. A fecha de corte Abril 3 de 2020, 952 personas respondieron el sondeo.

En total, las preguntas cualitativas obtuvieron 2705 respuestas (Tabla 1). La pregunta que más obtuvo respuestas fue la pregunta 10, seguida de la 18, 14 y 17, sucesivamente.

Tabla 1 Preguntas y # Respuestas

# Pregunta	Respuestas
Pregunta 10: ¿Cómo considera que está la dotación de su institución hospitalaria para la atención de pacientes con COVID-19? Tenga en cuenta, la disponibilidad de Unidades de Cuidados Intensivos, Suministros, Talento Humano, Camas de Aislamientos y demás dotación para manejo de enfermedades pulmonares. Respuesta Justifica tu respuesta.	931
Pregunta 14: ¿Por qué no considera que el protocolo para la atención del paciente sospechoso o confirmado por COVID-19 esté bien estructurado?	460
Pregunta 17: ¿Por qué no considera que el protocolo para la atención del personal de salud con exposición al COVID-19 esté bien estructurado?	407
Pregunta 18: Describa su denuncia/propuesta/comentario	907
Total	2705

Posteriormente a la organización de la base de datos, se convocó a una experta en el ámbito clínico y jurídico, quien, al hacer la lectura de las respuestas definió las categorías de análisis (Ver Tabla 2). Estas categorías se organizaron en tres clústeres: condiciones laborales, recursos y sistemas de salud

Tabla 2 Categorías de Análisis

Clúster A: Condiciones Laborales	
Categoría	Definición
Amenazas	Amenazas de despidos o cambios de condiciones de trabajo
Atrasos en Pagos	No pago o atrasos en los pagos a los profesionales de la salud
Cambios en condiciones	Cambios de condiciones laborales
Despidos y suspensiones	Despidos y suspensiones a los profesionales de la salud
Clúster B: Recursos	
Categoría	Definición
Camas UCI	Disponibilidad de Camas de UCI
Elementos de Protección Personal	Disponibilidad de Elementos de Protección Personal
Espacios de Aislamiento	Disponibilidad de espacios de Aislamiento
Recurso Humano	Disponibilidad del talento en salud.
Clúster C: Sistemas de Salud	
Categoría	Definición
Cancelación Consulta Externa	Posibilidad de cancelación de consulta externa
Protocolo de Atención	Evaluación del protocolo de atención
Recurso Estudiantil	Determinación sobre el quehacer del recurso estudiantil.

Clúster A: Condiciones Laborales

Amenazas y constreñimiento a la Autonomía Profesional: En diferentes respuestas se evidencia información sobre amenazas en cuanto despidos o cambios en las condiciones del contrato laboral si no se cumplen con condiciones expuestas por el empleador. Hay instituciones que cohiben la

autonomía profesional para hacer la búsqueda de casos activos en sus instalaciones, y si los profesionales de la salud evidencian estos errores son amenazados con despidos. Estas amenazas han llevado a despidos masivos en varias instituciones.

“...Dirección científica constriñe el acto médico, se presenta acoso laboral y no se permite sospecha y búsqueda activa de casos (solo los que ellos consideren y autoricen) y si se envían artículos que contradigan los pobres y básicos protocolos institucionales amenazan con despido” Encuesta 479.

“...Denuncio que en mi lugar de trabajo la dirección médica está coaccionando a la comunidad médica para que solo atiendan a la información oficial. Están estigmatizando a los colegas que queremos debatir y socializar información científica (ya fuese internacional o Nacional) para prepararnos y ser más asertivos en nuestro ejercicio profesional para enfrentar la Pandemia. Nos compara con terroristas al promover el debate sobre la atención de casos extraordinarios y llamar la atención a los colegas sobre la aplicación del protocolo de IRA de una forma más intensiva (basados en la recomendación de la OMS en sus documentos técnicos) argumentando que generamos zozobra y temor entre los colegas por llamar a esa crítica constructiva.

(...)Junto a la estigmatización está restringiendo el diálogo bidireccional y no deja espacio para que colectivamente se analicen y se haga una reflexión crítica a las medidas grupales que podemos tomar para protegernos y proteger a los pacientes con clínica de cuadros respiratorios inusuales” Encuesta 487

Atrasos en los Pagos: Esta categoría se evidenció en diversas respuestas de los encuestados. Los atrasos de los pagos pueden ser hasta de cuatro meses. La mayoría de los atrasos en los pagos se correlacionan con contratos por Orden de Prestación de Servicios (OPS). El atraso de los pagos hace que el talento humano en salud no sea estable para las diferentes instituciones, además, imposibilita el pago de la seguridad social, en contratos por OPS, por lo que los profesionales de la salud, por algunos momentos, no están asegurados.

“Solo hay equipos (EPP) para aquellos que se han negado a seguir laborando sin las medidas, tenemos sueldos atrasados y nuestra familia padeciendo hambre por falta de pagos, no tenemos seguridad social al día, no contamos con contratos justos, no tenemos derecho enfermarnos, si no trabajo me descuentan del salario, Encuesta 854.

Cambios en condiciones: La mayoría de los profesionales de la salud solicitaron mejoría en las condiciones laborales, tanto en los contratos como en la infraestructura en implementos en salud.

Contratos laborales: Los profesionales de la salud evidencian la necesidad de tener mejores condiciones laborales para atender la pandemia acorde con el ejercicio ético y profesional de nuestras profesiones médicas.

“En estos momentos de coyuntura. Respecto al riesgo que el gremio asumirá en esta pandemia será alto. Debemos hoy más que nunca estar unidos. Debemos exigir garantías de Bioseguridad y también condiciones laborales acordes a las exigencias propias de nuestra profesión para poder ofrecer una atención ética” Encuesta 300

Infraestructura: Es evidente la necesidad de mejorar las condiciones de la infraestructura en salud, una mayoría de los profesionales de la salud consideran que su institución no cuenta con las condiciones mínimas para enfrentar la epidemia. Hacen énfasis en la falta de espacios de aislamiento, camas de UCI, ventiladores, insumos y elementos de protección personal.

“En la Unidad de Alto Riesgo obstétrico, que uno de los accesos de urgencias de la clínica, no tenemos una habitación con las condiciones adecuadas para el aislamiento de las pacientes sospechosas, de igual forma los cubículos de hospitalización para estas pacientes, no tienen las condiciones de presión negativa o la posibilidad de ventanas. La dotación de EPP para el personal médico y paramédico ha sido precario e insuficiente, lo que ha generado gran temor y toma de decisiones del personal de entrar en gastos personales para poder trabajar en condiciones que nos brinden mayor seguridad”. **Encuesta 538.**

Despidos y suspensiones: Se evidenció que ha habido despidos sistemáticos hacia los profesionales de la salud que elevan su voz de protesta hacia la falta de condiciones mínimas para el ejercicio de la profesión.

“Se han realizado despidos de médicos y personal de enfermería en las últimas semanas y nos amenazaron con despedir al grupo de especialistas si no aceptábamos las rebajas en las tarifas” **Encuesta 20**

Clúster B: Recursos

Camas UCI: Para la gran mayoría de los profesionales de la salud es evidente la falta de camas de Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) en las diferentes ciudades en donde se realizó la encuesta, en algunos lugares no hay una cama disponible para la atención de la pandemia, debido a que están llenas con otras patologías.

“actualmente, se cuenta solo con 40 camas aprox de Unidad de Cuidado intensivo, y este número aumento porque se está trabajando en ello, allí están incluidas las camas pediátricas que no superan 12 en total. Frente a una crisis menos de 0.2 % estaría cubierto, es decir, no hay capacidad de respuesta” **Encuesta 14**

También se evidenció que algunas UCI son tercerizadas, es decir, se encuentran en una institución, pero no son administradas por la misma, haciendo que la administración tenga la potestad de decidir que paciente puede entrar o no en ella.

“La UCI es tercerizada y nos manifestó que no recibirá pacientes covid19 (+), según nos informaron, y solo hay otra UCI, pero es privada...” **Encuesta 70.**

Elementos de protección personal (EPP): Esta subcategoría fue la que más citas contó en el análisis (263). Al hacer comparación con los datos cuantitativos se evidencia las razones de las principales quejas de los profesionales de la salud. Las razones de la falta de insumos de bioseguridad en su gran mayoría son decisiones administrativas, seguida de falta de capacidad en la consecución de estas, por desabastecimiento nacional.

Los participantes de esta encuesta evidencian la necesidad de tener los elementos mínimos necesarios para la ejecución de las profesiones de salud con bioseguridad.

“Hay que insistir acerca de la Bioseguridad, finalmente la prevención de la propagación del Contagio y el cuidado de las personas involucradas en la primera Línea de atención serán determinantes en el resultado final de la Pandemia” Encuesta 734

“No hay disponibilidad en el mercado de elementos de bio-protección y los pocos que se consiguen los precios están muy elevados. En especial Tapaboca convencional y tapaboca N95” Encuesta 280

“En la clínica han despedido a varios del personal con la excusa que no tienen cómo pagar esos sueldos y que cuando todo estalle los vuelven a llamar y contratar. En el hospital ha habido casos positivos y el personal aún no sabe cómo proceder, los epp están regulados solo se entregan si hay permiso de los administrativos, estamos trabajando con las uñas. Los tapabocas normales nos entregan uno solo para un turno de 24 horas y hay que firmar por ellos” Encuesta 849.

Espacios de aislamiento: Esta subcategoría de análisis tuvo 167 citaciones, evidenciando que la mayoría de las instituciones reportadas en esta encuesta, no cuentan espacios, y protocolos, óptimos para el aislamiento de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.

“No sé cuenta con un área de aislamiento, se están tomando consultorios para atención de pacientes sospechosos y se implementó un consultorio para los pacientes aislados, aún está en estudio dónde se hospitalizarían los pacientes” Encuesta 474.

Recurso Humano: La mayoría de los encuestados consideran que el talento humano tiene las capacidades técnicas suficientes para la atención de la epidemia, pero dado la falta de EPP y el aumento significativo de la demanda en salud, dado por la pandemia, no habría capacidad en cuanto al número de profesionales de la salud.

Cómo ya se explicó anteriormente, los encuestados enfatizan que se hace necesario proteger al talento humano en salud para poder tener la capacidad humana necesaria para la pandemia.

“El Hospital universitario tiene la infraestructura y el talento humano, pero con la cantidad de casos que vendrán no será suficiente” Encuesta 444.

Clúster C: Sistemas de Salud

Cancelación de la consulta externa: Los encuestados evidenciaron que en múltiples instituciones se han cancelado las consultas no prioritarias, sin embargo, es importante reconocer que otras instituciones no han cancelado estas consultas, lo que los profesionales de la salud consideran aumento del riesgo de contagio, tanto para los pacientes como para ellos mismos.

“Soy médico de consulta externa, por el momento no se han tomado medidas para evitar que la gente consulte por motivos no prioritarios. Se intenta a través del teléfono contactarlos y ayudarlos en lo que se pueda por teléfono, pero igual, hay pacientes que asisten al lugar de atención por motivos de consulta que no son urgentes ni prioritarios. Aunque nuestro llamado como médicos ya se realizó para que solo atendamos lo prioritario y así evitar el colapso de urgencias, no sentimos que haya apoyo ni por la empresa ni por los pacientes” Encuesta 76

Protocolo de Atención: Para la gran mayoría de los encuestados, hay un reconocimiento de los protocolos de atención para los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, pero, para una parte de los encuestados, estos protocolos no están bien estructurados, ya que, según ellos, falta información relevante, malgasta recursos básicos, no permite la inclusión de todos los pacientes sospechosos, sólo por el hecho de no cumplir el nexo epidemiológico, no han sido bien socializados, entre otros.

“Actualmente el protocolo pide descartar varias infecciones virales y esto se debe a la falta de reactivo para detectar el coronavirus 19. Este protocolo genera un sobre costo en pruebas: filmar y respiratorios, pruebas rápidas de influenza... en vez de ir a descartar la propia infección. Por todo lo anterior no estoy de acuerdo con dicho protocolo y anexo que muchos de los potenciales infectados se descartan simplemente por no cumplir las condiciones de venir de otros países o haber estado en contacto con un paciente previamente diagnosticado” Encuesta 174

En el caso de los protocolos de atención para los profesionales de la salud se evidencia, en las respuestas de los encuestados, ausencia de éste o pobre socialización.

No le ha sido informado al personal sanitario sobre ninguna medida preventiva en caso de una posible exposición, ni dan garantías de aislamiento o tratamiento para el profesional. Encuesta 241.

Recurso Estudiantil: En esta categoría se evidenció la necesidad, aún inconclusa, de evaluar el que hacer sobre el recurso estudiantil, ya que, para algunos estudiantes de carreras de salud, que respondieron la encuesta, se les debe cobijar con el aislamiento preventivo instaurado por el ministerio de educación. Por otro lado, al ser indispensable la presencia de los estudiantes de último año, ellos evidencian la necesidad de protegerlos con los elementos de bioseguridad.

“...Cómo médicos internos limitaron nuestro acceso a triage y nuevos ingresos, medida que no se respeta en todos los servicios. La ARL no nos garantiza protección si alguno de nosotros es contagiado por COVID. Considero que las medidas actuales no son suficientes y que teniendo en cuenta que somos estudiantes y aún no médicos generales, debería cobijarnos la norma nacional de mantener estudiantes universitarios en cuarentena.” Encuesta 703.

Discusión de Resultados.

Situación del Personal de Salud

Los profesionales mayoritariamente vinculados bajo formas de contratación ilegal por órdenes de prestación de servicios, tercerización y a destajo. Algunos manifiestan que no reciben pago desde hace tres meses, y que no tienen seguridad social, no tienen EPS ni ARL que les permita resolver una eventual condición de enfermedad o incapacidad.

Describen que, en diversas regiones del país, correspondientes a las zonas dispersas en niveles primarios de atención, no existe el personal suficiente, por lo que expresan que en este momento el personal se encuentra sobrecargado. Es recurrente la expresión de angustia, ansiedad, tristeza, falta de deseo de ir a trabajar, dado que sienten abandono en cuanto al suministro de elementos de protección personal (EPP), el no pago de sus honorarios de manera oportuna, la ausencia de claridad

en las instituciones de protocolos de atención del COVID-19, esto sumado a que en el contexto de la contingencia ha aumentado el acoso laboral y las permanentes amenazas de despido.

Varios profesionales han sido despedidos de las instituciones, y a otros se les han cambiado las condiciones de su contrato de trabajo, desmejorando los ingresos, en tanto se han cancelado consultas externas y cirugías no electivas, y dada la disminución de estas, se ha prescindido de sus servicios. En otros casos, ante la sospecha de que puedan estar contagiados, son enviados a sus casas, sin claridad de remuneración, debido a que están contratados por prestación de servicios. Es recurrente la denuncia de que en múltiples instituciones hospitalarias no se han suspendido cirugías y procedimientos electivos, incluso se mantienen actividades de promoción y prevención que no son urgentes, manteniendo aglomeraciones de pacientes en los centros de salud, convirtiéndose estos en escenarios de mayor riesgo de contagio. Atribuyen este tema también, a la falta de colaboración de los pacientes, que continúan acudiendo a los servicios por causas no prioritarias, y no atienden los llamados telefónicos que buscan orientar y asesorar sobre los criterios de priorización para dirigirse a los centros asistenciales.

Es sabido, que muchas instituciones prestadoras de servicios de salud no suspenden actividades, porque en el marco del sistema de aseguramiento, que funciona en el pago por evento, estas dejan de percibir recursos por parte de las EPS sino garantizan un flujo de atención. Para evitar llegar al desfinanciamiento, mantienen estas actividades. El Gobierno Nacional no ha planteado alternativas para resolver esta situación, que redunden en descongestionar los servicios de salud y prepararlos para el pico de la pandemia.

Elementos de Protección Personal

Se resalta que distintos médicos que expresan que trabajan en instituciones de atención domiciliaria, no se les suministra los elementos de protección, aun cuando tienen que visitar a personas con sospecha de contagio, deben continuar trabajando con la misma ropa de trabajo e implementos, después de estas visitas, con la preocupación de que puedan convertirse en vectores entre la comunidad, dado que, ante la ausencia de un testeo masivo, desconocen si pueden estar infectados o no.

Se reportan casos en donde se amenaza al personal de la salud con despido, denuncias penales, si expresan incluso entre sus compañeros la ausencia de los EPP, se les acusa de generar terrorismo frente a la pandemia. Se les niega los elementos de protección y la entrega de ropa de trabajo por parte de las instituciones, dado que son contratistas por OPS. En unas IPS se referencia que se designaron dos médicos para dedicarse solo a la atención de pacientes sintomáticos, y ni si quiera a estos se les suministra los tapabocas y los elementos para la debida protección. Una EPS ha expresado que sus médicos de consulta externa no requieren uso de tapaboca, dado que no tienen contacto estrecho con un posible contagio. Desde esta directriz, se han negado a suministrar los EPP.

Vulneración de la Autonomía Profesional

Se señala de manera recurrente que la aplicación de la prueba para confirmación del coronavirus, no se hace de acuerdo con el concepto médico, se ha presentado varios casos en donde el médico considera que existe un caso probable, se comunican con la secretaría de salud del respectivo

departamento o la EPS, y un funcionario no médico que contesta manifestando que no corresponde a un caso que amerite una prueba y el paciente es enviado a su casa sin ningún seguimiento.

En dos instituciones se ha reportado que dos profesionales fueron amenazados por los directivos con despidos, se les prohíbe que expresen información distinta a la información oficial del Estado, por tanto, se prohíbe contrastar los sistemas de vigilancia epidemiológica y las cifras de mortalidad y morbilidad, impidiendo incluso, que los médicos se manifiesten y reporten posibles casos de COVID-19, que podrían no haber sido detectados por los sistemas de información oficial.

Se les acusa de terroristas si debaten con sus colegas información científica sobre posibles casos, se les ha prohibido reflexiones grupales sobre casos sintomáticos respiratorios atípicos. En un caso, se presentó una amenaza telefónica a una médica quien señaló que una paciente podía ser positiva para COVID-19 y había que realizarle prueba confirmatoria.

Proponen que se establezcan espacios de asilamiento para el personal que tiene entre sus familias adultos mayores y niños, dado que permanecen con angustia ante la idea de contagiarlos.

Protocolo e Instalaciones hospitalarias

Es recurrente la manifestación del desconocimiento de protocolo de manejo para la atención de la pandemia SARS COV-2 (COVID-19). En un acaso, se afirma incluso que, desde la declaratoria de la emergencia, la institución no ha hecho modificación alguna ni de la rutina de consultas, ni del personal, opera como sino se estuviera ante una emergencia de salud. Es recurrente el hallazgo de que en las instituciones no existe ningún tipo de adaptación de espacios de aislamiento. En un caso se manifestó que la UCI de la institución estaba tercerizada, y tenían conocimiento que no la iban a disponer para la atención del COVID-19.

Existen varios profesionales que expresan que los protocolos y medidas solo están socializando con el personal de planta de la institución, que es minoritario respecto a los contratistas que son misionales. Denuncian que no se han realizado en las instituciones, simulacros de cómo sería el aislamiento de pacientes y la atención en el momento en que se llegue al pico y se requieran de forma masiva los servicios de salud. Es recurrente que se manifiesta que el personal desconoce los planes de contingencia por parte del hospital para la atención de la pandemia.

Recurso Humano estudiantil

Existen instituciones universitarias que mantienen a los estudiantes de internado en las instituciones hospitalarias, no se les entrega EPP, dado que dentro de los convenios no se precisa cual institución debe asumir esto. Expresan que se sienten sometidos a un riesgo de exposición, incluso han recibido amenazas de cancelación del internado, si solicitan que dado que no son personal de salud profesionalizado deberían estar en cuarentena.

En cuanto a los médicos residentes, se comenta que estos continúan en los centros hospitalarios, no se les entrega dotación, en tanto son considerados aún estudiantes.

Limitaciones del Estudio

1. Por las características metodológicas de las encuestas, existe una tendencia a que contesten aquellas personas que tienen problemas de protección con EPP. Esto ocurre con todas las encuestas.
2. No es un muestreo aleatorizado y estratificado, es por conveniencia. No obstante, no existe un estudio reciente sobre este tema en la actual coyuntura de la pandemia por COVID.19.
3. La participación de otros profesionales estuvo limitado, hubo mayor respuesta por lo parte médica, esto puede ser explicado por el carácter de las organizaciones convocantes y que corrieron la encuesta, que son mayoritariamente médicas.

Conclusiones

1. De acuerdo a los encuestados, la dotación de los centros los centros hospitalarios es insuficiente para la atención de la actual contingencia.
2. Es preocupante que la mitad de los encuestados refieran que no existe una buena estructuración del protocolo, no están unificados. Cada institución realiza sus protocolos a su conveniencia. Esto se había advertido en la epidemia por ZIKA, y se debe llamar la atención que no se han recogido lecciones aprendidas de eventos precedentes.
3. Existe diversidad en los protocolos entre instituciones, existe mucha información circulando, por lo que los profesionales se saturan.
4. Se observa una ausencia de una mínima coordinación entre instituciones públicas, privadas y rectoras del sistema de salud, para establecer la ruta de detección, atención y asilamiento de casos sospechosos y confirmados.
5. Se evidencia de manera preocupante, un constreñimiento de la autonomía médica, que constituye la fuente de información primaria de los sistemas de vigilancia epidemiológicos para la toma de decisiones.
6. Existe una correlación entre lo descrito por los encuestados en cuanto a la dotación de centros hospitalarios y adquisición de EPP, con las confusas y aún no claras medidas adoptadas por el gobierno nacional para la adquisición de estos insumos. Las múltiples y ambiguas respuestas de las Administradoras de Riesgos Laborales frente a su responsabilidad con la protección de los trabajadores de la salud. La falta de claridad sobre actos administrativos concretos que den cuenta del flujo de recursos adicionales, oportunos y suficientes a las instituciones prestadoras de servicios de salud para la atención de la contingencia.

Recomendaciones, Exigencias y Propuestas

1. Dada la escasez de EPP en el mercado nacional e internacional, se hace necesaria que se ejecute una medida inmediata de compra centralizada de los mismos, mediante un ejercicio de economía de escala con la industria nacional, con distribución equitativa en el territorio coordinada por el Ministerio de Salud y las secretarías departamentales. Esto supone intervenir y centralizar los recursos de las ARL destinados para esto, y destinar un rubro de recursos adicionales del sector salud del fondo FOME, creado por el decreto 444 de 2020, para asumir esta medida, que es urgente y perentoria para enfrentar la pandemia.
2. Se requiere que el Ministerio de Salud y Protección Social presente de manera detallada, y con distribución territorial, con cifras reales, el plan de dotación hospitalaria público y privada

para hacer frente a la pandemia, considerando requerimiento de recurso humano adicional, y modalidad de contratación, que debe ser mediante plantas temporales, sin intermediación laboral, con distribución equitativa en el territorio nacional, de acuerdo a las necesidades que arrojen las proyecciones epidemiológicas. Sin este plan de acción, censo y requerimiento específico del recurso humano, no tiene justificación adelantar convalidaciones express a personal extranjeros.

3. Respecto a las deudas que se tienen con los trabajadores de la salud, se solicita, que en el marco de los adelantos de pagos a prestadores de servicios de salud en el contexto del acuerdo final para saldar las deudas del sector salud, se adopte la modalidad de giro directo a clínicas y hospitales, con destinación priorizada a pago de personal de la salud con deudas atrasadas.
4. El Gobierno Nacional, debe adoptar medidas frente al sistema de aseguramiento, respecto a la parálisis de la facturación y giros de las EPS a clínicas y hospitales, por la suspensión temporal de cirugías electivas y consulta externa no priorizada, se deben buscar alternativas para solventar este déficit en los prestadores.
5. Se solicita que el Ministerio del Trabajo, conforme a las medidas de protección al trabajo que ha expedido, realice una circular específica para el sector salud, en donde se establezca con claridad la prohibición de despidos y cambios de modalidad de contratos en desmejora de los ingresos del personal de la salud.
6. Las instituciones educativas deben asumir una actitud responsable de protección de los estudiantes, evitando exposiciones innecesarias, ante la ausencia de EPP se debe evaluar la conveniencia que personal estudiantil continúe en los centros hospitalarios.
7. Es necesario que en el marco del Decreto que declara la Emergencia Social, Económica y Ecológica, el Ministerio de Salud, con descentralización en las secretarías de salud departamentales y de ciudades capitales, asuma la rectoría del sistema público y privado de salud, que le permita asumir de manera efectiva la planeación de la dotación hospitalaria, UCIS, protocolos de atención, y la planeación de la distribución del talento humano en salud. Esto supone que se asuma un control funcional del sistema público y privado para la atención de la pandemia.
8. Es imperativo que el Ministerio de Salud y las Secretarías de Salud respectivas, tomen medidas sobre la vulneración de la autonomía médica para el diagnóstico y toma de decisiones clínicas de pacientes sospechosos y conformados con COVID19, si se vulnera la autonomía profesional para la realización de estos diagnósticos, se está poniendo en riesgo la transparencia, veracidad y oportunidad de los sistemas de información de vigilancia epidemiológica. Además, que este constreñimiento constituye un delito a la luz de la ley estatutaria 1751 de 2015.
9. Se debe incluir dentro de los sistemas de información de vigilancia, un ítem diferencial para detectar casos sospechosos, confirmados y evolución del personal de la salud. Así mismo establecer un testeo masivo en este personal, con un sistema de seguimiento.
10. Sin estas medidas básicas de protección al personal de salud y de clara dotación de centros hospitalarios, no es posible hablar de condiciones para el levantamiento de la cuarentena, dada la enorme vulnerabilidad en la que aún se encuentra el sistema de salud.

